# PROYECTO DE LEY N°\_\_\_

**“Por la cual sedesarrolla el Sistema de Salud, definido por la ley Estatutaria y se establecen normas para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos los habitantes residentes en el país”**

(Versión: 15 de agosto de 2018)

**CAPÍTULO I**

**DISPOSICIONES GENERALES**

**Artículo 1° Objeto.**La presente ley desarrolla el Sistema de Saludcontemplado en LaleyEstatutaria1751de 2.015,y establece competencias y procedimientos para que la población residente en el país goce efectivamente del Derecho a la salud. ~~que establece en su~~ **~~Art. 4º. “~~*~~Definición de Sistema de Salud.~~****~~Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud”.~~* ~~Según la OMS el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud; en consecuencia, el Sistema de Salud garantizaelgoce efectivodel mismomediante elacceso universal a los bienes y servicios de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitacióny de paliaciónnecesariosa cada personaen el marco de un modelo de desarrollo yatención integral, intersectorial, transectorial y oportuna de los daños, enfermedades endémicas, epidémicas, raras,huérfanas, ultra huérfanas, laborales, accidentes laborales,de tránsito,de conflicto armado interno en el país o externo en donde Colombia participe, cuando los haya,y demásproblemas de saludque puedan presentarse.~~Para tal efecto, se establecen los componentes deorganización del sistema, modelo de atención, financiamiento, administración de los recursos, prestación integralde los servicios para laatención en salud, sistema integrado de información en salud, inspección, vigilancia y control, participación social y criterios para la definición delas políticas públicas prioritariasen ciencia ~~y tecnología~~, innovación, medicamentos,~~y demás~~tecnologíasen salud, yformación y condiciones de trabajodeltalento humano en salud.

**Artículo 2°. Principios.** Son principios del Sistema de Salud,además de los establecidos en los Artículos 6º y 8º de la Ley Estatutaria, los siguientes:

1. **Obligatoriedad**. Los aportes a la seguridad social en salud y riesgos laborales son obligatorios para todos los trabajadores y empleadores con relación salarial formal, a excepción de lo establecido en la presente ley y conexas.
2. **Parafiscalidad**.Los recursos aportados por los trabajadores y empleadores para la seguridad social en salud, riesgos laborares y accidentes de tránsito son de carácter parafiscal y por lo tanto tienen naturaleza pública y destinación específica. No podrán ser utilizados para fines diferentes a la ~~su~~ destinaciónestablecida por la ley y demás normas correspondientes.~~especificar mejor~~y los recursos asignados en el presupuesto nacional para el financiamiento del sector salud.
3. **Gratuidad**: es el acceso a los bienes y servicios de salud sin que medie la demostración de la capacidad de pago, ni barrera económica alguna, ni el pago directo al momento de requerir el servicio por parte de las personas, familias o comunidades.
4. **Vínculo**. Es la relación entre el personal de los servicios de salud y las personas, familias y comunidades en los diferentes ámbitos de prestación de servicios, de manera individual y colectiva, a lo largo del ciclo vital y en el largo plazo, con el fin de lograr un amplio conocimiento de las necesidades y construir confianza mutua para el cuidado permanente en todas las etapas de la vida.
5. **Eficacia**. Es el logro de los mejores resultados en salud en la población por parte del sistema de salud en su conjunto y de los establecimientos y profesionales de la salud con cada paciente, familia y comunidad.Dichos resultados deben expresarse y publicarse periódicamente como Indicadores de Salud en el Sistema de Información.
6. **Intersectorialidad**. Es la articulación deliberada y sistemática entre los sectores ~~del~~ Estatales y privados ~~solo estado?~~para la afectación de los determinantes sociales de la salud y para la búsqueda de las mejores condiciones de vida en los diferentes grupos, comunidades y poblaciones.
7. **Transectorialidad**. Es la acción temporal, conjunta y necesaria de los sectores del Estado y del privado, simultánea o no, según la exigencia de cada caso, para lograr objetivos de afectación de los determinantes sociales en la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud.
8. **Participación vinculante**. Es la intervención real y efectiva de las personas y las comunidades en las decisiones, en la gestión, en la vigilancia y el control de los establecimientos de salud y de las instancias de formulación, implantación y evaluación de políticas públicas relacionadas con la salud de la población.
9. **Enfoque diferencial**. Es el conjunto de acciones de discriminación positiva que permite reconocer las diferencias y superar las exclusiones o desigualdades injustas en materia de necesidades y respuestas sociales e institucionales en salud, según género, etnia, generación y situación de discapacidad.
10. **Transparencia.**Está dada por el comportamiento ético,probo y visible en las acciones de los prestadoresy demás actores intervinientes ~~solo prestadores?~~y en el manejo de los recursos del sistema,comogarantía de atención integral, para usufructo y desarrollo del derecho a la salud de toda la población.~~salud.~~

**Artículo 3°.Definiciones**. El Sistema de Salud se organiza a partir de los siguientes conceptos:

1. **Salud**. Es la capacidad y la potencialidad física y mental de las personas para desarrollar sus proyectos de vida en las condiciones materiales y sociales más favorables,cuyo resultado es el bienestar y buenvivir individual y colectivo. Los bienes y servicios de atención integral aportan a la salud de las personas, en la medida en que contribuyen a preservar, recuperar o mejorar esa capacidad, propiciando el ejercicio de su autonomía y el logro del mejor nivel de bienestar y calidad de vida posible. La salud es un derecho humano fundamental y autónomo, con una dimensión de servicio público esencial~~esto nos impediría las protestas~~, y su garantía es deber del Estado yde su responsabilidad social.
2. **Salud pública**. Es una función estatal obligatoria,expresada en el conjunto de conocimientos, decisiones y acciones individuales y colectivasque se estructuranen políticas públicaspara lograrel buen vivir de las personas y el óptimo mantenimiento de un entorno sano y saludable;orientaal sistema de salud y propicia la articulación entre Estado y Sociedad.
3. **Territorio de Salud.** Es una extensión determinada del territorio nacional,integrada por su suelo, personas que lo habitan, ambiente, recursos y entorno, ~~todos~~ los cuales se relacionan de manera dinámica y se identifican epidemiológica, económica, cultural, social y ambientalmente.~~Puede no ser relacionadapoliticamente~~
4. **Modelo de atención**. Es el conjunto de bienes y servicios articulados en el Sistema de ~~Seguridad Socialen~~ Saludque actúaen los ámbitos individual y colectivo para resolver necesidades sanitariasde los territorios de salud; tiene responsabilidades institucionales y sociales y materializa el derecho a la atención integral en salud para su mantenimiento y recuperación ypara la prevenciónde enfermedades, atención y rehabilitación de las personas afectadas tanto porenfermedades generalescomoporlasrelacionadas con el trabajo y los accidentes de tránsito.
5. **Atención Primaria Integral Resolutiva (APIR).** Es una estrategia que permite articular y coordinar los servicios de salud con otros sectores de la acción estatal, junto con la participación de las comunidades, para garantizar la integralidad de la atención, la afectación favorablede los determinantes sociales de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones en sus territorios. La APIR~~S~~ es la puerta de entrada al Sistema de Salud, que seestructura en redesintegrales ~~das~~de servicios inter y transdisciplinarios, cuenta con alta capacidad resolutiva de los problemas con enfoque individual,familiar, comunitario, laboral y territorial paraprevenir y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población; su composición dependerá de la disponibilidad de recursos en cada territorio.~~composicion?~~
6. **Redes Integrales ~~das~~ de Servicios de Salud** (RISS). Es una forma de organización de instituciones yservicios de salud individuales y colectivos, de carácter público, privadoo mixto, dispuestos a rendir cuentas al Estado y a la sociedad,que se articulan para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud mediante la atención integral de las personas y comunidades adscritas por territorios, en el marco de los principios del Sistema de ~~Seguridad Social en~~ Salud.

###### CAPÍTULO II

###### ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD

Artículo 4°. De la rectoría del sistema.La rectoría del sistema consiste enel conjunto de políticas públicas que orienta a las instituciones y actores del sistema para garantizarel goce efectivo del derecho a la salud. El Sistema de Salud, ~~organizado como Sistema General de Seguridad Social en Salud,~~tiene instancias de rectoría en los ámbitos nacional y territorial. En el ámbito nacional, la rectoría será ejercida por el Consejo Nacional de Salud. En los ámbitos territoriales, será ejercida por el respectivoConsejo Territorial deSalud. Habrá tantos Consejos Territoriales como territorios de salud, según los criterios definidos en la presente ley.ley.

Artículo 5°. Consejo Nacional de Salud.El Consejo Nacional de Salud es la instancia rectora del orden nacional, adscrito al Ministerio de Salud, con las siguientes características:

1. **Composición.**El Consejo Nacional de Salud es la instancia rectora **r~~ectora~~**y estará conformado por treinta y ocho (38)miembros de la siguiente manera:
	* 1. Cinco (5) representantes del gobierno nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien presidirá; el Ministro de Hacienda; el Ministro de Trabajo; el Director de Planeación Nacional; el Director del Fondo Único Público para la Salud.
		2. Dos (2) representantes de las Secretarías territoriales de Salud.Uno de los territorios departamentales y otro de los territorios municipales.
		3. Dos (2) representantes del sector empresarial, uno de las grandes empresas y uno de las pequeñas y medianas empresas, elegidos por sus asociaciones.
		4. Dos (2) representantes de las centrales obreras.
		5. Dos (2) representantes de las asociaciones campesinas
		6. Siete (7) representantes de las organizaciones de usuarios, uno por cada región socio-cultural del país (Central, Pacífica, Atlántica, Eje cafetero, Nororiental, Orinoquia y Amazonia)
		7. Tres (3) representantes de comunidades étnicas: uno (1) de los pueblos indígenas, uno (1) de las comunidades afrocolombianasy uno (1) de la comunidad ROM.
		8. Un (1) representante de las organizaciones de la población en condiciones de discapacidad.
		9. Un (1) representante de las comunidades LGIBT
		10. Dos (2) representantes de las asociaciones de instituciones prestadoras de servicios de salud: uno estatal y uno privado.
		11. Un (1) representante de la Academia Nacional de Medicina.Medicina.
		12. Un (1) representante de la Federación Médica Colombiana.
		13. Un (1) representante del Colegio Médico Colombiano
		14. Un (1) representante de la Asociación de Sociedades Científicas.
		15. Un (1) representante de los estudiantes de Ciencias de la Salud.
		16. Un (1) representante de las facultades de Cienciasde la Salud.
		17. Un (1) representante de las facultades y programas de Salud Pública
		18. Dos (2) representantes de las organizaciones de los trabajadores no médicosde la salud: uno profesional y otro no profesional.
		19. Un (1) representante de los pensionados.
2. **Elección de los miembros no gubernamentales.**Los representantes no gubernamentales serán elegidos directamente por las organizaciones correspondientes, mediante procesos democráticos reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en los principios de representatividad, transparencia,e imparcialidad.
3. **Invitados.**El Consejo Nacional de ~~Seguridad Social en~~ Saludestará en libertad de invitar a las instituciones y personas naturales o jurídicas que considere convenientes, según las necesidades de la agenda definida para cada sesión.
4. **Período.**Los representantes del gobierno nacional lo serán en virtud del ejercicio de sus cargos. Los representantes no gubernamentales tendrán un período de tres años prorrogables por un período.
5. **Funcionamiento.** El Consejo Nacional de Salud se reunirá regularmente cada trimestre así: Febrero, Mayo, Agosto, Noviembre y podrá ser convocado de manera extraordinaria por el Ministro de Salud y Protección Social o por sus miembros cuando una situación extraordinaria lo exija (catástrofes naturales, emergencias sanitarias). Su sede para cada reunión será establecida por el Ministro de Salud y Protección Social.
6. **Secretaría técnica.**La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo técnico, no dependiente del Ministerio de Salud y Protección Social, con presupuesto propio, a partir de convocatoria pública de méritos, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.
7. **Presupuesto de funcionamiento:** el Ministerio de Saludy Protección Social definirá un presupuesto de funcionamiento del Consejo Nacional de Saludque incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros y el soporte técnico necesario, así como estrategias de comunicación. Los consejeros no gubernamentales recibirán viáticos yhonorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según reglamento aprobado por el mismo Consejo.

