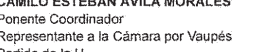
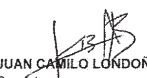
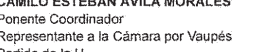
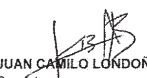
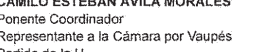
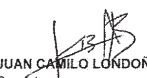


11. PROPOSICIÓN Por las anteriores consideraciones y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 Y 156 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos rendir PONENCIA POSITIVA y, en consecuencia, solicitamos de manera respetuosa a la Honorable Plenaria de la Cámara de Representantes dar SEGUNDO DEBATE al PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara <i>"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"</i>. De los Honorables Representantes, <table><tr><td> MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE Ponente Coordinadora Representante a la Cámara por Antioquia Partido Liberal</td><td> JORGE ALEXANDER QUEVEDO H. Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Guaviare Partido Conservador</td></tr><tr><td> CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Vaupés Partido de la U</td><td> ALFREDO MONDRAGÓN GARZÓN Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Valle del Cauca Coalición Pacto Histórico</td></tr><tr><td> JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA Ponente Representante a la Cámara por Antioquia Partido Verde</td><td> KAREN JULIANA LÓPEZ SALAZAR Ponente Representante a la Cámara CITREP No. 16</td></tr><tr><td> GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ Ponente Representante a la Cámara por Atlántico Partido Comunes</td><td></td></tr></table>	 MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE Ponente Coordinadora Representante a la Cámara por Antioquia Partido Liberal	 JORGE ALEXANDER QUEVEDO H. Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Guaviare Partido Conservador	 CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Vaupés Partido de la U	 ALFREDO MONDRAGÓN GARZÓN Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Valle del Cauca Coalición Pacto Histórico	 JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA Ponente Representante a la Cámara por Antioquia Partido Verde	 KAREN JULIANA LÓPEZ SALAZAR Ponente Representante a la Cámara CITREP No. 16	 GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ Ponente Representante a la Cámara por Atlántico Partido Comunes		12. TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA: TÍTULO I OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN Artículo 1. Objeto. La presente Ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud. Así mismo, busca desarrollar un modelo de salud centrado en el marco de la atención primaria, organizar sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articular a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganizar los destinos y usos de los recursos financieros, establecer un sistema público unificado e interoperable de información, fortalecer la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; igualmente definir condiciones para el trabajo digno del sector salud y fijar las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Artículo 2. Aseguramiento social en salud. El aseguramiento social en salud se entiende como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, esta Ley desarrolla los medios, fuentes de financiamiento y la mancomunación de los recursos financieros del Sistema de Salud, con criterios de equidad; así mismo, desarrolla un sistema de gestión de riesgos de salud y operativo a cargo de los actores del sistema y la gestión de riesgos financieros a cargo del Estado, con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través de la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de Salud y Vida. Artículo 3. Atención Primaria en Salud (APS). Según lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, artículos 12 a 16, la Atención Primaria en Salud (APS) fue adoptada como estrategia dentro del Sistema de Salud y está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana y las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La Atención Primaria en Salud (APS) se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemático, permanente, predictivo y resolutivo e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Artículo 5. Gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud. La gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector del sector. El Ministerio de Salud y Protección Social será quien oriente la toma de decisiones en salud, la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud; así como la gestión de los procesos al interior del Sistema. Además, ejercerá la coordinación intersectorial y ejecutará las disposiciones legales vigentes. En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción. Parágrafo 1. Los órganos de dirección en los ámbitos nacional y territorial deberán atender las recomendaciones que formulen el Consejo Nacional de Salud y los respectivos Consejos Territoriales de Salud. Parágrafo 2. Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y los departamentos, distritos y municipios, los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y predicción en salud, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector, la participación de entidades públicas, privadas y mixtas y la participación social en la salud. Parágrafo 3. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción de la política de calidad en salud y del Plan Decenal de Mejoramiento de la Calidad en Salud, que servirán para transformar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) en el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA). Parágrafo 4. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción e implementación de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación para el sector salud en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS), que servirá para impulsar el desarrollo técnico, tecnológico y científico en salud del país. Artículo 6. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social. El Consejo Nacional de Salud estará conformado por: - Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá. - Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado. - Ministro del Trabajo o su delegado. - Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado. - Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado. - El Director de Planeación Nacional o su delegado. - El Director de la ADRES o su delegado.
 MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE Ponente Coordinadora Representante a la Cámara por Antioquia Partido Liberal	 JORGE ALEXANDER QUEVEDO H. Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Guaviare Partido Conservador								
 CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Vaupés Partido de la U	 ALFREDO MONDRAGÓN GARZÓN Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Valle del Cauca Coalición Pacto Histórico								
 JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA Ponente Representante a la Cámara por Antioquia Partido Verde	 KAREN JULIANA LÓPEZ SALAZAR Ponente Representante a la Cámara CITREP No. 16								
 GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ Ponente Representante a la Cámara por Atlántico Partido Comunes									

8. Un representante de los gobernadores y alcaldes. 9. Un representante de los trabajadores de la salud. 10. Un representante de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud. 11. Un representante de pacientes o usuarios. 12. Un representante de la academia, facultades y escuelas de salud. 13. Un representante de los grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado. 14. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida. 15. Un representante de las IPS.	Parágrafo 3. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo humano independiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito y previa convocatoria, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud. Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en su presupuesto el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que cubra los gastos de la Secretaría Técnica, honorarios y desplazamiento de los consejeros no gubernamentales, el soporte técnico, y gastos para comunicación. Parágrafo 5. Los Consejos Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Seguridad Social en Salud, se denominarán Consejos Territoriales en Salud y tendrán una conformación y funciones similares al Consejo Nacional de Salud. Artículo 7. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores participantes en el Sistema de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, desarrollará e implementará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) para garantizar el acceso transparente, en línea y en tiempo real de las transacciones en salud y administrativas por parte de cada actor del Sistema de Salud, según sean sus responsabilidades operativas o estratégicas, en el orden nacional, territorial e institucional. Para ello deberá elaborar un plan estratégico de diseño, implementación y evaluación y podrá contar con la cooperación técnica del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, cuando lo considere pertinente y en el marco de sus competencias. La incorporación de la información al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), tanto administrativa como asistencial, será obligatoria para todos los integrantes del Sistema de Salud. El Sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país, priorizando territorios donde aún no hay conectividad, y deberá integrar los sistemas de información ya disponibles. Para el desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) se articularán los actores en una estructura multimodal de coordinación con un desarrollo por etapas secuenciales y armónicas con la incorporación de funcionalidades. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) deberá recoger los estándares y políticas de interoperabilidad para los sistemas de información definidas por el Gobierno nacional. El manejo de la información confidencial sobre las condiciones de salud de las personas estará sujeto a la normatividad vigente, en especial a la Ley 2015 de 2020, o la que la modifique o sustituya. TÍTULO III FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD Artículo 8. Obligatorio de las cotizaciones. Son aportantes al Sistema de Salud las personas jurídicas en calidad de empleadores y las personas naturales de acuerdo con la normatividad vigente.