Artículo 6°. Funciones del Consejo Nacional de Salud.El Consejo Nacional de Saludtendrá las siguientes funciones:

* 1. Adoptar las políticas públicas nacionales de salud, con visión de salud públicacolectivae individual, que se basan en laspropuestas gubernamentales presentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dichas políticas están orientadas a promover la calidad de vida y la salud de la población, tanto en las funciones, tareas y obligaciones del Sistema de Salud, como en lo que competa a políticas y acciones de otros sectores de la administración estatal que incidan directamente en la salud (alimentación,nutrición, vivienda, educación, acceso a agua limpia potable, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo y transporte seguras y sanas y un medio ambiente sano), mediante la incorporación del concepto de salud en todas las políticas para el ámbito territorial y nacional.nacional.
	2. Establecer las reglas de funcionamiento del Sistema, en especial en los aspectos señalados de su competencia en la presente Ley, para la reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
	3. Establecer las reglas específicas sobre la estructura y el funcionamiento del Fondo Único Público para la Salud y de los fondos territoriales de saludy supervisar su aplicación.
	4. Definir las reglas generales de presupuesto, contratación y pago de los fondos territoriales a los prestadores de servicios de salud, públicos y privados.
	5. Velar por el buen funcionamiento del Sistema y por el buen uso de los recursos disponibles.
	6. Presentar informe anual ante las comisiones séptimas de Senado y Cámara de Representantes.
	7. Adoptar su propio reglamento.

**Artículo 7°.Consejos Territoriales de Salud.** Los consejos territorialesvelarán por la aplicación territorial de las políticas emanadas del Consejo Nacional de Salud ytendrán una composición similarteniendo en cuenta las particularidades del territorio de salud correspondiente; así mismo,diseñarán las políticas específicas a desarrollar en el territorio de su competencia, según las necesidades identificadas y los objetivos definidos en él, siempre en concordancia con los criterios, metas y estrategias definidas en la política pública nacional de seguridad social en salud. El gobierno nacional reglamentará esta materia.

**Parágrafo.** Los consejos territoriales de salud ejercerán funciones de adecuación de la política emanada ~~emanada~~del Consejo Nacional de Salud a través de mecanismos de coordinación, seguimiento y veeduría del buen funcionamiento y uso de los recursos disponibles en el territorio para la salud.

**Artículo 8°**. **De la dirección del sistema.** La dirección del sistema consiste en la gestión y puesta en marcha de las políticas públicas definidas en la instancia rectora por parte del poder ejecutivo en el ámbito nacional, departamental, regional, distrital y municipal. En el nivel nacional, la dirección será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social.En los niveles departamental, regional, distrital y municipal la dirección será ejercida por las unidades territoriales de salud, encargadas de la administración de los fondos territoriales de salud que se establezcan, a partir de las secretarías o direcciones departamentales y distritales, y ejercerán la función de autoridad sanitaria en el territorio de salud correspondiente.

Artículo 9°. Funciones del Ministerio de Salud y Protección Social.Además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá las siguientes funciones:

* 1. Presentar ante el Consejo Nacional de Salud la política pública nacional de salud para su análisis, adaptación y aprobación.aprobación.
	2. Dirigir la ejecución, seguimiento y evaluación de la política pública de salud a través de un Plan Nacional de Salud en todo el territorio nacional, en coordinación con las instancias correspondientes del ámbito territorial.
	3. Expedir las normas de obligatorio cumplimiento para la ejecución de la política de salud por parte de los agentes del sistema.
	4. Presentar iniciativas de reglamentación de temas específicos del Sistema de Salud a la aprobación del Consejo Nacional de Salud.
	5. Coordinar la elaboración de los informes del Consejo Nacional de Saludante el Congreso Nacional.
	6. Proporcionar las condiciones y medios para el buen funcionamiento del Consejo Nacional de Salud.
	7. Diseñar y poner en marcha el Sistema Integrado de Información en Salud.

**Artículo 10°. Instituciones adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social.** Para cumplir las funciones relacionadas con la misión y el buen funcionamiento del Sistema de Salud, el Ministerio contará con las siguientes instituciones adscritas:

1. **Instituto Nacional de Salud (INS)**. La misión de este instituto será garantizar la calidad de la información en salud de la población en el territorio nacional, realizar los procesos de monitoreo, investigación y evaluación de la situación de salud de la población en general, y las respuestas institucional y social desarrolladas en el país, con el fin de orientar la toma de decisiones de las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y prestación de servicios del Sistema.
2. **Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA**). La misión de este instituto será garantizar la pertinencia, la calidad e inocuidad de los medicamentos y alimentos que se ofrezcan en el país, con base en el ejercicio de la función de inspección, vigilancia y control de los procesos de importación, producción, distribución y consumo, y en la realización de los estudios pertinentes para la formulación, implementación y evaluación de la política pública de medicamentos y alimentos formulada por las instancias rectora y de dirección del Sistema.~~Sistema.Válida la Anotación. Estudiar mejor.~~
3. **Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud(INETIS).** La misión de este instituto será la de realizar los estudios necesarios para garantizar la pertinencia, la calidad, efectividad, eficacia, costoeficiencia y la inocuidad de las tecnologías duras y blandas utilizadas en el Sistema de Salud, ~~y~~ hacer las recomendaciones del caso a las instancias correspondientes del Estado ~~colombiano~~ y definir los precios a la entrada de los medicamentos, dispositivos y demás tecnologías ~~para esta materia~~.~~materia.~~
4. **Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo (INSST)**. La misión de este instituto es actuar como centro de referencia nacional en temas de investigación, ciencia y tecnología en el campo de la salud y la seguridad en el trabajo, y orientar las respuestas institucionales, de formación, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control de los eventos de salud.
5. **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).** La misión de este instituto es la de contribuir al logro de las mejores condiciones de vida posibles para las familias e infancia colombianas, respetando su diversidad y su autonomía, por medio de la disposición de bienes y servicios complementarios y articulados a los sistemas encargados de la garantía de los derechos sociales, económicos y culturales para la población colombiana.
6. **Instituto Nacional de Cancerología (ICN).** La misión de este instituto es, además de la prestación de servicios en materia de atención integral del cáncer que viene desarrollando, actuar como centro de referencia nacional y realizar los procesos de monitoreo, investigación y evaluación de la situación de la enfermedad, las respuestas institucionales, de formación, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control del cáncer, con el fin de orientar la toma de decisiones de las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y prestación de servicios del Sistema de Salud.
7. **Centro Dermatológico Nacional Federico Lleras Acosta.**La misión de este centroes prestar servicios especializados de dermatología, servir de referente nacional para la atención de los pacientes dermatológicos y realizar los procesos de monitoreo, investigación y evaluación de la situación de las enfermedades de la piel, las respuestas institucionales, de formación, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control de este tipo de enfermedades, con el fin de orientar la toma de decisiones de las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y prestación de servicios del Sistema de Salud.
8. **Instituto Nacional de Enfermedades nuevas.** La misión de este instituto es, además de la prestación de servicios, apoyado por las Instituciones Prestadoras de Servicios con problemáticas de diagnóstico, paliación y/o tratamientos coadyuvantes, relacionados con las enfermedades nuevas, actuar como centro de referencia nacional y realizar los procesos de monitoreo, investigación y evaluación de la situación de la o las enfermedades, las respuestas institucionales, de formación, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control de éstas, con el fin de orientar la toma de decisiones de las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y prestación de servicios del Sistema de Salud. Para ello el gobierno asignará los recursos necesarios y suficientes que le permitan cumplir su misión de manera eficiente.
9. **Sanatorios de Agua de Dios y de Contratación.** Estos sanatorios tienen como misión la investigación, control, prevención y atención integral de los pacientes de la enfermedad de Hansen, en el marco de la política de control, prevención y atención integral de esta enfermedad que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

**Artículo 11° De los territorios de salud**. La garantía del derecho fundamental a la salud se materializará a través de territorios en salud. Los territorios de salud son unidades de organización administrativa, que operarán en zonas geográficas, socioeconómica y socio-demográficamente delimitadas para la solución y atención integral de las necesidades en salud de la poblaciónbajo el criterio de equidad.

Los territorios en salud serán gestionados por las unidades territoriales de salud definidas en el artículo 25º de la presente ley. Estas entidades deben garantizar la coordinación, integración y articulación de las acciones y redes de servicios requeridos para la materialización del derecho a la salud de las poblaciones.

Los territorios de salud podrán incluir microterritorios o subdivisiones internas de carácter local, para responder de manera efectiva a necesidades específicas de las poblaciones que los conforman, facilitar la organización de la prestación de servicios según necesidades y propiciar el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Saludy realizar el trabajo intersectorial para el mejoramiento de las condiciones de vida y el goce efectivo del derecho a la salud en todos sus componentes esenciales.

**Parágrafo.** El Gobierno nacional reglamentará, con participación vinculante de los interesados, el proceso de conformación de los territorios de salud y de creación de las unidades territoriales de salud, con el aval del Consejo Nacional de Salud.

**Artículo Nuevo.-**En los niveles departamental, regional, distrital y municipal la dirección será ejercida por las unidades territoriales de salud, encargadas de la administración de los fondos territoriales de salud que se establezcan, a partir de las secretarías o direcciones departamentales y distritales, y ejercerán además de la función de autoridad sanitaria en el territorio de salud correspondiente, las siguientes:

* 1. Proporcionar las condiciones y medios para el buen funcionamiento del Consejo Territorial de Salud.
	2. Presentar ante el Consejo Territorial de Salud la política pública nacional y territorial de salud para su análisis, adaptación, adopción y ejecución.
	3. Con base en la información demográfica, epidemiológica con sus determinantes sociales, elaborar un plan de desarrola
	4. Expedir las normas de su competencia y de obligatorio cumplimiento dentro de su territorio, para la ejecución de la política de salud por parte de todas las entidades e instituciones públicas y privadas y de la población en general.
	5. Presentar iniciativas de reglamentación de temas específicos del Sistema de Salud o de otros sectores relacionados con los determinantes de la salud para la aprobación del Consejo Territorial de Salud.
	6. Elaborar el Plan de Salud de su territorio y hacer seguimiento por medio de informes al Consejo Territorial de Salud y ante las entidades que normativamente deba hacerlo y en general ante la población que conforman el territorio.
	7. Dirigir la ejecución, seguimiento, control y evaluación de la política pública de salud a través delplan de salud dentro de su territorio saludable, en coordinación con las instancias correspondientes de los territorios saludables vecinos.
	8. Gestionar los recursos financieros que permitan y garanticen el desarrollo del Plan de Salud Territorial.
	9. Supervisar y poner en marcha el Sistema Integrado de Información en Salud en todas las organizaciones e instituciones que conforman su territorio en salud.

**Artículo 12°. De las instancias operativas.** Las instancias operativas del Sistema de Salud son las de financiamiento, de administración y gestión de la salud, de prestación de servicios de salud, de información, de participación social y de inspección, vigilancia y control, definidas en la presente ley.

###### CAPÍTULO III

**FINANCIAMIENTO**

Artículo 13°. Características generales.El financiamiento del Sistema de Salud integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con el propósito de generar solidaridad plena, entre generaciones, entre géneros, entre empleados y desempleados, y entre sanos y enfermos. De esta forma, todas las personas y las empresas, según su situación social y condiciones de ingresos, aportan a la financiación del sistema mediante contribuciones ligadas al salario, a los ingresos o a la renta, impuestos que se destinan a salud en los presupuestos de orden nacional, departamental, distrital o municipal, incluyendolos de los territorios en salud,y otros ingresos y pagos expresamente establecidos por norma general.

Artículo 14°. Fondo Único Público para la Salud.Créase el Fondo Único Público para la Salud como persona jurídica de carácter público, con presupuesto, dirección y personal propios, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la supervisión del Consejo Nacional de Salud, el cual fungirá como unajunta directiva, y la inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, con los siguientes objetivos misionales:

* 1. Propiciar la solidaridad plena, entre generaciones, entre géneros, entre empleados y desempleados, y entre sanos y enfermos, para lograr universalidad y equidad en el acceso oportuno a servicios de igual calidad para toda la población.
	2. Favorecer, mediante la asociación de los recursos, la reducción de las inequidades prevalentes en materia de salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito.
	3. Propiciar la asignación, transferencia y gasto equitativo de los recursos por territorios de salud, y a partir de éstos, por microterritorios y otras subdivisiones territoriales.
	4. Integrar los recursos públicosdisponibles para garantizar la atención integral en salud.
	5. Conformar una Central Única de Recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente ley.
	6. Generar agilidad ~~fluidez~~ en el flujo de recursos de la Nación hacia los territorios de saludpara los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y directamente a las Instituciones Hospitalarias parael control,la provisión y prestación de los servicios integrales de salud individuales y colectivos.
	7. Garantizar efectividad en el uso de los recursos destinados a la salud, para lo cual y cumplirá con las siguientes funciones:
1. Administrar los recursos del Sistema, de conformidad con lo previsto en el presente artículo.
2. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET) creado por el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 y modificado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013.
3. Efectuar el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud.
4. Realizar los pagos, efectuar giros directos, a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos.
5. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos.
6. Desarrollar los mecanismos establecidos en los artículos 41 del Decreto­ ley 4107 de 2011 y 9° de la Ley 1608 de 2013.
7. Administrar la información propia de sus operaciones.

**Parágrafo 1.** El Fondo Único Público para la Salud no hará parte del presupuesto de la Nación, pero sí de la contabilidad del gasto público, respetando el criterio definido en el Artículo 350 de la Constitución Política de no disminuir su proporción porcentual y su cantidad a valor presente, con relación al año anterior respecto del gasto total de la correspondiente ley de apropiaciones, y responderá a los organismos de control.

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

Artículo 15°. Fuentes de financiación del Fondo Único Público para la Salud. El Fondo Único Público para la Salud será constituido con las siguientes fuentes de recursos:

1. **Recursos fiscales del orden nacional**:
2. Los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) definidos como participaciones para salud, agua potable y saneamiento básico, según lo establecido en las leyes 715 de 2001 y 1176 de 2007, asignados mediante cuentas específicas a los entes territoriales.
3. Los recursos de una partida anual del presupuesto nacional equivalente a la sumatoria del monto total de las cotizaciones aportadas por patronos y trabajadores dependientes provenientes de la cotización para la seguridad social en salud recaudadas en el año inmediatamente anterior.
4. La proporción del Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE) con destinación específica para la seguridad social en salud, establecido en el artículo 24 de la Ley 1607 de 2012.
5. Los recursos provenientes del 7% de las remesas de utilidades de empresas petroleras en fase de explotación de hidrocarburos.
6. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, correspondiente al 20% de un salario mínimo mensual, y a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto *ad valorem* con una tasa del 30%, exceptuando las armas, municiones y explosivos de las fuerzas armadas, de policía y las entidades de seguridad del Estado.
7. Los recursos del monopolio de juegos de suerte y azar, diferentes a los que hace referencia el literal c), rentas cedidas de salud y demás recursos generados a favor de las entidades territoriales destinadas a la financiación del Régimen Subsidiado, incluidos los impuestos al consumo que la Ley destina a dicho régimen, serán girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la Entidad. La entidad territorial titular de los recursos gestionará y verificará que la transferencia se realice conforme a la Ley. Este recurso se contabilizará en cuentas individuales a nombre de las Entidades Territoriales propietarias del recurso.
8. Averiguar lo de minería diferentes al petróleo.
	1. **Recursos parafiscales del orden nacional**:
		1. Los recursos provenientes de la cotización para la seguridad social en salud correspondiente al 12,5% de los salarios de los empleadoso trabajadores dependientes por más de diez (10) salarios mínimos mensuales, en proporción de 8,5% a cargo del empleador o contratante y 4% a cargo del trabajador.En este grupo se incluirán todos trabajadores que se encuentren en regímenes especiales, los maestros, los trabajadores de Ecopetrol, los del Banco de la República y todos los demás clasificados como pertenecientes a un régimen especial. Solo quedan exceptuados los pertenecientes a las fuerzas armadas.
		2. Los recursos provenientes de la cotización para la seguridad social en salud correspondiente al 4% de los salarios de los empleados o trabajadores dependientes por menos de diez (10) salarios mínimos mensuales vigentes.
		3. Los recursos provenientes de la cotización para seguridad social en salud correspondiente al 4%de los ingresos declarados por los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes superiores a un (1) salario mínimo mensualvigente.bajarian los ingresos?
		4. Los recursos provenientes de la cotización para seguridad social en salud correspondiente al 8% de las pensiones de los pensionados mayores a diez (10) salarios mínimos mensuales vigentes.
		5. Los recursos provenientes de la cotización obligatoria para riesgos laborales de los empresarios y trabajadores, establecidos en la Ley 1562 de 2011.
		6. El dos por ciento (2%) del aporte a las cajas de compensación familiar.
		7. Los recursos que el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) aporta al Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT)para el cubrimiento de la atención por accidentes de tránsito, en la proporción establecida en la normatividad correspondiente.
		8. Los rendimientos financieros.
		9. Revisar todas las fuentes de ingresos. Licores y juegos de azar Hacer consistencia con el Art. 67º.
		10. Bebidas Azucaradas.

**Artículo 16°. Sobre el carácter obligatorio de las cotizaciones para la salud.** La cotización a la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito es de carácter obligatoriopara todos los efectos son dineros públicos y serán entendidos como de carácter parafiscal. Todo contrato laboral incluirá los costos correspondientes a esta cotización, incluyendo los trabajadores que aportan a los regímenes especiales de seguridad social en salud. Los trabajadores independientes deberán presentar su autoliquidación de ingresos para hacer la cotización correspondiente ante la Central Única de Recaudo, como parte del Fondo Único Público para la Salud.La cotización para enfermedad general será en las siguientes proporciones:

1. 12,5% de los salarios de los empleados o trabajadores dependientesen proporción de 8,5% a cargo del empleador o contratante y 4% a cargo del trabajador.
2. 4% de los ingresos declarados por los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes superiores a un (1) salario mínimo mensual.
3. 8% de los ingresos de pensionados con pensiones de más de diez (10) salarios mínimos mensuales.
4. 4% de los ingresos de pensionados con pensiones de menos de diez (10) salarios mínimos mensuales.

**Parágrafo 1**. No se podrán establecer barreras económicas para acceder a los beneficios del sistema tales como copagos o cuotas moderadoras ni preexistencias ni períodos mínimos de cotización.

**Parágrafo 2.**La Superintendencia Nacional de Saluddispondrá los mecanismos de estímulo, inspección, vigilancia y control de la cotización a la seguridad social en salud y riesgos laborales, con base en propuesta técnica elaborada ,porel Ministerio de Salud y Protección Social,que contendrá los mecanismos punitivos necesarios para los evasores.

Artículo 17°. Central Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR). Créase la Central Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR), como parte integrante del Fondo Único Público para la salud. Su función será recaudar todos los aportes de cotizaciones a la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito en todo el país, para incorporar los recursos al Fondo Único Público para la Salud. Esta central contará con un mecanismo de recaudo de tipo electrónico y con un sistema único de identificación, sea el número de identificación tributaria NIT o Cédula de usuarios.

Artículo 18°. Estructura del Fondo Único Público para la Salud.El Fondo Único Público para la Saludcontará con ocho (8)cuentas, según la destinación de los recursos, denominadas así:

1. Atención Primaria Integral Resolutiva (APIR~~S~~): destinada a la cofinanciación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud.
2. Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE): destinada a la cofinanciación de los servicios de mediana y alta complejidad tecnológica.
3. Servicios Especializados de Salud Ocupacional (SESO): destinada a la cofinanciación de los servicios especializados de salud ocupacional.Definir riesgos laborales. Revisar redacción para la prevención en salud ocupacional.
4. Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP): destinada al diseño y desarrollo de los programas de control de problemas y enfermedades de interés en salud pública, producción de biológicos para inmunizaciones; a la vigilancia y control de medicamentos y alimentos y a la evaluación de tecnologías e innovación en salud.
5. Prestaciones Económicas en Salud y Riesgos Laborales (PRES): destinada al pago de las prestaciones económicas derivadas de la situación de maternidad e incapacidad o invalidez por enfermedad general, accidentes y enfermedades con ocasión o como consecuencia del trabajo.
6. Infraestructura y equipamiento en salud (IES): destinada a la construcción, adecuación o renovación de la infraestructura pública de servicios de salud en todo el territorio nacional.
7. Formación en salud (FS): destinada al estímulo de formación de personal en salud en áreas prioritarias según las necesidades de salud de la población.
8. Funcionamiento del Fondo (FF): destinada a cubrir los gastos de funcionamiento del

mismo.

Artículo 19°. Distribución de los recursos en las subcuentas del Fondo Único Público para la Salud. ElFondo Único Público para la Saludhará la distribución de los recursos disponibles a cada una de las subcuentas que lo constituyen con base en el criterio de buscar la universalidad y equidad de la atención integral en salud, considerando las necesidades y especificidades detectadas en los territorios de salud.Tomando como punto de partida el gasto en salud por niveles de atención y en acciones colectivas, en el período de transición de los dos primeros años de vigencia de la presente ley el Consejo Nacional de Salud distribuirá los recursos con las siguientes proporciones:

* 1. Cuenta Atención Primaria Integral Resolutiva (APIR): 45%
	2. Cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE): 30%
	3. Cuenta Servicios Especializados de Salud Ocupacional (SESO): 7%
	4. Cuenta Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP): 5%.
	5. Cuenta Prestaciones Económicas en Salud y Riesgos Profesionales (PRES): 8%.
	6. Cuenta de Infraestructura y Equipamiento en Salud (IES): 4%.
	7. Cuenta de Formación en Salud (FS): 0,7%.Revisar el % con base en Ley Residente.
	8. Cuenta de Funcionamiento del Fondo (FF): 0,3%

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

**Parágrafo 2.** Para dar una adecuada respuesta a las enfermedades nuevas ~~huérfanas~~ y ~~olvidadas antes~~, el Consejo Nacional de Salud formulará una política pública específica, con base en propuesta elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social, que destine los recursos suficientes alInstituto de Enfermedades Nuevas ~~instituciones específicas~~**,** orientada ~~por la~~ a garantizar ~~ad~~el derecho fundamental a la salud de las poblaciones afectadas por este tipo de enfermedades, sin relación expresa a la capacidad de pago de las personas o las familias, que incluya la articulación con el Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación, para el desarrollo de nuevos conocimientos sobre el diagnóstico, prevención,~~y~~ tratamientoy paliación de las mismas.

**Artículo 20°. Plan nacional de equipamiento en salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social presentará para aprobación por parte del Consejo Nacional de Salud un plan nacional de equipamiento de la red pública en salud a cinco (5) años ~~diez (10) años,~~con criterios devalidez científica comprobada,equidad regional, concertado con las unidades territoriales de salud y con revisiones cada dos (2) años, con base en los recursos destinados para tal efecto en la cuenta de Infraestructura y Equipamiento del Fondo Único Público para la Salud.~~para la red publica¿~~

Artículo 21°. Fondos territoriales de salud. Los fondos territoriales de salud, serán administrados por las unidades territoriales de salud ~~que se establezcan para cada uno de los territoriosde salud~~definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en los criterios establecidos en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud y en el artículo 25º de la presente ley.

Los fondos territoriales recibirán los recursos provenientes de las transferencias del Fondo Único Público para la Salud para cada territorio de salud y los sumarán a los recursos de diferente origen propios del ente o entes territoriales participantes según la normatividad vigente, en especial, la Ley 1393 de 2010 sobre rentas cedidas al orden territorial de destinación específica para la salud. El gobierno nacional reglamentará el mecanismo de convergencia de estos recursos con los provenientes del orden nacional.

Artículo 22°. Criterios generales para la transferencia de recursos del Fondo Único Público para la Salud a los fondos territoriales.La transferencia de recursos del Fondo Único Público para la Salud a los fondos territoriales será definida anualmente con base en los criterios del Sistema General de Participaciones, más un sistema de incentivos a la equidad y la rentabilidad social. El mecanismo de distribución deberá asignar más recursos, según la proporción que defina el Consejo Nacional de Salud durante el primer año de vigencia de la presente ley, a los territorios que tengan las siguientes características:

* 1. Mayor prevalencia o incidencia de problemas y enfermedades de interés en salud pública que la tasa nacional.
	2. Inequidades en salud, entendidas como desigualdades injustas y evitables, medidas por resultados (morbi-mortalidad) y acceso a los servicios de salud (barreras económicas, geográficas, administrativas o culturales)entre subgrupos de la población a cargo y entre territorios de salud.
	3. Mayor mortalidad materna e infantil que la tasa nacional.
	4. Menor cobertura de saneamiento básico y agua potable que la cobertura nacional.
	5. Mayor incidencia de emergencias y desastres que el promedio nacional.

Artículo 23°. Estructura de los fondos territoriales de salud.

Los fondos territoriales tendrán las mismas subcuentas del Fondo Único Público para la Salud, para ejecutar los recursos según los tipos de servicios definidos en el modelo de atención establecido por la presente ley.