Las cotizaciones y aportes son contribuciones sobre los salarios, honorarios, pensiones, ingresos o la renta de las personas. La liquidación y pago de las cotizaciones al Sistema de Salud son de carácter obligatorio. Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus cotizaciones en salud ante los operadores del pago de aportes autorizados y con destino a la cuenta de recaudo del Fondo Único Público de Salud administrado por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP), será la entidad competente para adelantar las acciones de determinación y cobro de las contribuciones parafiscales en salud, respecto de las personas naturales con ingresos ordinarios mensualizados, no mensualizados o extraordinarios, los omisos o inexactos; igualmente, lo podrá hacer respecto de las personas jurídicas. Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente Ley se denominará “Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES”, tendrá por objeto garantizar el adecuado recaudo, administración, flujo y control de los recursos públicos del Sistema de Salud y ejercerá las siguientes funciones: - Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al Fondo Único Público de Salud. - Administrar los recursos del Fondo Único Público en Salud, que financian el Sistema de Salud, de conformidad con lo previsto en la presente Ley. - Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET). - Realizar los pagos de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, asumir como pagador único del Sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada y mixta. - Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) o a las instituciones de las que dependan o los operen. - Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas, pagos y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema, en los términos de la presente Ley. - Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de Salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para retroalimentar el régimen de tarifas y formas de pago, con el fin de garantizar el control del riesgo financiero y la sostenibilidad del sistema. - Realizar el pago de la remuneración por administración e incentivos a las Gestoras de Salud y Vida. - Realizar los pagos por incentivos a los prestadores de mediana y alta complejidad. - Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías aleatorias que correspondan. - Administrar la información propia de sus operaciones financieras a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).	- Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales. - Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria en Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a las entidades territoriales y otros agentes. - Garantizar el flujo oportuno de los recursos del Sistema de Salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles. - Hacer públicas todas las transacciones y reconocimientos del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud. - Realizar las actividades de gestión administrativa necesarias para garantizar la administración del Fondo Único Público. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se registrará por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. La ejecución de los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud y protección social se realizará sin más formalidad que el reconocimiento de los servicios prestados y auditados por los diferentes prestadores y proveedores, de acuerdo con lo establecido en la presente Ley y las normas vigentes que regulan la ordenación de pagos a los distintos actores del sistema. - Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales. - Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema. - Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas auditorías aleatorias o dirigidas sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida. - De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos. - Entregar al Ministerio de Salud y Protección Social insumos y análisis del gasto para el establecimiento y actualización del régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud. - Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud, de acuerdo con las auditorías que realicen las Gestoras de Salud y Vida, para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población. - Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo. - Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión o funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social que este determine. - Diseñar mecanismos financieros y de crédito para contribuir a la liquidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud, siempre que se cumplan los criterios de respaldo en el monto y la frecuencia de los pagos realizados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos. - Suscribir los acuerdos marco con los prestadores, gestores farmacéuticos, y proveedores de servicios y tecnologías en salud.

27. Constituir un fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras que se puedan presentar. Parágrafo 1. Todas las referencias legales vigentes relacionadas con la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se entienden referidas a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Parágrafo 2. A partir de la entrada en vigencia de la presente Ley el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional necesario para garantizar que en un plazo máximo de un (1) año la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) cuente con la capacidad operativa para asumir las funciones asignadas. Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Administradora deberá realizar audiencias de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma. Artículo 10. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). A la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) le corresponde administrar los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional y territorial, asignados para garantizar el aseguramiento social en salud, los cuales se consolidarán en el Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, y entre otros incluye los siguientes: - Las cotizaciones sociales que al Sistema de Salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, rentas, trabajo independiente o por cuenta propia, contratos de prestación de servicios o pensiones. - Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001. - Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar el aseguramiento social en salud. - Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 por los obligados. - Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinados a financiar el Sistema de Salud. - Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales. - Los recursos de las Entidades Territoriales provenientes de las rentas cedidas asignadas, que a la vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud, incluyen los recaudos gestionados por entidades del orden nacional y los recaudados territorialmente, los cuales deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES. - Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente Ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud. - Los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), que el Ministerio de Salud y Protección Social determine.	- Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 52% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobra con adición a ella. - Los recursos del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) creado por el Decreto-Ley 1032 de 1991. - Los ingresos provenientes de cuotas moderadoras y copagos que deben ser descontados de las facturas presentadas y contabilizados por la ADRES. - 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 serán transferidos directamente por la UGPP a la ADRES, sin operación presupuestal. - Los recursos destinados al financiamiento de los residentes médicos y otros programas de formación del talento humano en salud. - Los recursos del Presupuesto General de la Nación y otros recursos destinados a la financiación del aseguramiento social en salud. - Los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes. - Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del Sistema de Salud. - Los recursos que se recauden por concepto de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley 2277 de 2022 o la norma que la sustituya o modifique. - Figura jurídica para la destinación específica del 0.5 del IVA social. Artículo 11. Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud. Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario, así: Artículo 513-14. Destinación de los impuestos saludables. El Gobierno nacional, a partir del primero (1°) de enero de 2026, destinará el cien por ciento (100%) del recaudo de los impuestos a las bebidas ultraprocesadas azucaradas (IBUA) y los impuestos a los productos comestibles ultraprocesados industrialmente y/o con alto contenido de azúcares añadidos (ICUI), al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Parágrafo. El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, definirá nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud que incluya a partir del año 2026. Artículo 12. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán destinados a lo siguiente: - La financiación de los servicios del nivel primario conforme a los presupuestos estándar en sus componentes fijo y variable, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y la operación de los equipos de salud territorial. - Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa y la prestación de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territoriales. - Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
- El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos que define la presente Ley. - El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta. - La atención de poblaciones especiales o migrantes que determine la norma legal. - Los servicios sociales complementarios en salud, según lo definido en la presente Ley. - El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. - El saneamiento financiero de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado. - El Fortalecimiento de la infraestructura y la dotación de la red pública hospitalaria y su mantenimiento. - El fortalecimiento de la Red Nacional de Atención de Urgencias. - El pago de servicios de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental del paciente y su acompañante; ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo. - El financiamiento de los laboratorios de salud pública y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, conforme a lo establecido en la presente Ley. - El pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad, y para las Gestoras de Salud y Vida. - La formación del talento humano en salud. - El pago de las incapacidades por enfermedad general de origen común. - El pago de remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. - El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes. - El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a este propósito contenido en el punto 1 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz. - El pago de la atención de pacientes lesionados en accidentes de tránsito por vehículos sin póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) o no identificados, así como el pago en exceso de las aseguradoras del SOAT de tarifa reducida; o los ajustes que se deriven de la reglamentación del SOAT. - El pago de indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de accidentes de tránsito según la reglamentación, eventos terroristas o eventos catastróficos, así como los gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011 y la Ley 2078 de 2021 o de las que las sustituyan o modifiquen. - El aporte inicial y el ahorro anual en el Fondo de Catástrofes y Epidemias, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para tal efecto. - El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemias, con cargo al Fondo creado para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. - Las medidas de atención en salud de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para las cuales, los recursos asignados serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas.	- Otros programas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la ADRES con recursos de inversión o funcionamiento. - El pago de las obligaciones producto de decisiones judiciales u obligaciones previas reconocidas legalmente, con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente Ley. - Los gastos de funcionamiento de la ADRES de acuerdo con las normas legales vigentes. - Los recursos que por vigilancia corresponda transferir a la Superintendencia Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno nacional. - Los demás gastos que por disposición legal se determinen para el Sistema de Salud. Artículo 13. Fondo Único Público de Salud. Créese el Fondo Único Público de Salud cuya fuente serán los recursos a los que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud, sin personería jurídica ni planta de personal propia. Será administrado por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES). El Fondo Único Público de Salud tendrá tres cuentas, dos de ellas serán independientes y una será de carácter general integrada por los demás recursos del Sistema de Salud que harán unidad de caja en el Fondo. Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud serán las de: - Atención Primaria en Salud. - Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La cuenta de carácter general se denominará como Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. La inspección, vigilancia y control del Fondo Único Público de Salud será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y de las demás autoridades competentes establecidas por la Constitución y la Ley. Artículo 14. Traslado presupuestal entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud. Con el fin de optimizar el uso de los recursos y garantizar la atención en salud en todo el territorio nacional, la ADRES podrá realizar traslados presupuestales entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud, siempre que se cumplan los siguientes requisitos: - Los traslados presupuestales podrán realizarse entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud: la de Atención Primaria en Salud, la de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria y la Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. - Los traslados deberán estar orientados a atender las necesidades más urgentes del Sistema de Salud, priorizando la atención en salud de la población más vulnerable, la mejora en la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria. - No podrán trasladarse aquellos recursos que por disposición legal o reglamentaria estén destinados a un fin específico. - El traslado de los recursos entre las cuentas debe ser aprobado por la Junta Directiva de la ADRES, previa evaluación técnica y financiera que justifique la necesidad del traslado, garantizando el equilibrio financiero del Fondo y la cobertura de las obligaciones priorizadas. - Cada traslado presupuestal deberá ser reportado de manera detallada a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los treinta (30) días siguientes a la

autorización, con el fin de garantizar la transparencia en el manejo de los recursos públicos y permitir la adecuada inspección, vigilancia y control. 6. El traslado de recursos entre las cuentas no podrá afectar las metas previamente establecidas por la ADRES, ni comprometer los compromisos adquiridos con el Fondo para la atención en salud en sus diferentes niveles. Artículo 15. Cuenta de Atención Primaria en Salud. La Cuenta de Atención Primaria en Salud tendrá las siguientes fuentes: - Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar la prestación de servicios de salud y los destinados, a la vigencia de la presente Ley, al régimen subsidiado, que pertenecen a los distritos y municipios. - Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, que a la entrada en vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. - Los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). - Los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, incluidos los de regímenes exceptuados. - Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud. Estos recursos deberán considerarse en la definición de la Unidad de pago por Capitación (UPC) con destino a la Atención Primaria en Salud y su crecimiento progresivo, luego de que el Ministerio de Salud y Protección defina técnicamente los alcances, inclusiones, costeo de la atención y costo de la disponibilidad de servicios. Estos recursos se destinarán a financiar: - Los servicios prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). - Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial, - La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos. - Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) se podrán destinar los recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud. Artículo 16. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria tendrá las siguientes fuentes: - Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y de los distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos. - Los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). - Los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. - Los recursos correspondientes a las rentas cedidas, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.	- Los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. - Los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud con cargo a esta cuenta. Estos recursos se destinarán a los siguientes usos: - Al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, - Al transporte intermunicipal, interdepartamental medicalizado de los departamentos y distritos. Las fuentes se integrarán de forma progresiva a la Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria de mediana y alta complejidad. Artículo 17. Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. Los demás recursos que financian el Sistema de Salud y que están integrados en el Fondo Único Público de Salud, deberán presupuestarse para los siguientes usos obligatorios: - El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis. - El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, y la prestación económica por maternidad a las mujeres y personas no cotizantes según lo definido en la presente Ley. - El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo. - El financiamiento para la formación en salud. - La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias. - El pago de la atención en salud e indemnizaciones que se deban reconocer por Accidentes de Tránsito y eventos terroristas, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras del SOAT. - Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron. - Pago de remuneración por la administración a las Gestoras de Salud y Vida. - Pago de incentivos para los prestadores de mediana y alta complejidad y Gestoras de Salud y Vida. Estos recursos harán unidad de caja, excepto los presupuestados para el fondo para la atención de catástrofes y epidemias. Artículo 18. Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación. El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral, de todo los residentes del país a excepción de los usuarios de los regímenes especiales y exceptuados
El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios de salud, mediante estudios técnicos y cálculos actuariales con criterios de ajustes por variables geográficas de dispersión poblacional, demográficas como edad o grupo etario y sexo, condiciones de salud y se ajuste por distintos tipos de riesgos individual o grupal, de tal forma que los recursos sean asignados en función de la carga de enfermedad, condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, y demás factores determinantes para cubrir la atención en salud de la población en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en el territorio nacional. Igualmente, se deberá tener en cuenta para el cálculo actuarial, los incrementos de frecuencias por servicios preventivos, el crecimiento de los eventos adversos secundarios al mayor número de actividades y procedimientos requeridos para la recuperación de la salud de la población y del aumento de las actividades del Sistema de Salud, para su prevención y control. Los estudios necesarios para definir la Unidad de Pago por Capitación que requieran, deberán ser desarrollados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Departamento Nacional de Planeación. El Ministerio de Salud garantizará que en el término de implementación del SPUIS que se señala en la presente ley se utilice la información de fuente primaria para el cálculo de la UPC. Para garantizar la suficiencia de recursos, la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los residentes en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará la UPC así: - Se asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en territorio para la Atención Primaria en Salud, que le corresponde al Sistema de Salud. La financiación del nivel primario se hará vía oferta, para garantizar los servicios de salud territoriales según las necesidades. El total de los recursos asignados deberá garantizar la sostenibilidad de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). - Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes, Parágrafo 1. En todo caso la UPC será utilizada para el aseguramiento social en salud y el pago de prestación de servicios y tecnologías de salud. En casos de una situación extraordinaria sobreveniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, la atención en salud será financiada con el fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras, establecido en el numeral 27 del artículo 9 de la presente Ley. El Gobierno nacional dispondrá los recursos financieros adicionales para asumir costos y gastos derivados de la misma cuando existan faltantes en el fondo. Parágrafo 2. Los recursos que financian el aseguramiento en salud de que trata el numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de	2019, integran la subcuenta de Atención Primaria en Salud para la financiación del per cápita destinado a la Atención Primaria en Salud. Parágrafo 3. Los recursos complementarios de cofinanciación previstos en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 se destinarán a la financiación del per cápita definido para la atención en salud de la mediana y alta complejidad. Parágrafo 4. En el tercer trimestre de cada anualidad, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, rendirán informe a las comisiones séptimas del Congreso de la República sobre la metodología y los resultados obtenidos a partir de esta. Parágrafo Transitorio. La redefinición de la metodología del cálculo de la UPC se realizará dentro del primer año de la entrada en vigencia de la presente Ley. Artículo 19. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud. Una vez registrado y certificado en las RIITS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la ADRES, pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorías tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la ADRES, con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente Ley. Una vez prestado el servicio de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán concomitantemente las cuentas a la ADRES y a la Gestora de Salud y Vida correspondiente. A partir de esa fecha la Adres dispondrá de 30 días para pagar mínimo el 85% de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión. En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor. Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, en un plazo no superior a seis (6) meses.