**Artículo 24° Cobertura del Sistema de Salud.** El Estado reconocerá como parte del derecho fundamental a la atención integral en salud, lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 del 2.015, Estatutaria de Salud.Todos los bienes y servicios que se requieran, individuales y colectivos, definidos por profesionales de la salud o agentes de salud, aceptados por el Estado colombiano, excepto las exclusiones, establecidos en el Art. 15 de la ley 1715 del 2.015 y su reglamentación.

###### CAPÍTULO IV

**ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS**

Artículo 25°. Administración de los fondos territoriales de salud.Los fondos territoriales serán administrados por las unidades territoriales de salud, las cuales se conformarán como entidades administrativas públicas descentralizadas, responsables del diseño, gestión, control, seguimiento y evaluación de la gestión en salud en el territorio, mediante asociaciones que de forma autónoma los departamentos, distritos, municipios, entidades territoriales indígenas, zonas de reserva campesina y/o resguardos reconocidos acuerden, según regiones especiales de interés en salud pública y/o que compartan particularidades étnicas o socioculturales.

**Parágrafo.**El gobierno nacional reglamentará la conformación de las unidades territoriales de salud, en los aspectos de gobierno, presupuesto y participación social, según los entes territoriales participantes. Las actuales secretarías de salud o las entidades que hagan sus veces podrán asimilarse a unidades territoriales de salud, en el marco de los acuerdos entre los entes territoriales y la reglamentación que establezca el gobierno nacional.

Artículo 26°. Funciones de lasunidades territoriales de salud. Las unidades territoriales de salud tendrán las siguientes funciones:

* 1. Recaudar los recursos de los entes territoriales involucrados en el territorio de salud correspondiente y articularlos a los transferidos por el Fondo Único Público para la Salud para constituir el Fondo Territorial de Seguridad Social en Salud correspondiente.
	2. Distribuir los recursos integrados del orden nacional y territorial, según las cuentas correspondientes del fondo territorial.
	3. Elaborar un Plan Territorial de Salud a cinco ~~diez~~(5) ~~(10)~~ años, con enfoque intersectorial y participativo y revisión anual, que incluya objetivos, estrategias y metas de calidad de vida y salud de la población del territorio.
	4. Organizar el presupuesto y los mecanismos de**relación** y/o contratación de los prestadores de servicios de salud, públicos,~~y~~ privadosy mixtos, en el territorio de salud a su cargo, y las formas de pago de los servicios prestados por otros prestadores externos, en caso de requerirse atenciones en lugares por fuera del territorio de salud, con criterios de calidad, integralidad y equidad en la atención.
	5. Ejercer las funciones de autoridad sanitaria territorial, tanto en salud pública como en riesgos laborales, en todos los aspectos señalados en las leyes 9ª de 1979 y 1562 de 2012.
	6. Rendir cuentas ante el Consejo Territorial de ~~Seguridad Social en~~ Salud correspondiente, ante la Superintendencia Nacional de Salud y ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

**CAPÍTULO V**

###### PRESTACIÓN DE SERVICIOS

**Artículo 27º.Acceso a los servicios de salud.** Cualquier persona residente en el país, podrá solicitar la atención en salud, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con su identificación expedida por la Registraduría del Estado Civil, o por métodos digitales que permitan la comprobación de su identidad.

ARTÍCULO 1°. El Libro Segundo. Parte especial de los delitos en particular, Título I de los delitos contra la vida e integridad personal. Capítulo VII de la Omisión de Socorro del Código Penal; se adicionará y quedará así: Artículo 131 A. Omisión ó Denegación de Urgencias en Salud. El que teniendo la obligación de prestar el servicio de salud en centro médico habilitado en entidad pública, mixta o privada, que; omita, impida, dilate, retarde o niegue su prestación a una persona cuya vida se encuentre en estado de evidente e inminente peligro, incurrirá en prisión de tres (3) a cinco (5) años. Si como consecuencia de la anterior conducta, sobreviene la muerte, la pena de prisión se aumentará hasta en una cuarta parte. Si la conducta fuere realizada por un profesional de la salud ó directivo del centro médico; se impondrán sanciones subsidiarias de inhabilidad para el ejercicio de la profesión por el tiempo de la pena principal o cancelación definitiva de su tarjeta profesional, previo proceso por parte del Tribunal Nacional de Ética Médica, además, de las sanciones fiscales y disciplinarias.

**Artículo 28°. Naturaleza de las instituciones prestadoras de servicios.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán ser~~án únicamente~~ de ~~dos~~tres tipos: pública, privaday mixta. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad y no de competencia de mercado.

Artículo 29°. Redes de servicios de salud. Las redes de servicios de salud son conjuntos ordenados de servicios, prestados por diferentes instituciones prestadoras de carácter público, privadoo mixto, ubicadas en los territorios de salud, relacionadas según los problemas de atención y niveles tecnológicos, para la configuración de Redes Integradas de Servicios de Salud. Las redes de servicios son:

* 1. Red de Atención Primaria Integral en Salud(general y de salud ocupacional).
	2. Red de servicios especializados ambulatorios(generaly de salud ocupacional).
	3. Red de servicios de hospitalización(general y de salud ocupacional).
	4. Red de urgencias médicas.
	5. Redes de apoyo (vigilancia en salud pública, servicios diagnósticos, farmacéuticos y de tecnologías en salud y de rehabilitación).

**Parágrafo.** El Consejo Nacional de Saluddefinirá los estándares y mecanismos para la conformación de las redes de servicios en los territorios de salud y la adecuación de las formas de gobierno y participación social en la gestión de los centros y hospitales públicos, con base en la propuesta técnica apoyada en experiencias propias y de otros países, elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social, dando prioridad a la red hospitalaria pública como eje articulador de las redes de servicios en los territorios de salud que se definan.La participación en las redes por parte de las entidades privadas será voluntaria y en concordancia con los lineamientos que establezca el Consejo Nacional de ~~Seguridad Social.~~Salud

**Artículo 30º~~29°.~~ Pertinencia médica.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán conformar un Comité o Comités de Pertinencia Médica de composición plural entre las profesiones y las especialidades médicas, relacionados con los servicios ofrecidosy con ~~participación ciudadana~~, cuya función será ejercer la autorregulación colectiva e institucional de las decisiones médicas y evitar el uso indebido o no justificado de tecnologías, medicamentos y procedimientos.La unidad territorial de salud del territorio en que estén ubicadas las instituciones establecerá una Junta de Revisión de la Pertinencia Médica con selección aleatoria de casos que permita formular recomendaciones para su mejoramiento.mejoramiento.

**Artículo 31º Gestión de las Tecnologías aplicables en salud.-~~IETS’?~~**Se realizará a través del **Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud(INETIS),** apoyadoporun Comité Técnico Científico conformado por 5 representantes Farmacólogos o Internistas seleccionados de ternas envíadas por las Facultades de Medicina de las Universidades Nacional, Antioquia, Valle, UIS y Cartagena. El Comité tendrá como apoyo para el análisis de tecnologías diferentes a Medicamentos otros Comités ~~Comité.~~ad hoc conformados por Profesores, Titulares o Asociados, de las Universidades mencionadas o de otras Universidades Públicas que demuestren su autoridad científica con a través de artículos publicados en Revistas indexadas sobre los temas pertinentes.

**Artículo 32º Prescripción médica.** La realizará el médico por medio electrónico que le permita acceder a las tecnologías en salud, no contempladas dentro de los criterios de exclusión,~~en caso contrario~~en cuyo caso, debe informar de esta característica, es decir, no financiable con recursos públicos de la salud, sino a través de tutela o por Autorización de la Junta de Profesionales de que trata el Art. 15º de la Ley Estatutaria. Los medicamentos se identificarán como genéricos, su principio activo, los nombres comerciales~~inicialmentesolo genericos~~, laboratorio respectivo, precio autorizado, indicaciones sobre primeros usos y demás alternos, incluyendo los efectos secundarios. El aplicativo debe contener información del número total de prescripciones efectuadas en todo el Sistema de Salud a la fecha y las del año inmediatamente anterior, además deberá incluir los diagnósticos respectivos y si la prescripción es la inicial o cambio por su ineficacia o los efectos secundarios.~~secundarios.~~

**Artículo 33º Adquisición y distribución de Medicamentos y tecnologías en salud.**La adquisición de los medicamentos y tecnologías se hará a través de subasta pública por período anual, en el noviembre y con vigencia del 1º de Enero, lo cualpermite que las empresas productoras de tecnologías planifiquen su producción orealicen alianzas que garanticen las cantidades requeridas; la subasta podrá tener alcance internacional, pero dando preferencias a la producción nacional. La distribución se hará a través de las redes de comercialización HABILITADAS para cumplir esta función y el pago lo realizará el ADRES dentro del mes siguiente a las respectivas entregas, a las instituciones que las realizaron.Las entidades habilitadas para entregar medicamentos y tecnologías en salud, tendrán buen cuidado de disponer de los productos para los cuales fueron habilitadas y asumirán el trámite y entrega en el domicilio del usuario en el caso de ser requerido y no lo tenga en el momento.~~momento.~~

***Artículo 33º - “Aquí debemos desarrollar el Art. 16º. de la ley 1751 de 2.015 Estatutaria de Salud sobre “Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud”.Sugiero lo que ya existe en la Ley 23 de 1981.***

Artículo 34°. Formas de relación entre las unidades territoriales de salud y los prestadores de servicios de salud. Las formas de relación entre las unidades territoriales de salud y las instituciones que conforman las redes de servicios serán de cuatro tipos, según su naturaleza institucional y en atención a un sistema de contabilidad de costos de los bienes y servicios de salud:

1. Presupuestos anuales para el cubrimiento de la planta de personal de cada uno de los centros y hospitales públicos del territorio de salud, según su complejidad tecnológica y el régimen laboral que se establezca, basado en los criterios del artículo XX de la presente ley.
2. Formas de pago complementarias a los centros y hospitales públicos por servicios integrados que estimulen la calidad de la atención, la accesibilidad, la oportunidad, la aceptabilidad de los servicios de salud, el logro de metas y resultados en salud, la superación de inequidadesen salud de la población y el desarrollo del modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria integral resolutiva (APIR~~S~~).
3. Formas de contratación de servicios integrados con prestadores privados, según las necesidades de la población en el territorio correspondiente.
4. Formas de pago específicas para servicios prestados en otros territorios de la geografía nacional.

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

**Artículo 35º. Recuperación del Complejo Hospitalario San Juan de Dios de Bogotá**. De conformidad con los dispuesto en la ley 735 de 2002, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Cultura, en coordinación con la gobernación de Cundinamarca, la Alcaldía de Bogotá, Distrito Capital, y la Universidad Nacional de Colombia, deberán continuar la implementación del plan de recuperación y puesta en operación del Complejo Hospitalario San Juan de Dios, comenzando por el Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil, en el término de seis meses a partir de la sanción de la presente ley. Este plan deberá incluir las dimensiones jurídicas, presupuestales, técnico-científicas, culturales, educacionales y laborales con el fin de que el país cuente con unconjunto ~~complejo~~ hospitalario de carácter universitario de alta complejidad, que sirva de referente el desarrollo de la ciencia, la investigación y la formación de personal en salud, en el marco del fortalecimiento de la red pública hospitalaria del país. La Agencia para la Defensa Jurídica del Estado y la Contraloría General de la República deberán implementar un plan de choque conjunto que permita proteger el patrimonio y los bienes del Hospital San Juan de Dios.

Para estos propósitos, el gobierno nacional reconocerá personería jurídica al Hospital San Juan de Dios como establecimiento público del orden nacional, de naturaleza especial, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con autonomía presupuestal y administrativa.

**Parágrafo.** El Hospital San Juan de Dios servirá de instancia articuladora de un sistema nacional de hospitales universitarios, de su mismo nivel de complejidad, tanto públicos como privados, que serán igualmente referentes para la política laboral, de formación de personal en salud y de ciencia, tecnología e innovación en salud. El gobierno nacional reglamentara la materia.~~como se va a desarrollar?Publico y privadomateria.~~

**CAPÍTULO VI**

**MODELO DE ATENCIÓN**

**Artículo 36º. Tipos de bienes y servicios esenciales de salud.** Los bienes y servicios de salud que se requieren~~,~~ para el goce efectivo del derecho fundamental autónomo a la atención en salud, sin importar la capacidad de pago de las personas y con enfoque diferencial por género, especificidad cultural o étnica, ciclo vital o situación de discapacidad o vulnerabilidad, son de cinco tipos y se complementan según las necesidades de las personas, familias y comunidades, con base en la estrategia de Atención Primaria Integral Resolutiva (APIR~~S~~). Los tipos de bienes y servicios de salud son:

* 1. Atención Primaria Integral en Salud.
	2. Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados.
	3. Servicios especializados de salud ocupacional.
	4. Programas de control de problemas y enfermedades de interés en Salud Pública.
	5. Prestaciones económicas.