Artículo 20. Autorización de pago de servicios. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis, según el régimen de tarifas y formas de pago del sistema de salud y los convenios de desempeño. El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regulará el uso y costos de los recursos públicos del Sistema de Salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas. La ADRES llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados, del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud. Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas. Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud. Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías a las facturas presentadas por los integrantes de las RIITS, y certificarán ante la ADRES el cumplimiento para el pago. La ADRES, dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud, para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias o dirigidas a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la RIITS, de acuerdo con las tendencias de gasto identificadas. Sus informes serán dispuestos a través del SPUIIS para su consulta pública y gratuita. De encontrarse irregularidades en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud, las cuales podrán exigir la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución. Parágrafo 1. El Gobierno nacional establecerá mecanismos para que la facturación electrónica por prestación de servicios de salud sea informada a la ADRES para efectos de llevar un control sobre el orden de los pagos y la resolución de las glosas.	Parágrafo 2. Por ningún motivo se podrá usar el mecanismo de autorizaciones en salud para la prestación de un servicio, como control previo por parte de las Gestoras de Salud y Vida. Artículo 21. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que requiere una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud y su condición socioeconómica y/o geográfica le impide proporcionárselos por sí misma. Tales como servicios de transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa, conforme a los que sean considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social. El Gobierno nacional determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura. En todo caso, los servicios sociales complementarios continuarán siendo financiados con cargo a las fuentes actuales, hasta tanto se dispongan nuevas fuentes de recursos. Parágrafo 1. Cuando se prescriba cuidador o asistente personal como parte de los servicios necesarios para el cuidado integral de una persona, se dará prevalencia en la contratación, a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal de forma no remunerada. Parágrafo 2. El Gobierno nacional determinará, en un plazo de seis (6) meses, el responsable y fuente de financiación para el pago del traslado del cadáver al lugar de residencia, de la población campesina, Rrom, indígena, negra, afrodescendiente, raizal, palenquera, nivel A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, que no tengan pago servicio funerario y que por condiciones de salud sean trasladados o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallezcan. Artículo 22. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad, paternidad y por incapacidad derivada de una enfermedad de origen común. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente Ley. Las mujeres y personas gestantes no cotizantes, categorizadas en los niveles A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, recibirán el equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta protección alcanzará de manera progresiva los cuatro (4) meses a partir del año 2030. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el aumento progresivo de cobertura en función del nivel socioeconómico de los hogares, hasta alcanzar la universalidad en el año 2029. El procedimiento administrativo de auditoría y revisión de documentos soporte para el pago de las prestaciones económicas, realizado por las Gestoras de Salud y Vida, no podrá exceder los treinta (30) días calendario, y la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) realizará el pago efectivo de dichas prestaciones económicas en un máximo de ocho (8) días hábiles contados a partir de la aprobación.
Parágrafo. El Sistema de Salud deberá garantizar el adecuado control prenatal a todas las mujeres y personas gestantes, eliminando las barreras de acceso a los servicios y procurando la corresponsabilidad de las mismas para la protección de la vida y la salud. Artículo 23. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El Gobierno nacional establecerá los requisitos para que a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) privadas o mixtas, se les concedan créditos blandos con tasas compensadas, que les faciliten el saneamiento de sus finanzas y les favorezca su estabilización financiera y permanencia en el Sistema de Salud. Se priorizarán prestadores afectados financieramente por EPS liquidadas o en proceso de liquidación. Artículo 24. Modificación de la destinación de parte de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC). Las Cajas de Compensación Familiar que hayan administrado o administren programas de salud o participen en el aseguramiento en salud y/o se encuentren en liquidación podrán usar los recursos de su apropiación del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) hasta en un porcentaje del 40% de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, incorporados a dicho Fondo en virtud del numeral 2 del artículo 6 de la Ley 1636 de 2013 para el saneamiento de pasivos debidamente auditados, conciliados y reconocidos asociados a la prestación de servicios de salud de sus afiliados, así como para efectuar el pago de las deudas que las Cajas de Compensación Familiar presenten con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), registradas en los estados financieros de la Administradora de los Recursos del Sistema de General de Seguridad Social en Salud (ADRES) con la respectiva caja. Parágrafo. La modificación temporal de la destinación del porcentaje del FOSFEC será hasta por dos (2) años contados a partir de la entrada en vigencia de presente Ley. Artículo 25. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, el cual quedara así: “Artículo 2: Uso de los Recursos de Saldos de las Cuentas Maestras. Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse conforme a la prioridad de usos que se señala a continuación siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias derivados del Régimen Subsidiado de Salud: - Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud, independiente de la vigencia de causación. Estos recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. - En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada, el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios y el pago de la atención de urgencia a la población migrante no asegurada a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, sin importar la fecha de causación de la obligación, previa auditoría de cuentas conforme a lo establecido por las normas legales y reglamentarias vigentes. - En el pago de pasivos de Empresas Sociales del Estado a cargo de las entidades territoriales. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud. - El saneamiento fiscal y financiero. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud.	- En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Maestro de inversiones en infraestructura y dotación en salud del respectivo departamento o distrito. PARÁGRAFO. Para ejecutar los recursos de acuerdo con lo definido en los numerales 3, 4 y 5 las entidades territoriales deberán tener garantizada la cofinanciación del esfuerzo propio del Régimen Subsidiado de Salud que les corresponda efectuar. Así mismo, haber previsto en el caso que proceda, la inversión a que hace referencia el numeral 2 del presente artículo.” ARTÍCULO 26. Modifíquese el artículo 3º de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así: “Artículo 3. Destinación de los excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales financiados con recursos del situado fiscal y del sistema general de participaciones. Los recursos excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales, de que trata el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, correspondientes a las vigencias 1994 a 2016, financiados con recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones, se destinarán si las entidades territoriales lo consideran pertinente al pago de la deuda por conceptos de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada, la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y de no existir deudas por estos conceptos al saneamiento de deudas laborales de las Empresas Sociales del Estado entre otros pasivos de estas entidades que requieran ser saneados para garantizar su operación, de acuerdo con lo que defina la respectiva entidad territorial. Los recursos excedentes que no fueron saneados y que se encuentren en poder de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), de las Entidades Administradoras de Pensiones y de las Administradoras de Fondos de Cesantías (AFC) serán girados a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES); estos recursos, junto con los que por este concepto tenga la ADRES, serán distribuidos entre los departamentos y distritos, conforme a los criterios definidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social y se destinarán a los mismos conceptos previstos en el inciso anterior. Los recursos excedentes que fueron saneados y que se encuentren en poder de las Empresas Sociales del Estado o de la Entidad Territorial, serán ejecutados por estas para el pago de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y/o a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.” Artículo 27. Modifíquese el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedara así: “ARTÍCULO 21. USOS DE LOS RECURSOS EXCEDENTES DEL SECTOR SALUD. Con el fin de priorizar las necesidades en el saneamiento del sector salud se podrá disponer de los siguientes recursos: - Los excedentes y saldos no comprometidos en el uso de recursos de oferta de salud del Sistema General de Participaciones a 31 de diciembre de 2019, se destinarán

para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores, el pago de las deudas de la atención de urgencia de la población migrante no afiliada a cargo de los departamentos y distritos y, de no existir estas deudas, al pago de pasivos de las Empresas Sociales del Estado. En el caso de que el municipio haya perdido la competencia para administrar los recursos de prestación de servicios de salud o de no presentar deudas por concepto de prestación de servicios de vigencias anteriores, dichos saldos serán girados al departamento para financiar las actividades definidas en este numeral. Los recursos recaudados de la estampilla pro-salud de que trata el artículo 1o de la Ley 669 de 2001, se podrán destinar para el pago de las deudas por servicios y tecnologías de salud sin cobertura en el POS, prestados a los afiliados al régimen subsidiado de salud. Los recursos no ejecutados y/o los excedentes financieros podrán utilizarse para los mismos fines, distritos y, de no existir estas deudas, al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado”. TÍTULO IV ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CAPÍTULO I GESTORAS DE SALUD Y VIDA Artículo 28. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, que surgen en virtud de la transformación de las EPS y creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud. Las Gestoras de Salud y Vida para la gestión integral del riesgo en salud y operativo y la representación del usuario en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones: 1. Identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión integral del riesgo en salud incluyendo la población sana. Estas acciones las coordinará con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). 2. Organizar y conformar con las Direcciones Departamentales y Distritales o Municipales las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) para las subregiones funcionales para la gestión en salud, incluyendo los CAPS de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. 3. Participar en la planeación estratégica del desarrollo de las RIITS en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social. 4. Gestionar el riesgo en salud conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, incluyendo a los CAPS desde la Atención Primaria en Salud hasta la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, según la organización de las RIITS. 5. Establecer los planes de intervención y articular la ejecución de la gestión operativa para responder a la demanda de servicios de los CAPS y a las RIITS.	