**Parágrafo.** El Consejo Nacional de Salud, con base en propuesta de reglamentación presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social, definirá los compromisos específicos de cada tipo de servicios, con base en los criterios señalados en la presente ley. Esta definición deberá ser flexible e intercultural, para tener en cuenta las especificidades territoriales y culturales, el perfil epidemiológico y la superación de inequidades relacionadas con la situación socioeconómica, la etnia, el género, el ciclo vital de las personas o grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad (desplazamiento, discapacidad, habitante de calle, prostitución, entre otros).

**Artículo 37º. Atención Primaria Integral Resolutiva (APIR~~S~~).** Con base en los principios ordenadores de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, calidad y vínculo, para cumplir la función principal de coordinación de la atención integral de las personas, familias y comunidades,los componentes esenciales de la APIR~~S~~ que definirán los compromisos de las instituciones prestadoras, son:

* 1. Identificación de necesidades sociales de calidad de vida y salud, así como las inequidades entre grupos de la población adscrita territorialmente.
	2. Formulación o apoyo sectorial a políticas y planes intersectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y mejoramiento de calidad de vida y salud en territorios específicos, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, salud ocupacional y control de violencia interpersonal e intrafamiliar.
	3. Acciones específicas dirigidas al ambiente y a las personas para promover la calidad de vida y la salud general y ocupacional de las poblaciones, educar en salud, promover la no violencia, proteger la vida y prevenir enfermedades generales, laborales y accidentes de tránsito.
	4. Servicios de atención ambulatoria programada, con alta capacidad resolutiva, general y especializada básica, con enfoque familiar y comunitario, que incluye educación en salud, protección específica, prevención, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades crónicas, rehabilitación, cuidado paliativo, atención odontológica, salud sexual y reproductiva, salud visual, atención integral de la gestación, parto y puerperio, salud mental.
	5. Servicios básicos de salud ocupacional, encaminados a atención integral de accidentes y enfermedades ocurridas con ocasión o como consecuencia del trabajo, a asesorar a las empresas y a los trabajadores independientes en el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo, a la vigilancia epidemiológica ocupacional y a la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales en el marco de una estrategia de entornos de trabajo saludables.
	6. Servicios farmacéuticosy de tecnologías en salud, en el marco de la política nacional de medicamentos, insumos y tecnologías en salud.
	7. Servicios de apoyo diagnóstico de laboratorio e imagenología de primero y segundo nivel tecnológico ambulatorio.
	8. Atención médica domiciliaria o cuidado domiciliario o paliativo, técnicamente justificado.
	9. Atención de urgencias de primero y segundo niveles tecnológicos y atención de parto normal y de mediana complejidad.
	10. Seguimiento de pacientes referidos y contrarreferidos de los servicios especializados ambulatorios, de hospitalización y de urgencias de tercero y cuarto niveles tecnológicos.
	11. Coordinación intersectorial, con sistema de referencia y contrareferencia a otros sectores según caracterización de salud familiar y comunitaria.
	12. Información sistematizada y electrónica en salud, tanto de tipo personal (historia clínica única) como de tipo poblacional, con la estructura de la vigilancia en salud, para medir resultados, efectos e impactos en calidad de vida y salud, con perspectiva de equidad y de garantía del derecho a la salud.~~salud.~~

**Artículo 38º. Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados.** Los componentes de los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados, que definirán los compromisos de los prestadores, son:

* 1. Servicios ambulatorios especializados que requieran mediana y alta tecnología.
	2. Servicios de hospitalización de terceroy cuarto niveles tecnológicos, incluido los cuidados intermedios e intensivos.
	3. Servicios farmacológicos de mediano y alto costo, en el marco de la política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud.
	4. Servicios de apoyo diagnóstico, de laboratorio clínico, de genética y de imagenología, de mediana y alta complejidad.
	5. Servicios de rehabilitación de segundo a cuarto niveles tecnológicos o de intervención de largo plazo.

**Parágrafo.** Los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados serán siempre articulados a la Atención Primaria Integral Resolutiva (APIR~~S~~) y deberán configurar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), según el diseño realizado por el fondo territorialde salud correspondiente.

**Artículo 39º.Servicios especializados de salud ocupacional.** Los componentes de salud ocupacional especializados, en articulación con los servicios ofrecidos y coordinados por las instituciones que desarrollan la APIR~~S~~, son:

* 1. Servicios ambulatorios especializados para el manejo de accidentes y enfermedades con ocasión o como consecuencia del trabajo.
	2. Servicios de apoyo diagnóstico, de laboratorio clínico, ~~de genética~~ y de imagenología especializados para salud ocupacional.
	3. Servicios hospitalarios especializados de mediana y alta complejidad para la atención de accidentes o enfermedades con ocasión o como consecuencia del trabajo.
	4. Servicios farmacológicos especializados para el tratamiento de enfermedades como consecuencia del trabajo.
	5. Servicios de rehabilitación para discapacidades derivadas de accidentes o enfermedades con ocasión o como consecuencia del trabajo.

**Artículo 40º. Programas de control de problemas y enfermedades de interés en salud pública.** Los programas de control de enfermedades de interés en salud pública corresponden a los bienes, servicios y acciones coordinadas, intra e intersectorialmente, con la participación de la comunidad y de las redes sociales, en la forma de programas verticales, para el control de las enfermedades de interés en salud pública, según el perfil epidemiológico de los territorios de salud y del país en su conjunto. Estos programas estarán bajo la directa responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social y de los entes territoriales, con el apoyo y supervisión del Instituto Nacional de Salud (INS).

**Artículo 41º Prestaciones económicas.** Las prestaciones económicas son las retribuciones monetarias destinadas a proteger a las familias del impacto financiero de la situación de maternidad y de la incapacidad o la invalidez derivada de una enfermedad general y de accidentes y enfermedades ocurridas con ocasión o como consecuencia del trabajo.

**Parágrafo.** El Consejo Nacional de Saluddefinirá las formas de reconocimiento de estas prestaciones, con base en propuesta técnica elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social, y la experiencia acumulada en el pago de las prestaciones económicas, sin importar la condición de cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas en ningún caso serán inferiores a los que actualmente reconoce el sistema de riesgos laborales (Ley 1562 de 2011).

**CAPÍTULO VII**

###### SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD

Artículo 42º Definición.El Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS) es el conjunto de mecanismos y procedimientos destinados a la gestión de la información y del conocimiento para la toma de decisiones en el Sistema deSalud, para garantizar las operaciones entre los agentes del sistema y dar cuenta de las necesidades sociales en salud, las respuesta institucional y social, y los resultados en saludy calidad de vida de la población colombiana, con enfoque de equidad y de determinación social de la salud y la enfermedad. La información deberá ser accesible y estar disponible para la población, por diferentes medios, con el fin de fortalecer la participación y el control social en los territorios.

Artículo 43º Características generales. El SIIS tendrá como centro de organización el seguimiento de la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se organizará en, por lo menos, dos niveles:

1. **Nivel operativo:** garantizará la producción y el uso de la información para la atención integral en salud de las personas, las familias y comunidades con calidad, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia, por parte de todos los actores para el funcionamiento del Sistema de Salud, comenzando por la historia clínica electrónica única, en todos sus procesos y territorios.
2. **Nivel estratégico:** dedicado a la transformación y el análisis de la información sobre situación de salud y calidad de vida de la población, para contribuir a la toma de decisiones de las instancias de rectoría y dirección del sistema y de todos los agentes involucrados en ellas.

**Parágrafo 1º.**El Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de propuesta elaborada por el Instituto Nacional de Salud, tendrá la responsabilidad de diseñar y desarrollar el Sistema Integrado de Información en Salud y de garantizar el compromiso de todos los actores del sistema con la calidad y la fluidez de la información para su buen funcionamiento.

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

**CAPÍTULO VIII**

###### PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL

Artículo 44º Definición. La participaciónes un derecho y un deber fundamental que se materializa en la intervención consciente, activa y vinculante de las personas en los procesos de atención y de toma de decisiones, individuales y colectivos en todo el sistema de salud. La participación ciudadana es ejercida por las personas, de manera autónoma, en cualquier instancia del sistema. La participación social es ejercida por formas organizadas de la sociedad, por mecanismos de representación o de participación directa en las decisiones o en la gestión de la seguridad social en salud.

**Artículo 45º Ámbitos de la participación ciudadana y social**. La participación vinculante de las personas y de las comunidades organizadas podrá ser ejercida en los siguientes ámbitos:

1. **Participación en los procesos cotidianos de atención integral en salud.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud desarrollarán procesos y procedimientos para el libre ejercicio de la autonomía de las personas en materia de salud, de manera que puedan expresar, mediante consentimiento informado y consciente, su aceptación o rechazo de cualquier procedimiento o intervención que implique riesgos razonables, técnicos y morales.
2. **Participación en la exigibilidad del derecho.** Las instituciones que participan en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud deben establecer mecanismos y escenarios, suficientes y eficaces, para impulsar la exigibilidad de este derechopor parte de las personas y las organizaciones sociales, tanto en el interior de las instituciones prestadoras de servicios como en las diferentes instancias de inspección, vigilancia y control, y del sistema judicial.
3. **Participación en las políticas públicas en salud**. El Sistema contará con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la participación informada, activa, vinculante y efectiva de los ciudadanos y las organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales. Se podrán establecer comités, círculos o consejos de participación en salud en los microterritorios o divisiones locales de los territorios de salud, como parte del desarrollo de la APIR~~S~~, los cuales podrán tener delegados para la organización periódica de asambleas, congresos o conferencias regionales y nacionales de salud que permitan incidir en las políticas públicas de salud, a través del Consejo Nacional de Salud.
4. **Consulta previa a comunidades étnicas**. El mecanismo de participación de las comunidades étnicas será la consulta previa como derecho fundamental consagrado en la Constitución y las leyes, el cual deberá garantizar el consentimiento previo, libre e informado respecto del desarrollo del enfoque diferencial en las políticas de salud y seguridad social, y promover procesos de desarrollo de la interculturalidad en salud.
5. **Participación en inspección, vigilancia y control**. La ciudadanía que participe individualmente o representada enorganizaciones sociales, podrá, de acuerdo a la norma correspondiente a tal efecto,hacer veedurías en salud, desde el ámbito micro territorial hasta el nacional, en coordinación con los organismos de control principales del sistema, esto es, la Superintendencia Nacional de Salud y la Contraloría General de la República.

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

**Artículo 46º. De los comités hospitalarios de ética.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán conformar comités institucionales u hospitalarios de ética, de carácter plural, constituidos por personal profesional y no profesional de la misma institución, representantes de las comunidades de los territorios de salud a los que sirven, abogados, eticistas y bioeticistas. Su función fundamental será el análisis de los dilemas éticos que se presenten en la actividad clínica, en los servicios comunitarios o en la investigación en salud que comprometa personas yofrecerasesoría, orientación y apoyo a los tomadores de decisiones clínicas y de investigación en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia, con el aval del Consejo Nacional de Salud.

**CAPÍTULO IX**

**INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL**

Artículo 47º Características generales de la inspección, vigilancia y control. Las funciones de inspección, vigilancia y control del SistemadeSalud serán ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud, de manera desconcentrada y con el apoyo de las Empresas Promotoras y vigilantes del DERECHO A LA SALUD, la red de control social que defina el Consejo Nacional de Salud para cada territorio de salud, con base en propuesta de reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 48º. Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Inspeccionar, vigilar y controlar el manejo financiero del Fondo Único Público para la Salud y de los fondos territoriales de seguridad social en salud.
2. Presentar al Consejo Nacional de Salud para su aprobación, la reglamentación sobre el Sistema Obligatorio de Calidad de los Servicios de Salud, con base en la experiencia nacional e internacional sobre el tema, y velar por su cumplimiento por parte de los fondos territoriales y todos los prestadores de servicios de salud, públicos y privados.
3. Desarrollar procesos de descentralización de la inspección, vigilancia y control en los territorios de salud, definiendo las competencias de los entes territoriales en la materia y la conformación de redes de control social.
4. Desarrollar un sistema de quejas y reclamos de fácil acceso y trámite, con cobertura nacional y manejo descentralizado, en coordinación con el sistema judicial y con capacidad sancionatoria.
5. Rendir informa anual al Consejo Nacional de Salud en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del sistema en su conjunto y se propongan medidas correctivas.