6. Desarrollar modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo que identifiquen patrones de comportamiento para ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo. 7. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las RIITS, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas. 8. Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarías departamentales y distritales o municipales y los CAPS, para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de acuerdo con las RIITS habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el traslado cuando por condiciones del territorio y de la Red así lo requiera la población. 9. Ejecutar articuladamente con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RIITS. 10. Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales. 11. Entregar informes periódicos del funcionamiento de las RIITS. 12. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros. 13. Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de la Red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud. 14. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, y los CAPS, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo. 15. Garantizar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia. 16. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RIITS y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. 17. Realizar la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las RIITS, con sujeción a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio. 18. Auditar la facturación del componente complementario de mediana y alta complejidad de las RIITS, la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para los pagos a que haya lugar. 19. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población articulado con el SPUIIS a través del cual interactúen con las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, para poder dar soluciones efectivas a las no conformidades manifestadas. 20. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
21. Realizar la gestión y validaciones necesarias para el pago de las prestaciones económicas. 22. Gestionar la atención integral de la salud del usuario, de manera que se disponga de un sistema de atención, que incluya como mínimo: i) una línea nacional gratuita de información, ii) una página web, iii) estrategias de comunicación electrónica o digital personalizada, iv) información en sus canales de atención y en su red de prestadores. 23. Suscribir conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, los convenios de desempeño con todos los prestadores de servicios de salud, según lo definido en la presente Ley, dentro de la RIITS correspondiente, con criterios de eficiencia, calidad y resultados en salud de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades territoriales Departamentales y Distritales o municipales de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención. 24. En conjunto con las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación adelantar la revisión periódica del desempeño de los CAPS, que conduzca al mejoramiento continuo. 25. Representar al usuario en lo relativo al agenciamiento de los ciudadanos en su tránsito al interior de las RIITS, de acuerdo con las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud y su participación en el sistema de referencia y contrarreferencia, garantizando el mayor nivel de resolutivez en el primer nivel. Parágrafo 1: Lo dispuesto en el presente artículo no implica manejo de recursos, ni ordenación del gasto por parte de las Gestoras de Salud y Vida. Parágrafo 2: El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida, las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia. Las Gestoras de Salud y Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de estas en cuanto a los indicadores de servicio, resultados en salud de su gestión financiera, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El Gobierno nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida. Artículo 29. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud. Dentro de los tres (3) meses siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud autorizadas para operar en alguno o ambos de los dos regímenes de afiliación actuales y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a sus competencias, la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a dicha transformación presentando el proyecto de habilitación o plan de retiro voluntario según el caso, y el correspondiente plan de saneamiento, teniendo en cuenta lo siguiente: 1. Si la Entidad Promotora de Salud, desea transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar el proyecto de habilitación como Gestora de Salud y Vida. 2. Si la Entidad Promotora de Salud no está interesada en transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar su plan de retiro voluntario. Si la Entidad Promotora de Salud no expresa ninguna de las dos intenciones dentro del término antes indicado, se iniciará inmediatamente el proceso de retiro.	En el caso del numeral uno (1), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento de la totalidad de los pasivos respaldados por acuerdos de pago con sus acreedores, o garantías financieras; el cual tendrá la obligación de implementar en un tiempo no superior a dieciocho (18) meses contados a partir de su aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y deberá presentar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo. En caso de incumplimiento la Entidad Promotora en Salud entrará en proceso de vigilancia especial para determinar si puede, o no, seguir en el proceso de transformación. El cumplimiento del plan de saneamiento de pasivos no podrá afectar la operación de las Gestoras de Salud y Vida; lo cual estará sujeto a vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. En el caso del numeral dos (2), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento que contemple el pago de la totalidad del pasivo en un tiempo que no podrá ser superior a veinticuatro (24) meses contados a partir de la radicación del plan de retiro voluntario o al vencimiento de los tres (3) meses previstos en el presente artículo. El plan de saneamiento debe tener en cuenta la prelación de pagos previsto en el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016, considerando que en el primer renglón de prelación deben incluirse las deudas que se tengan con todos los trabajadores de la salud con independencia de la forma de vinculación. Si el plan de saneamiento no es aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) o siendo aprobado se incumple, la EPS será intervenida forzosamente. En todo caso la Superintendencia Nacional de Salud tendrá hasta treinta (30) días calendario para emitir concepto sobre los planes y el cumplimiento de los parámetros. Parágrafo 1: Para el caso de las EPS intervenidas será deber del agente especial interventor convocar al máximo organismo social de la entidad para que haga la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a la transformación en Entidades Gestoras de Salud y Vida. Deberá a su vez presentar un plan de saneamiento para la aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Parágrafo 2. Para el respectivo saneamiento se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas técnicas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y otras fuentes de recursos legalmente establecidas. Parágrafo 3. A la entrada en vigencia de la presente Ley, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que presenten el plan de habilitación y saneamiento observando los parámetros definidos en el artículo 30 de la presente ley, podrán obtener una habilitación transitoria como Gestoras de Salud y Vida siempre y cuando la Superintendencia Nacional de Salud apruebe los mencionados planes o garantías financieras de que trata el presente artículo. Como consecuencia de ello, se suspenderán los requisitos de habilitación financiera que les aplica como Entidades Promotoras de Salud (EPS), para permitir el cumplimiento de los planes de habilitación y saneamiento aprobados, sin perjuicio de lo establecido en el régimen de transición. Artículo 30. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años, siempre que cumplan las condiciones de permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el período de transición previsto en la presente Ley.

Las EPS podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los tres (3) meses siguientes a la expedición de la presente Ley. La manifestación de transformación deberá acompañarse de un plan de saneamiento de pasivos aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 29 de la presente Ley. Durante este periodo deberán cumplir progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros: - Organizar conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, la atención de su población a cargo, en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) conforme a la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos CAPS que serán financiados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). - Durante los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS, deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de Entidades Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. - Durante el periodo que permanezcan como EPS, será obligatoria la implementación del giro directo a través de la ADRES. - Se organizarán progresivamente por subregiones funcionales para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados en esos sitios. En las mencionadas subregiones y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los CAPS presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud. - Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las RIITS que organicen y conformen junto con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. La habilitación y autorización de las RIITS estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. - Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 18 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano. - Todas las EPS tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional. - Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.	Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las EPS, la ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS. 9. Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración establecidos en la legislación vigente. 10. En cualquier momento y antes de cumplirse los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS que cumplan con las condiciones para su transformación y presenten un plan de saneamiento aprobado, podrán iniciar su operación como Gestoras de Salud y Vida en los términos de la presente Ley. Parágrafo 1. La transformación de las actuales EPS en Entidades Gestoras de Salud y Vida no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos que reglamente el Gobierno nacional. Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar de manera integral, la salud de la población que se les asigne y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad. Parágrafo 3: Una vez cumplidos los requisitos para la transformación de la EPS en Gestora de Salud y Vida, y previa aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, como una alternativa del proceso de disolución, podrán constituir la Gestora de Salud y Vida como una persona jurídica diferente, ya sea de naturaleza privada, mixta o pública según corresponda, para asumir dicho rol, con una Junta Directiva o máximo órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Parágrafo 4: Las EPS con participación accionaria del Estado podrán certificar el pago de sus pasivos y acreencias por parte de la Nación o de la Entidad territorial de su respectiva jurisdicción, como respaldo de cumplimiento de las condiciones de permanencia que se les aplica, necesarias para transformarse en Gestoras de Salud y Vida. Parágrafo 5: Las EPS que decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida y que se encuentren administrando Planes Voluntarios en Salud (Medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud) deberán escindir esta operación comercial dentro del periodo de transición para convertirse en Gestoras, sin que se requiera nueva autorización para el efecto de los planes vigentes. En ningún caso habrá coexistencia administrativa y financiera con la Gestora de Salud y Vida. Las EPS que no se transformen en Gestoras de Salud y Vida podrán seguir comercializando Planes Voluntarios en Salud de conformidad con la reglamentación legal vigente. Artículo 31. Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se reconocerá y pagará a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el cinco por ciento (5%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de manera mensual, de la población a su cargo, por el cumplimiento de sus funciones definidas en la presente Ley, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca para tal efecto.
En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla las funciones establecidas en la presente Ley acorde a la metodología que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social en términos de calidad, oportunidad e integralidad, esta recibirá hasta un treinta por ciento (30%) menos de su ingreso por remuneración, y en caso de reincidencia en dos periodos consecutivos, será objeto de medida de supervisión especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo a la reglamentación que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. En todo caso, el mecanismo desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social, también deberá contemplar la definición de indicadores de evaluación del cumplimiento de funciones. Además, podrán participar de los incentivos por el cumplimiento de resultados en salud, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario, según lo estipulado en el numeral 4 del artículo 34 de la presente Ley. CAPÍTULO II REDES INTEGRALES E INTEGRADAS TERRITORIALES DE SALUD – RIITS Artículo 32. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, equidad, integralidad y continuidad de manera coordinada y eficiente, con orientación familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio territorial determinado buscando el logro de los resultados en salud. Las Gestoras de Salud y Vida junto a las entidades territoriales, conformarán RIITS siendo compuestas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud y transporte especial de pacientes y sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Los servicios de salud se prestarán por medio de acuerdos de voluntades y según las necesidades de la población, con suficiencia técnica y administrativa, cumpliendo los requisitos de habilitación. Los prestadores se deberán registrar y certificar como integrantes de la Red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, para promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en un espacio territorial determinado, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo, predictivo y resolutivo, basado en la APS con orientación familiar y comunitaria, intercultural y diferencial incluida la obligatoriedad de interoperar con el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago. Las Redes tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de los que hacen parte los Equipos de Salud Territoriales; y otro complementario, constituido por las instituciones de mediana y alta complejidad, así como por profesionales independientes.	El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos de coordinación asistencial para la operación de la RIITS y para la toma de decisiones en el marco de los determinantes sociales en salud. Las Gestoras de Salud y Vida, en conjunto con las Entidades Territoriales conformarán las RIITS a partir de acuerdos de voluntades y adoptarán e implementarán estos mecanismos de coordinación asistencial de acuerdo con las necesidades de la población. Los mecanismos de coordinación deben incluir el desarrollo de acciones conjuntas y sinérgicas entre los CAPS y los demás integrantes de la Red, para asegurar la continuidad del cuidado de las personas, de forma coordinada y generar una cadena de valor que garantice la atención integrada e integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia. En el nivel primario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, según corresponda, establecerán convenios de desempeño con los CAPS para orientar el logro de resultados en salud. Estos convenios deben definir los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoria para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. El seguimiento al convenio lo harán las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación. En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, según corresponda, establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana y alta complejidad un convenio de desempeño que defina los servicios a prestar, las condiciones de calidad específicas esperadas de cada servicio y la modalidad de pago aplicable, de acuerdo con el régimen de tarifas y formas de pago definido, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional en la RIITS, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoria para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud departamentales y distritales o municipales, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención. Parágrafo 1: Los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, que realicen la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas, los cuales serán considerados servicios de salud y estarán orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud, por lo tanto, harán parte de las RIITS, si así se registran y se certifican. Los servicios farmacéuticos y demás establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento y demás requisitos establecidos en la normatividad vigente, además de estar autorizados por las entidades territoriales en salud, registrarse y demostrar ante la Superintendencia Nacional de Salud el cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación del servicio farmacéutico en cuanto a la capacidad en infraestructura, talento

humano, capacidad científica, suficiencia patrimonial y capacidad técnica - tecnológica y administrativa. El transporte, gestión y dispensación farmacéutica ambulatoria de medicamentos a usuarios del Sistema de Salud se efectuará a través de los establecimientos farmacéuticos de gestores farmacéuticos, droguerías y operadores logísticos autorizados para ello, sin perjuicio de la entrega que se haga a través de estos servicios en las IPS y garantizando la dispensación en zonas rurales y de difícil acceso. Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud de las RIITS. Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de salud supervisarán el desempeño de las RIITS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas a las RIITS. En todo caso, los residentes tendrán derecho a recibir atención inicial de urgencias en cualquier IPS dentro del territorio nacional, cuando así se requiera. Parágrafo 4: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones para que los profesionales independientes y las instituciones de atención básica en salud que presten servicios para complementar el cuidado, se integren a las RIITS. Artículo 33. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) con fundamento en los análisis funcionales de Red. La organización y conformación se hará con las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio. Este proceso deberá garantizar la optimización y ordenamiento racional de la oferta territorial de servicios de salud, privilegiando la accesibilidad de las personas, familias y comunidades a los mismos y bajo las orientaciones y reglamentos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las RIITS en las subregiones funcionales para la gestión en salud. Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje:	1. Modelo de atención. Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales, diferenciales y de género. En el modelo se establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental. El modelo contará con un nivel primario, como primer contacto y puerta de entrada, que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas y en los centros especializados; y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades. 2. Rectoría y Gobernanza de la red. Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas por parte de las Gestoras de Salud y Vida y las Entidades territoriales, así como asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las RIITS se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región. 3. Organización y gestión. Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). 4. Sistema de asignación e incentivos. Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la RIITS, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la asignación de incentivos, para la red de prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida. Sobre la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se reconocerá un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores de mediana y alta complejidad, y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al tres por ciento (3%), dicho porcentaje deberá estar soportado mediante un estudio de costo de los incentivos.
Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de mediana y alta complejidad. Para la asignación, se considerarán de manera independiente los indicadores correspondientes a los siguientes atributos: a. Resultados en salud: Los indicadores se evaluarán sobre la línea base inicial disponible hasta lograr las metas establecidas por la OMS/OPS. Se tendrán en cuenta, entre otros: Cobertura en vacunación, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, cobertura de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y detección temprana de personas con eventos de interés en salud pública. b. Satisfacción de los usuarios: La oportunidad, continuidad y satisfacción con la atención ambulatoria, en consultas generales y especializadas, en la atención hospitalaria, y en la entrega completa de medicamentos, las tasas de quejas, reclamos, tutelas y desacatos, entre otros. c. Uso eficiente de recursos: Se tendrá en cuenta la utilización adecuada de los recursos con los que cuenta la RIITS, pertinencia en los tratamientos acorde con los diagnósticos, adherencia a guías y protocolo de manejo así como adherencia a tratamientos, disminución de las barreras de acceso, disminución de citas no atendidas, tiempos específicos y la atención de pacientes entre los diferentes niveles de atención y en el nivel pertinente de complejidad que garantice la oportunidad del servicio y el flujo adecuado de pacientes, entre otros. 5. Resultados. Las RIITS deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del SICA. Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público. 6. Generación de valor. Los modelos de acuerdos de voluntades con las RIITS y las modalidades de pago pactadas deben responder a parámetros de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos. Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de sus funciones, así como por las direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud en cumplimiento de su función de conformación y organización de las RIITS, y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control.	Artículo 35. Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud. Todos los CAPS serán financiados por oferta con recursos provenientes de la Cuenta de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con presupuestos estándar que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Los CAPS desarrollarán los procesos de: adscripción poblacional; administración y atención al ciudadano, prestación de servicios de salud y vigilancia en salud pública; gestión intersectorial y participación social, y articulación con las Gestoras de Salud y Vida. Como parte de la operación de los CAPS, de acuerdo con las necesidades de la población, se constituirán Equipos de Salud Territoriales conformados por personas con perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especialistas para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades; cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio. La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias. Así mismo, deberán incluir progresivamente especialidades básicas, medicina familiar y se articularán con los servicios sociosanitarios y de cuidado disponibles en el territorio. Los CAPS públicos, privados y mixtos podrán tener y operar Puntos de atención descentralizados con el fin de promover y garantizar el acceso y el derecho a la salud. Dichos puntos de atención se denominarán puestos o centros de salud, y se organizarán de acuerdo a las condiciones geográficas, demográficas y socioculturales tanto a nivel rural como urbano. Las acciones de los CAPS, incluidas las de los equipos de salud territoriales tendrán carácter universal, territorial, sistemático, permanente y resolutivo, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada vigencia de la presente ley la conformación, tipologías, localización, funcionamiento, de los CAPS, de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud. Para el seguimiento y cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los CAPS, se realizarán convenios de desempeño con las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, según corresponda a los cuales las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, harán seguimiento, con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico – científicos y de calidad de los servicios.