**Artículo 49º Funciones de las Empresas Promotoras del Derecho a la Salud.**LasEmpresas Promotoras del DERECHO A LA SALUD, son Empresas cuya misión es garantizar el Derecho a la salud a toda la población residente en el país, dependerán de la Superintendencia Nacional de Salud y cumplirán las siguientes funciones:

**Artículo 50º Naturaleza pública de los recursos para la salud.**Los recursos aportados para la salud, en la forma de cotizaciones o impuestos, son de naturaleza pública e inembargable y **no serán objeto de ánimo de lucro**. Estos recursos serán sometidos a cuidadosa inspección, vigilancia y control de su aplicación por parte de la Contraloría General de la República, la cual deberá contar con la suficiente capacidad técnico-administrativa, de manera desconcentrada y con participación social, mediante redes de control social sobre el uso de estos recursos.

**CAPÍTULO X**

**DERMINANTES SOCIALES**

La Ley 1751 Estatutaria en Salud, en su Art. 9º establece que*“es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.”*

*El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.*

***Parágrafo.*** *Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.*

Como determinantes sociales se reconocen los siguientes con sus características: ~~Determinantes sociales~~:

Agua

Vital mínimo garantizado

Potabilidad

Disponibilidad permanente

Acceso permanente

Control y regulación tarifaria

Energía eléctrica

Disponibilidad permanente

Acceso permanente

Control y regulación tarifaria

Disposición de excretas

Alcantarillado

Asesoría, promoción y capacitación en la construcción de pozos sépticos

Separación de aguas

Separación de basuras

Manejo óptimo de las basuras

Doméstico

Estatal

Vivienda

Financiación

Vivienda digna (mínima área x persona + área social + área alimentaria)

Educación

Preescolar

Escolar

Bachillerato clásico

Bachillerato técnico

Acceso seguro

Valores cívicos, éticos y morales

Derechos humanos

Hábitos saludables

Nutrición

Higiene

Salud sexual y reproductiva

Prevención del embarazo en infantes y adolescentes

Prevención de ETS

Historia

Municipal

Departamental

Nacional

Universal

Geografía

Municipal

Departamental

Nacional

Universal

Seguridad alimentaria:

protección y fomento del cultivo y consumo de alimentos autóctonos;

cultura dietaria por regiones

control a industrias alimentarias

Precios

Calidad

Seguridad al consumo

impuesto al azúcar y a comida chatarra y prohibición de su venta y consumo en los jardines infantiles, escuelas de educación primaria y secundaria y en planteles de educación técnica;

control al uso de sustancias humanamente nocivas en la fumigación de cultivos y el manejo de herbicidas y plaguicidas;

control de enfermedades y sustancias tóxicas en animales para el consumo humano (cárnicos, pescadería, huevos, leche y derivados lácteos).

Transporte:

ergonomía,

“0” accidentalidad,

emisión de gases tóxicos

mantenimiento de vías y parque automotor

Recreación

Parques públicos

Programas recreativos por ciudades, regiones, departamentos y del nivel nacional

Deportes

No discriminación

Social

Política

Religiosa

Étnica

Trabajo

Higiene

Seguridad

Condiciones dignas

Ergonomía

Estabilidad laboral

Consumo de sustancias tóxicas

Cigarrillo

Control a su publicidad

Impuestos

Programas de Rehabilitación de adictos

Alcohol

Control a su publicidad

Impuestos

Programas de Rehabilitación de adictos

Estupefacientes

Programas de Rehabilitación de adictos

Tratamiento nutricional

Tratamiento de sus enfermedades subsecuentes

Paz y Justicia

Económica

Social

El Presidente de la República nombrará por Decreto el Representante de cada Ministerio para conformar la Comisión de los Determinantes Sociales, la cual se reunirá cada mes y será responsable de la regulación sobre el control de dichos determinantes, la cual tendrán fuerza de Decreto firmada por todos los Ministros que conforman dicha Comisión. Igualmente hará un seguimiento de la regulación existente con base en la información epidemiológica que presente el Instituto Nacional de Salud. ~~Los ministerios relacionados a cada una de las acciones para intervenir sobre los determinantes sociales, crearán comisiones interministeriales que establecerán lo correspondiente a cada ministerio.~~

**CAPÍTULO XI**

**POLÍTICAS PÚBLICAS PRIORITARIAS**

Artículo 50º.Política nacional de ciencia, tecnología e innovación en salud.El Consejo Nacional de Salud formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la política de ciencia y tecnología en salud, en concordancia con el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. La política deberá definir las prioridades de inversión en investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud para el país, según las especificidades territoriales y los recursos definidos por la normatividad correspondiente.

Como complemento a los recursos del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, elConsejo Nacional de Salud definirá el monto anual de recursos destinados a la investigación, desarrollo tecnológico e innovación en problemas y enfermedades de especial interés en salud pública, provenientes de la cuenta de Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP) del Fondo Único Público para la Salud, los cuales serán administrados directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las prioridades de la política nacional de ciencia, tecnología e innovación en salud y complementados con recursos territoriales para tal efecto, en especial, los del Sistema General de Regalías.no cabria aca que participe COLCIENCIAS?

Artículo 51º Política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud. Esta política debe garantizar el acceso a medicamentos, insumos y tecnologías en salud de carácter diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación a toda la población, según su necesidad, para recuperar la salud.ElConsejo Nacional de Salud formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, esta política con base en propuestas presentadas por sus integrantes, porel Instituto Nacional de Salud, por elInstituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) y por el Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud(INETIS)~~(IETS?),~~ mediante la cual se establezcan precios a la entrada y estrategias de regulación tales como: compra conjunta de medicamentos esenciales, producción nacional de moléculas no protegidas por patente, producción de moléculas con patentes liberadas por interés en salud pública, provisión descentralizada según perfiles epidemiológicos territoriales, investigación y desarrollo tecnológico de medicamentos y tecnologías prioritarias, formación y educación continua farmacológica del personal de salud, estímulos para la producción nacional de medicamentos y tecnologías, regulación de precios de medicamentos y tecnologías, evaluación y regulación del uso de tecnologías e insumos.

**Parágrafo 1.** Se prohíbe el uso de cualquier tipo de prebendas o beneficios al personal de salud por parte de empresas o agentes relacionados con la producción, distribución y consumo de medicamentos, insumos, equipos o tecnologías en salud.

Parágrafo 2. Los profesionales a los que se les compruebe que prescriban medicamentos u otras tecnologías de salud que respondan a algún interés o beneficio personal, serán sancionados la primera vez con suspensión de su ejercicio profesional por un año; la segunda vez por tres años y por tercera vez el retiro definitivo de su ejercicio profesional.Esto lo dejaría para los tribunales de etica

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

Artículo52º. Política de formación y educación superior en salud. **El Consejo Nacional de Salud en coordinación con el Ministerio de Educaciónformulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la política de formación y educación superior en salud. La política deberá orientar las prioridades de formación de personal según las necesidades de calidad de vida y salud de la población, las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la Atención Primaria Integral Resolutiva (APIR~~S~~), con enfoque familiar y comunitario, así como las necesidades y estímulos para la formación de especialistas y subespecialistas en las profesiones del área de la salud, y los mecanismos de conformación articulación entre las instituciones formadoras de personal y las redes integradas de servicios de salud con carácter universitario. Así mismo, la política deberá incluir los criterios generales para mejorar la calidad y la dignificación del trabajo en salud, tanto profesional como no profesional, estableciendo estabilidad laboral y estímulos salariales y de educación continua para quienes tengan que trasladarse a lugares ubicados por fuera de las ciudades capitales.**

**Primero hay que hacer un verdadero censo del recurso humano profesional y tecnico**

Artículo 53º. **Régimen y política laboral en salud.**Los trabajadores de las instituciones ~~públicas~~ del sector salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios:

* 1. Las personas vinculadas a las instituciones públicas de saludy privadas,~~?en el titulodice para el publicopornorma general, estarán vinculados por contrato de trabajo conforme a los preceptos de Código Sustantivo del Trabajo~~.
1. Los empleados públicos de libre nombramiento y remoción corresponden únicamente a las funciones o actividades de dirección, conducción y orientación institucionales, cuyo ejercicio implique la adopción de políticas o directrices y/o la administración y el manejo directo de bienes, dineros y/o valores del Estado.
2. Los servidores públicos actualmente vinculados a las instituciones públicas de salud continuarán vinculados sin solución de continuidad y se les respetarán sus derechos adquiridos.En consecuencia,seguirán con el mismo régimen salarial y prestacional que vienen disfrutando, hasta el momento de su retiro, siempre y cuando sea más favorable para el trabajador. El gobierno nacional, conjuntamente con las asociaciones de gerentes o directores de las instituciones públicas de salud, en un término no mayor a tres (3) meses, adelantará el proceso de negociación y concertación con las organizaciones de trabajadores y profesionales de la salud para determinar la reglamentación del nuevo régimen laboral del sector y de estructura de las plantas de personal, teniendo como base fundamental los principios rectores del artículo 53 de la Constitución Política y los siguientes elementos:
	* 1. El carácter permanente de la actividad o funciones para vincular en las plantas de personalserán acordes con la población a atender.~~Plantas de personal de acuerdo a la población a atender~~
		2. Requerimientos reales de las plantas de personal.
		3. Escalafonamiento mediante la adopción de la curva salarial que parta del establecimiento del salario mínimo por profesión u oficio, como mecanismos que permitan que la incorporación de los trabajadores, el cumplimiento de los precedentes constitucionales y legales sobre formalización laboral e incentive la actualización, el servicio humanizado y con calidad.~~incentivospara zonas apartadas y diversas~~
		4. Criterios de selección e ingreso del personal a vincular en las plantas de personal,
		5. Normas sobre incentivos salariales y no salariales, incluyendo el criterio de las zonas apartadas y dispersas.
		6. Normas generales de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones públicas de salud.
		7. Normas de salud laboral, higiene y medicina del trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de cada uno de los cargos, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud, haciendo especial énfasis en las derivadas de los riesgos biológicos y las originadas por radiaciones ionizantes o manejo de químicos, las físicas o de trauma propias de las entidades hospitalarias, sin descuidar los desórdenes músculo-esqueléticos y los aspectos psíquico-laborales, como consecuencia de la atención a personas afectadas en su salud.
		8. Normas sobre educación continuada y formación profesional que incentiven los convenios de docencia de servicios, de tal manera que se disponga de los centros de práctica adecuados en todos los niveles de complejidad.

El Instituto Nacional de Salud en el año siguiente de la aprobación de la presente ley, organizará y realizará un censo a nivel nacional del recurso humano vinculado al sector de la salud y con las variables requeridas para la planificación futura del recurso humano.

Artículo 54º. ~~49°.~~ Régimen y política laboral en salud.Los trabajadores de las instituciones públicas del sector salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios:

1. Las personas vinculadas a las instituciones públicas de saludy privadas, por norma general, estarán vinculados por contrato de trabajo conforme a los preceptos de Código Sustantivo del Trabajo.
2. Los empleados públicos de libre nombramiento y remoción corresponden únicamente a las funciones o actividades de dirección, conducción y orientación institucionales, cuyo ejercicio implique la adopción de políticas o directrices y/o la administración y el manejo directo de bienes, dineros y/o valores del Estado.
3. Los servidores públicos actualmente vinculados a las instituciones públicas de salud continuarán vinculados sin solución de continuidad y se les respetarán sus derechos adquiridos. En consecuencia, seguirán con el mismo régimen salarial y prestacional que vienen disfrutando, hasta el momento de su retiro, siempre y cuando sea más favorable para el trabajador. El gobierno nacional, conjuntamente con las asociaciones de gerentes o directores de las instituciones públicas de salud, en un término no mayor a tres (3) meses, adelantará el proceso de negociación y concertación con las organizaciones de trabajadores y profesionales de la salud para determinar la reglamentación del nuevo régimen laboral del sector y de estructura de las plantas de personal, teniendo como base fundamental los principios rectores del artículo 53 de la Constitución Política y los siguientes elementos:
	* 1. El carácter permanente de la actividad o funciones a vincular en las plantas de personal.
		2. Requerimientos reales de las plantas de personal.
		3. Escalafonamiento mediante la adopción de la curva salarial que parta del establecimiento del salario mínimo por profesión u oficio, como mecanismos que permitan que la incorporación de los trabajadores, el cumplimiento de los precedentes constitucionales y legales sobre formalización laboral e incentive la actualización, el servicio humanizado y con calidad.
		4. Criterios de selección e ingreso del personal a vincular en las plantas de personal,
		5. Normas sobre incentivos salariales y no salariales.
		6. Normas generales de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones públicas de salud.
		7. Normas de salud laboral, higiene y medicina del trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de cada uno de los cargos, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud, haciendo especial énfasis en las derivadas de los riesgos biológicos y las originadas por radiaciones ionizantes o manejo de químicos, las físicas o de trauma propias de las entidades hospitalarias, sin descuidar los desórdenes músculo-esqueléticos y los aspectos psíquico-laborales, como consecuencia de la atención a personas afectadas en su salud.
		8. Normas sobre educación continuada y formación profesional que incentiven los convenios de docencia de servicios, de tal manera que se disponga de los centros de práctica adecuados en todos los niveles de complejidad.