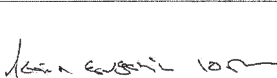
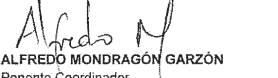
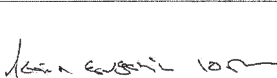
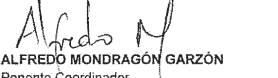
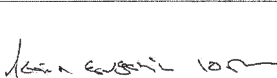
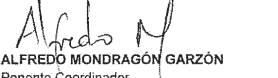
Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley el rol de los CAPS de naturaleza pública, privada y mixta en el cumplimiento de las funciones de salud pública y de prestación de servicios, de conformidad con la normativa vigente a la expedición de la presente Ley. Artículo 36. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones: 1. Adscripción poblacional Con el objetivo de orientar la planeación y la respuesta en salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un CAPS de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la libre elección dentro de la oferta disponible de CAPS en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, deberán adscribirse en el CAPS del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán al CAPS las novedades de la población en el territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita. En virtud del vínculo permanente con su población adscrita y para garantizar la resolutiveidad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones. 2. Prestación de servicios de salud y de vigilancia en salud pública a. Recolectar la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales. b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas en el proceso de caracterización de la población. c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud como el primer contacto del sistema de salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social. d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos.	e. Gestionar, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. f. Desarrollar e implementar los programas de salud pública, en especial, los eventos de interés en salud pública, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, adaptación y mitigación de los impactos del cambio climático y el cuidado de las poblaciones sujetos de especial protección constitucional, de conformidad con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial respectiva. g. Prestar los servicios de salud y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes para la continuidad e integralidad de la atención. h. Adoptar un modelo de salud que asegure la pertinencia sociocultural de los servicios de salud acorde con las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios. 3. Administración y atención al ciudadano Los CAPS son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita y de los que temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). En articulación con la Entidad Territorial harán una revisión periódica del desempeño de las Gestoras de Salud y Vida, especialmente, en el proceso de referencia y contrarreferencia, que conduzca al mejoramiento continuo. Además, en el marco de este proceso serán responsables de: a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferenciales y de género. b. Organizar la operación de los CAPS en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio. c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, en articulación con las Gestoras de Salud y Vida, cuando aplique. Los CAPS implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda. 4. Gestión intersectorial y participación social
a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio. b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado. c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente. 5. Articulación y coordinación con las Gestoras de Salud y Vida a. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del SPUIIS. En este sentido, son responsables del uso eficiente de los recursos asignados a cada uno acorde a sus competencias y sin perjuicio del control fiscal, disciplinario y penal al que haya lugar. b. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto. c. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población adscrita para garantizar la calidad de la atención en salud, con enfoques diferencial, territorial y de género. d. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las RIITS habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población. e. Los CAPS desarrollarán mecanismos de coordinación asistencial de las RIITS, en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y Gestoras de Salud y Vida se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia. Parágrafo 1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) y las Instituciones de Salud del Estado (ISE) que presten servicios de baja complejidad al momento de la promulgación de la presente ley continuarán atendiendo la población que tengan asignada siempre y cuando adopten la estructura, funciones y procesos de los CAPS. Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará mecanismos para garantizar en el nivel primario de atención, la disponibilidad permanente de servicios en salud mental, con el propósito de prevenir y tratar los problemas psicológicos y trastornos mentales, así como hacer acompañamiento psicoemocional a los usuarios del sistema, para reducir las afectaciones de salud mental en la comunidad. Artículo 37. Sistema de referencia y contrarreferencia. Es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permitirán prestar adecuadamente los servicios de salud de las personas, garantizando la continuidad e integralidad de los servicios en las Redes Integrales e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) que operan en las subregiones funcionales para la gestión en salud.	Se entiende por resolver una referencia: programar y conseguir la atención que el paciente requiere, agenciando debidamente el tránsito a través de las RIITS, en los servicios e instituciones que le permita atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia debe garantizar entre otros los atributos de la calidad: acceso, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia. En todo caso, la organización del sistema de referencia y contra referencia garantizará que el usuario pueda transitar al interior de las RIITS, sin ningún trámite adicional a la prescripción del profesional. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los niveles primario y complementario establecerán los mecanismos para resolver las solicitudes del sistema de referencia y contrarreferencia, de manera oportuna y adecuada, para lo cual serán responsables de la atención de los requerimientos de dicho sistema, lo que incluye la disposición pública y en línea de la agenda de sus servicios y de las listas de espera. La ordenación de la referencia no exime al generador de la misma de la responsabilidad clínica del paciente hasta la confirmación de la recepción del mismo en la institución que lo recibe. Las Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una plataforma de información y comunicación interoperable en línea que resuelva la referencia y contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la coordinación de las RIITS, en los servicios e instituciones que les permitan atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de las RIITS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso, garantizado confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se propenderá porque el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del término de seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el sistema de referencia y contrarreferencia, la organización, gestión y operación de las RIITS, mediante instancias de coordinación regional, departamental, distrital y municipal, direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de urgencias y emergencias, las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá métodos, procedimientos y políticas que permitan hacer seguimiento y control cuando la atención de las personas supere la oferta disponible de servicios en los territorios. Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá mediante resolución la metodología para el cálculo de las tarifas en el sistema de referencia y contrarreferencia por concepto de traslado de baja y mediana complejidad, teniendo en cuenta la distancia del recorrido, la región geográfica, la modalidad de transporte, entre otros.