**Parágrafo**. El Consejo Nacional de Salud definirá, con base en propuesta técnica del Ministerio de Salud y Protección Social y para períodos de cuatro (4) años, una política laboral del sector salud que permita orientar la distribución de los recursos humanos del sistema en su conjunto, para superar las inequidades regionales y mejorar la respuesta a las necesidades territoriales en salud, incluyendo una readecuación del servicio social obligatorio en salud, sin perjuicio del régimen laboral que se establezca.

###### CAPÍTULO XI

**PERÍODO, DISPOSICIONES DE TRANSICIÓN Y VIGENCIA**

1. Artículo 54°. Período de transición.**Con el fin de propiciar la adaptación de las instituciones del Sistema de Salud a las disposiciones de la presente Ley se contará con un período máximo de transición de dos (2) años a partir de su vigencia, sin perjuicio de los períodos explícitos establecidos.**

Artículo 55°. Disposiciones transitorias. La transición de los actuales sistemas de salud y riesgos profesionales al Sistema de Salud se realizará con base en las siguientes disposiciones transitorias:

1. El Consejo Nacional de Salud será conformado por convocatoria del Ministerio de Salud y Protección Social, durante los primeros tres (3) meses de vigencia de la presente ley.
2. El Gobierno nacional pondrá en funcionamiento el Fondo Único Público para la Salud durante los primeros seis (6) mesesperentorios posteriores a la vigencia de la presente ley.
3. ElConsejo Nacional de Salud deberá reglamentar las disposiciones de su competencia durante el primer año de vigencia de la presente ley.
4. Las empresas promotoras de salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado actuales deberán trasladar el monto de las cotizaciones a la seguridad social en salud al Fondo Único Público para la Salud una vez entre en funcionamiento la Central Única de Recaudo de este Fondo.
5. El Ministerio de Salud y Protección Social hará un estudio para determinar la deuda que tienen las entidades promotoras de salud (EPS) que como consecuencia de esta ley deban desaparecer, a fin de establecer los mecanismos de pago, en coordinación con los organismos de control que adelantan investigaciones sobre la apropiación indebida de recursos públicos de la seguridad social en salud por parte de dichas entidades.
6. El gobierno nacional asumirá el pasivo prestacional y el saneamiento fiscal de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, en especial, los prestados ala población pobre no asegurada por parte de la red pública, con énfasis en los hospitales universitarios, para lo cual hará un corte a 31 de diciembre de 2016.de 2016.

Artículo 56°. Vigencia.Transcurrido el período de transición de la presente ley, se derogan todas las disposiciones que le sean contrarias, en particular los libros Segundo y Tercero de la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011*excepto los siguientes artículos*, los Decretos 1295 de 1994 y los aspectos que le sean contrarios de la Ley 1562 de 2012.

Es necesario desarrollar los siguientes Artículos de la Ley Estatutaria 1715, de Febrero del 2.015, con sus literales o numerales correspondientes:

*Art. 5º., literal d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;* (Con declaración de exequibilidad condicionada).

***Art. 14º.Parágrafo 1°.*** *En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a sus circunstancias, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias tanto de los Representantes Legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio, como de las demás personas que contribuyeron a la misma.*

***Artículo 16. Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud.*** *Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica,ética profesional y autorregulación, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.*

*LEY 23 DE 1981*

*ARTÍCULO 19.­ Cuando la evolución de la enfermedad así lo requiera, el médico tratante podrásolicitar el concurso de otros colegas en Junta Médica, con el objeto de discutirle el caso delpaciente confiado a su asistencia. Los integrantes de la Junta Médica serán escogidos, de común acuerdo, por los responsables del enfermo y el médico tratante”.*

*Conc. D. 3380/81. Art. 15 y 16.*

*D. 3380/81. Art. 15. “Entiéndese por Junta Médica, la interconsulta o la asesoría solicitada por el médico tratante a uno o más profesionales tiendo en cuenta las condiciones clínicas­patológicas del paciente”.*

*Art. 16. – “Para efectos del artículo 19 de la Ley 23 de 1981, son responsables del enfermo, las personas naturales o jurídicas que figuren como tales en la historia clínica o registros médicos”.*

*ARTÍCULO 20. – El médico tratante garantiza al enfermo o a sus allegados inmediatos*

*responsables, el derecho de elegir al cirujano o especialista de su confianza.*

*ARTÍCULO 21. – La frecuencia de las visitas y de las Juntas Médicas, estará subordinada a lagravedad de la enfermedad, y a la necesidad de aclarar el diagnóstico, mejorar el tratamiento osatisfacer el deseo expresado por el enfermo o sus familiares.*

*Conc. D. 3381/80. Art. 17. – “La frecuencia de las visitas médicas y de las Juntas Médicas*

*estará subordina a la gravedad de la enfermedad y a la necesidad de aclarar el diagnóstico, mejorar el tratamiento y satisfacer el deseo expresado por el enfermo o sus familiares, siempre y cuando corresponda esta solicitud a la condición clínico patológica de aquel”.*

*ARTÍCULO 22. – Siendo la retribución económica de los servicios profesionales un derecho, elmédico fijará sus honorarios de conformidad con su jerarquía científica y en relación con laimportancia y circunstancias de cada uno de los actos que le corresponda cumplir teniendo encuenta la situación económica y social del paciente, y previo acuerdo con éste o sus responsables.*

*ARTÍCULO 23. – En caso de urgencia la asistencia médica no se condiciona al pago anticipadode honorarios profesionales.*

*ARTÍCULO 24. – En las Juntas Médicas los honorarios serán iguales para todos los*

*participantes.*

*Conc. D 3380/81. Art. 18. – “En las Juntas Médicas los honorarios serán iguales para todos los participantes teniendo en cuenta la situación económica y social del paciente, y previo acuerdocon éste o sus responsables”.*

*ARTÍCULO 25. – Cuando quiera que se presenten diferencias entre el médico y el paciente con respecto a los honorarios, tales diferencias podrán ser conocidas y resueltas por el ColegioMédico correspondiente.*

*ARTÍCULO 26. –El médico no presentará sus servicios profesionales a personas de su familiao que de él dependan en caso de enfermedad grave o toxicomanía, salvo en aquellas deurgencias o cuando en la localidad no existiere otro médico.*

*Conc. D. 3380/81. Art. 19. – “Para los efectos del artículo 26 de la Ley 23 de 1981, son*

*familiares del médico: El cónyuge, y los parientes dentro del cuarto grado civil de*

*consanguinidad, segundo la afinidad y primero civil”.*

De los y las honorables congresistas,

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

**PLAN NACIONAL DE DESARROLLO – DECRETO 1753 DE 2.015**

**ARTÍCULO 65. Política de atención integral en salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones. Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.

**PARÁGRAFO PRIMERO**. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) realizará la adaptación de esta política en los ámbitos territoriales con población dispersa, rural y urbana diferenciando a los municipios y distritos que tengan más de un millón de habitantes. Para zonas con población dispersa y rural, se podrá determinar la existencia de uno o varios aseguradores. Si se trata de un único asegurador, el MSPS establecerá las condiciones para su selección.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**. Para la definición de la política de atención integral, el Ministerio de Salud y Protección Social garantizará una amplia participación de todos los grupos de interés del sector salud: usuarios, prestadores, aseguradores, academia, asociaciones científicas, entes territoriales, entre otros

**ARTÍCULO 66. Del manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)**. Con el fin de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, créase una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado que se denominará Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La Entidad hará parte del SGSSS y estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. En materia laboral los servidores de la Entidad se regirán por las normas generales aplicables a los empleados de la rama ejecutiva del orden nacional; en materia de nomenclatura se regirán por el sistema especial que establezca el Gobierno Nacional. En materia de contratación se regirá por el régimen público. La Entidad tendrá como objeto administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la Entidad. En ningún caso la Entidad asumirá las funciones asignadas a las Entidades Promotoras de Salud. Para desarrollar el objeto la Entidad tendrá las siguientes funciones:

a) Administrar los recursos del Sistema, de conformidad con lo previsto en el presente artículo.

b) Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET) creado por el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 y modificado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013.

c) Efectuar el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud.

d) Realizar los pagos, efectuar giros directos, a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos.

e) Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos.

f) Desarrollar los mecanismos establecidos en los artículos 41 del Decreto­ ley 4107 de 2011 y 9° de la Ley 1608 de 2013.

g) Administrar la información propia de sus operaciones.

h) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto. Los recursos destinados al régimen subsidiado en salud, deberán ser presupuestados y ejecutados sin situación de fondos por parte de las entidades territoriales en el respectivo fondo local, distrital o departamental de salud, según sea el caso. La entidad territorial que no gestione el giro de estos recursos a la Entidad, será responsable del pago en lo que corresponda, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar por la omisión en dicha gestión. Los recursos del Presupuesto General de la Nación destinados al financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se presupuestarán como transferencias para ser trasladados a la Entidad. Los recursos administrados por la Entidad harán unidad de caja, excepto los recursos de propiedad de las entidades territoriales, los cuales conservarán su destinación específica y se manejarán en contabilidad separada. La estructuración del presupuesto de gastos se hará por conceptos, dando prioridad al aseguramiento obligatorio en salud. La presupuestación y contabilización de los recursos administrados no se hará por subcuentas. La Entidad tendrá domicilio en Bogotá, D.C., sus ingresos estarán conformados por los aportes del Presupuesto General de la Nación definidos a través de la sección presupuestal del Ministerio de Salud y Protección Social, los activos transferidos por la Nación y por otras entidades públicas del orden nacional y territorial y los demás ingresos que a cualquier título perciba. Los recursos recibidos en administración no harán parte del patrimonio de la Entidad. Los gastos requeridos para el desarrollo del objeto de la Entidad se financiarán con un porcentaje de hasta el cero coma cinco por ciento (0,5%) de los recursos administrados con situación de fondos. Son órganos de Dirección y Administración de la Entidad, el Director General y la Junta Directiva. El Director General será de dedicación exclusiva, de libre nombramiento y remoción del Presidente de la República y actuará como representante legal; como tal, ejercerá las funciones que le correspondan y que le sean asignadas por el decreto de estructura de la Entidad. La Junta Directiva formulará los criterios generales para su adecuada administración y ejercerá las funciones que le señalen su propio reglamento. Estará integrada por cinco (5) miembros así: el Ministro de Salud y Protección Social, quien la presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público, quien podrá delegar su participación en sus viceministros; el Director del Departamento Nacional de Planeación, quien podrá delegar su participación en sus subdirectores generales; un (1) representante de los gobernadores y un (1) representante de los alcaldes de municipios y distritos, los cuales serán elegidos de conformidad con el mecanismo que establezca el Gobierno Nacional. El Gobierno Nacional determinará el régimen de transición respecto del inicio de las funciones de la Entidad y las diferentes operaciones que realiza el Fosyga. En el periodo de transición se podrán utilizar los excedentes de las diferentes Subcuentas del Fosyga para la garantía del aseguramiento en salud. Una vez entre en operación la Entidad a que hace referencia este artículo, se suprimirá el Fosyga.

**PARÁGRAFO PRIMERO**. El Gobierno Nacional establecerá las condiciones generales de operación y estructura interna de la Entidad y adoptará la planta de personal necesaria para el cumplimiento de su objeto y funciones.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**. El cobro de los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del régimen contributivo tendrá en cuenta la capacidad de pago de los usuarios y en consideración a los usos requeridos por pacientes con enfermedades crónicas y huérfanas.

ARTÍCULO 67. Recursos que administrará la entidad administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Entidad administrará los siguientes recursos:

a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud del componente de subsidios a la demanda de propiedad de las entidades territoriales, en los términos del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, los cuales se contabilizarán individualmente a nombre de las entidades territoriales.

b) Los recursos del Sistema General de Participaciones que financian FONSAET.

c) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar (novedosos y localizados) que explota, administra y recauda Coljuegos de propiedad de las entidades territoriales destinados a financiar el aseguramiento, los cuales se contabilizarán individualmente a nombre de las entidades territoriales.

d) Las cotizaciones de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), incluidos los intereses, recaudados por las Entidades Promotoras de Salud. Las cotizaciones de los afiliados a los regímenes especiales y de excepción con vinculación laboral adicional respecto de la cual estén obligados a contribuir al SGSSS y el aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales a que hacen referencia el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y el parágrafo del artículo 57 de la Ley 30 de 1992.

e) Los recursos correspondientes al monto de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

f) Los recursos del Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE) destinados al SGSSS, en los términos previstos en la Ley 1607 de 2012, la Ley 1739 de 2014 y las normas que modifiquen, adicionen o sustituyan estas disposiciones, los cuales serán transferidos a la Entidad, entendiéndose así ejecutados.

g) Los recursos del Presupuesto General de la Nación asignados para garantizar la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, los cuales serán girados directamente a la Entidad por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, entendiéndose así ejecutados.

h) Los recursos por recaudo del IVA definidos en la Ley 1393 de 2010.

i) Los recursos del Fonsat creado por el Decreto–ley 1032 de 1991.

j) Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobra con adición a ella.

k) Los recursos recaudados por Indumil correspondientes al impuesto social a las armas y de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009.

l) Los recursos del monopolio de juegos de suerte y azar, diferentes a los que hace referencia el literal c), rentas cedidas de salud y demás recursos generados a favor de las entidades territoriales destinadas a la financiación del Régimen Subsidiado, incluidos los impuestos al consumo que la Ley destina a dicho régimen, serán girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la Entidad. La entidad territorial titular de los recursos gestionará y verificará que la transferencia se realice conforme a la Ley. Este recurso se contabilizará en cuentas individuales a nombre de las Entidades Territoriales propietarias del recurso.

m) Los copagos que por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo paguen los destinatarios de tales servicios.

n) Los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del Sistema y sus excedentes.

o) 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 al (sic) Unidad sin operación presupuestal.

p) Los demás recursos que se destinen a la financiación del aseguramiento obligatorio en salud, de acuerdo con la Ley o el reglamento.

q) Los demás que en función a su naturaleza recaudaba el Fosyga.

**Estos recursos se destinarán a:**

a) El reconocimiento y pago a las Entidades Promotoras de Salud por el aseguramiento y demás prestaciones que se reconocen a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluido el pago de incapacidades por enfermedad de origen común que superen los quinientos cuarenta (540) días continuos. El Gobierno Nacional reglamentará, entre otras cosas, el procedimiento de revisión periódica de la incapacidad por parte de las EPS, el momento de calificación definitiva, y las situaciones de abuso del derecho que generen la suspensión del pago de esas incapacidades.

b) El pago de las indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de 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.

c) El pago de los gastos derivados de la atención en salud inicial a las víctimas de eventos terroristas y eventos catastróficos de acuerdo con el plan y modelo de ejecución que se defina.

d) El pago de los gastos financiados con recursos del impuesto social a las armas y de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 que financiarán exclusivamente los usos definidos en la normatividad vigente.

e) El fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias. Este gasto se hará siempre y cuando, en la respectiva vigencia, se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud.

f) A la financiación de los programas de promoción y prevención en el marco de los usos definidos en el artículo 222 de la Ley 100 de 1993.

g) A la inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 119 de la Ley 1438 de 2011. h) Al pago de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios, que venían siendo financiados con recursos del Fosyga.

i)Las medidas de atención de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para la cual los recursos asignados para el efecto, serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas a su cargo.

j) A las finalidades señaladas en los artículos 41 del Decreto­ley 4107 de 2011 y 9 de la Ley 1608 de 2013. Este gasto se hará siempre y cuando, en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud.

k) A cubrir los gastos de administración, funcionamiento y operación de la entidad. l) Las demás destinaciones que haya definido la Ley con cargo a los recursos del Fosyga y del FONSAET.

m) El pago de los gastos e inversiones requeridas que se deriven de la declaratoria de la emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos en el país. Los recursos a que hace referencia este artículo harán unidad de caja en el fondo, excepto los recursos propiedad de las entidades territoriales, los cuales conservarán su destinación específica y se manejarán en contabilidad separada dentro del fondo. En la estructuración del presupuesto de gastos se dará prioridad al componente de aseguramiento en salud de la población del país.

**ARTÍCULO 68. Medidas especiales**. Sin perjuicio de lo previsto en las demás normas que regulen la toma de posesión y ante la ocurrencia de cualquiera de las causales previstas en el artículo 114° del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Superintendente Nacional de Salud podrá ordenar o autorizar a las entidades vigiladas, la adopción individual o conjunta de las medidas de que trata el artículo 113° del mismo Estatuto, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud y la adecuada gestión financiera de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las medidas especiales que se ordenen se regirán por lo dispuesto en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, incluido el artículo 291° y siguientes de ese estatuto, en lo que resulte pertinente a las medidas especiales; el Decreto número 2555 de 2010; las disposiciones aplicables del Sector Salud y las normas que los sustituyan, modifiquen o complementen. El Gobierno Nacional reglamentará la forma de armonizar las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para su adecuada implementación en el Sector Salud. Con cargo a los recursos del Fosyga – Subcuenta de Garantías para la Salud, el Gobierno Nacional podrá llevar a cabo cualquiera de las operaciones autorizadas en el artículo 320 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

**PARÁGRAFO**. Para garantizar la continuidad de los servicios de salud de los afiliados de la Caja Nacional de Previsión Social de Comunicaciones condónase toda la obligación que esta entidad tenga con la Nación a la expedición de la presente ley. El Gobierno Nacional reglamentará lo dispuesto en el presente artículo.

**ARTÍCULO 69. Declaración de emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos.** El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) podrá declarar la emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos, cuando se presenten situaciones por riesgo de epidemia, epidemia declarada, insuficiencia o desabastecimiento de bienes o servicios de salud o eventos catastróficos que afecten la salud colectiva, u otros cuya magnitud supere la capacidad de adaptación de la comunidad en la que aquel se produce y que la afecten en forma masiva e indiscriminada generando la necesidad de ayuda externa. En los casos mencionados, el MSPS determinará las acciones que se requieran para superar las circunstancias que generaron la emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos con el fin de garantizar la existencia y disponibilidad de talento humano, bienes y servicios de salud, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional. Cuando las acciones requeridas para superar dichas circunstancias tengan que ver con bienes en salud, la regulación que se expida deberá fundamentarse en razones de urgencia extrema. Lo dispuesto en este artículo podrá financiarse con los recursos que administra el Fosyga o la entidad que haga sus veces, o por los demás que se definan.

**ARTÍCULO 70. Patentes y licencias obligatorias.** El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) podrá presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC), dentro del plazo de sesenta (60) días siguientes a la fecha de la publicación de la solicitud de patente, consideraciones técnicas no vinculantes relativas a la patentabilidad de las solicitudes de patente que sean de su interés. De acuerdo con lo establecido en la Decisión Andina 486 y la normatividad nacional vigente, el MSPS identificará y analizará los casos de tecnologías en salud patentadas susceptibles de obtener una licencia obligatoria. El MSPS podrá solicitar a la SIC la concesión de licencias obligatorias, y analizará y preparará la información requerida dentro del procedimiento de concesión de ese tipo de licencias.

**ARTÍCULO 71. Negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos.** El artículo 88 de la Ley 1438 quedará así: “ARTÍCULO 88. Negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones centralizadas de precios de medicamentos, insumos y dispositivos. Los precios resultantes de las negociaciones centralizadas serán obligatorios para los proveedores y compradores de medicamentos, insumos y dispositivos de servicios de salud y estos no podrán transarlos por encima de aquellos precios. El Gobierno Nacional podrá acudir subsidiariamente a la compra directa de medicamentos, insumos y dispositivos”.

**ARTÍCULO 72. Registros sanitarios de medicamentos y dispositivos médicos.** La evaluación que realice el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) a los medicamentos y dispositivos médicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el precio que este ministerio determine con base en esa evaluación, serán requisitos para la expedición del correspondiente registro sanitario y/o su renovación por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima). El proceso de determinación del precio de que trata este artículo se hará en forma simultánea con el trámite de registro sanitario ante el Invima. Para tal efecto, el MSPS establecerá el procedimiento que incluya los criterios para determinar las tecnologías que estarán sujetas a este mecanismo y los términos para el mismo, los cuales no podrán superar los fijados en la normatividad vigente para la expedición del correspondiente registro sanitario. Corresponderá a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos o Dispositivos, cuando así lo delegue el Gobierno Nacional, la definición de la metodología y los mecanismos de regulación de precios de medicamentos, así como la regulación de los márgenes de distribución y comercialización de los mismos. Para lo previsto en el inciso primero, créase una tasa administrada por el MSPS, a cargo de personas naturales y/o jurídicas que comercialicen en el país medicamentos y dispositivos médicos. De acuerdo con el inciso segundo del artículo 338° de la Constitución Política, el MSPS fijará la tarifa de la tasa, la cual incluirá el valor por el servicio prestado. El sistema para definir la tarifa de esta tasa es un sistema de costos estandarizables, cuyas valoraciones y ponderaciones de los factores que intervienen en su definición se realizan por procedimientos técnicamente aceptados de costeo. El método seguirá las siguientes pautas técnicas:

a) Elaboración y normalización de flujogramas para los diferentes procesos con el propósito de determinar sus rutinas.

b) Cuantificación de recurso humano utilizado anualmente en cada uno de los procesos y procedimientos definidos en el literal anterior.

c) Cuantificación de los costos y programas de tecnificación y modernización de la operación de los servicios.

d) Estimación de las frecuencias de utilización de los servicios generadores de la tasa. El INVIMA podrá modificar a solicitud del MSPS, las indicaciones, contraindicaciones e interacciones de un medicamento, con base en la evidencia científica y por salud pública.

**PARÁGRAFO**. En todo caso, la evaluación de que trata el presente artículo no será exigida cuando los medicamentos y dispositivos médicos sean producidos con fines de exportación exclusivamente.

**ARTÍCULO 73. Procesos de recobros, reclamaciones y reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en salud.** Los procesos de recobros, reclamaciones y reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en Salud que se surten ante el Fosyga o la entidad que asuma sus funciones se regirán por las siguientes reglas: Tratándose de recobros y reclamaciones:

a) El término para efectuar reclamaciones o recobros que deban atenderse con cargo a a los recursos de las diferentes subcuentas del Fosyga será de tres (3) años a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente. Finalizado dicho plazo, sin haberse presentado la reclamación o recobro, prescribirá el derecho a recibir el pago y se extingue la obligación para el Fosyga.

b) El término para la caducidad de la acción legal que corresponda, se contará a partir de la fecha de la última comunicación de glosa impuesta en los procesos ordinarios de radicación, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) o quien este designe.

c) En el caso de los recobros y reclamaciones que hayan sido glosados por el Fosyga y sobre los cuales no haya operado el término de caducidad de la acción legal que corresponda, solo se exigirá para su reconocimiento y pago los requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación, los cuales serán determinados por el MSPS. Para tales efectos, las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a aprobar a favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas. El pago de las solicitudes aprobadas estará sujeto a la disponibilidad presupuestal de recursos para cada vigencia, sin que haya lugar al reconocimiento de intereses moratorios por las solicitudes que se presenten bajo este mecanismo. Los procesos de reconocimiento y giro de los recursos del aseguramiento de Seguridad Social en Salud quedarán en firme transcurridos dos (2) años después de su realización. Cumplido dicho plazo, no procederá reclamación alguna.

**ARTÍCULO 74. Política nacional de trabajo decente**. El Gobierno Nacional bajo la coordinación del Ministerio del Trabajo, adoptará la política nacional de trabajo decente, para promover la generación de empleo, la formalización laboral y la protección de los trabajadores de los sectores público y privado. Las entidades territoriales formularán políticas de trabajo decente en sus planes de desarrollo, en concordancia con los lineamientos que expida el Ministerio del Trabajo. El Gobierno Nacional también fijará las reglas para garantizar que las empresas cumplan plenamente las normas laborales en los procesos de tercerización. El Gobierno Nacional deberá garantizar que las actividades permanentes de las entidades públicas sean desarrolladas por personal vinculado a plantas de personal, con excepción de los casos señalados en la ley.