Artículo 38. Prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos para que, en el marco de la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), se garantice una Red Nacional de Atención en Salud para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos indispensables para el tratamiento de personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente y se integren las instituciones, centros especializados y de referencia. Estas instituciones deberán diseñar e implementar programas de investigación científica tendientes a crear herramientas diagnósticas y generar evidencia en promoción de la salud, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades. La prestación de servicios se realizará de forma integral mediante el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo atendiendo de manera diferencial las necesidades de las personas con estas enfermedades desde la promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias y procedimientos que se requieran, a través de la atención directa de pacientes o apoyándose en el uso de la telesalud u otras TIC para garantizar la asesoría, el manejo y la continuidad del tratamiento en el respectivo territorio, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida. Parágrafo 1. En las RIITS la organización de la prestación de servicios a personas con enfermedades huérfanas estará articulada con el Plan Nacional para la Gestión de las Enfermedades Huérfanas/Raras y se podrá tener en cuenta la participación de la Mesa Nacional de Enfermedades Huérfanas/Raras con todos los actores que la conforman de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 1871 de 2021 o la que la modifique o sustituya. Parágrafo 2. En todo momento, se deberá garantizar la continuidad e integralidad en la atención de los pacientes en tratamiento y de los nuevos pacientes clasificados como casos probables, sospechosos o confirmados. Parágrafo 3. Se deberá diseñar e implementar un programa de capacitación a los profesionales de la salud que hagan parte del proceso de atención de las personas a las que se refiere el presente artículo en promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias, procedimientos en salud; y se deberá facilitar la consejería genética a las personas con enfermedades huérfanas. Artículo 39. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales de Salud constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como unidades funcionales o dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos y la asistencia técnica a los municipios para la planeación en salud.	Las Unidades Zonales analizarán periódicamente las actividades y recursos ejecutados por cada municipio o localidad que supervisan para cumplir la responsabilidad de la Atención Primaria en Salud (APS), así como los objetivos y metas alcanzados, rendirán informes trimestrales de evaluación a cada municipio o distrito, así como a la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, a las organizaciones de la comunidad y a los organismos de control en los términos en que lo establezca el reglamento. Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud harán el seguimiento a los convenios de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad de los servicios. Para financiar las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud y los planes de mejoramiento institucional de las direcciones territoriales de salud de departamentos y distritos, que deberán incluir el fortalecimiento de los laboratorios departamentales y distritales de salud pública y el proceso gradual de desarrollo de las capacidades de las direcciones territoriales de salud se destinará hasta el uno por ciento (1%) del presupuesto asignado al aseguramiento social en salud en el Fondo Único de Salud, para cada entidad territorial, según reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Este desarrollo de capacidades de gestión será gradual y progresivo, priorizando las Entidades Territoriales con mayor ruralidad y dispersión poblacional. CAPÍTULO III INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO Artículo 40. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). El objeto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), será la prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado. Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley. Las ISE se someterán al siguiente régimen jurídico: - En su denominación se incluirá la expresión "Instituciones de Salud del Estado" (ISE). - Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5 del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado (ESE) se entienden homologadas a las ISE. - Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales. - Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.
El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las tipologías y clasificará las ISE, las cuales serán Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en el nivel primario y de mediana y alta complejidad en el complementario. Las ISE podrán prestar servicios itinerantes o ambulantes, cuando las condiciones poblacionales y territoriales así lo ameriten. En materia contractual, las ISE se regirán por el derecho privado para lo cual el Consejo Directivo aprobará el manual de contratación respectivo; sin perjuicio, del uso discrecional de las cláusulas excepcionales previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos para que los Consejos Directivos adopten el Estatuto de Contratación de las ISE. El Ministerio de Salud y Protección Social regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos. Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente y con el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA) previsto en la presente Ley, o quien haga sus veces, la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las ISE. Parágrafo 1. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan. Parágrafo 2. Los municipios que, al momento de expedida la presente Ley identifiquen la necesidad de contar con un prestador público de servicios de salud o ampliar los servicios de los existentes, podrán hacerlo, con el acompañamiento técnico del Ministerio de Salud y Protección Social. Parágrafo 3. Los departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITS), o mantener los modelos de organización en red creados por Ordenanzas o Acuerdos. Artículo 41. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de las subregiones funcionales para la gestión en salud que define el Ministerio de Salud y Protección Social. El presupuesto de las ISE se elaborará teniendo en cuenta:	- La tipología y nivel de cada ISE. - El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel. - Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población. - El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud. - Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. En ningún caso, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el caso de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) se asignará – para garantizar una oferta adecuada – un per cápita con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes, de acuerdo con presupuestos que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño. Para la aprobación del presupuesto de las ISE se deberá adelantar el trámite definido en la respectiva jurisdicción territorial, de acuerdo con la normativa presupuestal que regule la materia. Cuando la ISE vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte del nivel Nacional, de manera previa, se deberá remitir al Ministerio de Salud y Protección Social para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales. Con cargo al Presupuesto General de la Nación, el Gobierno nacional podrá destinar recursos anuales para el proceso de formalización laboral, previo cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo del presente artículo. Parágrafo 1. Las ISE de mediana o alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales. Parágrafo 2. Las Direcciones Territoriales, Departamentales y Distritales de Salud y las Secretarías de Salud Municipales organizarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento. Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un Director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de Director son los establecidos en el artículo 22 del Decreto 785 de 2005. La escogencia de los

directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios. El Consejo Directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera: - El gobernador o el alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá. - El director territorial de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado. - El director territorial de planeación o quien haga sus veces de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado. - Un (1) representante de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud. - Un (1) representante de los trabajadores de la salud de la institución. Parágrafo 1. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el periodo inmediatamente siguiente. Parágrafo 2. Cuando la ISE tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de los respectivos municipios. Parágrafo 3. Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien preside la Junta Directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la ISE se requiere del voto favorable del Presidente del Consejo Directivo. Artículo 43. Entidades de Salud del Estado Itinerantes. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán Entidades de Salud del Estado Itinerantes del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes. Las Entidades de Salud del Estado Itinerantes podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, demás deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC). Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos para que, en el marco de la operación de las Entidades de Salud del Estado Itinerantes, en	articulación con ellas, se garantice el transporte multimodal "aéreo, marítimo, fluvial, terrestre" en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso. Artículo 44. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH). Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria. Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes: - Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación. - Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos. - Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado. - Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales. - Aportes de otras entidades públicas. - Recursos provenientes de operaciones de crédito público. - Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes. - Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías. - Donaciones. - Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo. - Los demás recursos que reciba a cualquier título. Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del Fondo. El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo. TÍTULO V PERSONAL DE SALUD Artículo 45. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:
El examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico - quirúrgicas. Para el acceso a los programas de especialización médico – quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico - quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior, las cuales definirán los criterios definitivos de admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido. Asignación de becas: El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas. Parágrafo 1. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo establecido en el presente parágrafo. Parágrafo 2. Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destine el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud y las Instituciones de Educación Superior. Ampliación de cupos de docencia-servicio: Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Instituciones de Salud del Estado (ISE) sean reconocidas como escenarios de docencia - servicio. En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio. Artículo 46. Identificación Única del Talento Humano en Salud. La identificación del talento humano en salud se consultará por medio del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS). El cumplimiento de los requisitos para ejercer el nivel técnico profesional, tecnológico, profesión u ocupación, se verificará a través del ReTHUS. El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por primera vez en el ReTHUS se tasará de la siguiente manera:	- El equivalente a nueve (9) salarios diarios mínimos legales vigentes, cuando el número de graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) para las profesiones asociadas al colegio o consejo profesional sea entre uno (1) y tres mil (3.000) al año. - El equivalente a siete (7) salarios diarios mínimos legales vigentes para aquellas profesiones que reporten un número de graduados de más de tres mil (3.000), a la fecha de la solicitud. Para el registro de novedades y expedición de duplicados el costo será del 40% del valor de la inscripción por primera vez. Artículo 47. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). En los términos de la normatividad vigente, los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en la ley o pactadas con las organizaciones sindicales, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales. Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al noventa por ciento (90%), se regirán por la presente Ley. Son normas especiales y generales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), las siguientes: - El Gobierno nacional y las respectivas autoridades competentes en el orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la ISE, señalará el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de ISE que determine el Gobierno nacional. - En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto 400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan. - Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la Constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 4ª de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, les serán aplicables lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas. - En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968, la Ley 909 de 2004 y las demás normas que las reglamenten, modifiquen o sustituyan. - La remuneración de los empleados públicos de las ISE será fijada por las respectivas Autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la Ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones de las condiciones de empleo. En ningún nivel territorial se estará sujeto a los límites que en materia salarial establece la Ley 617 de 2000.

Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente Ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva ISE. Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente Ley, serán vinculados en las ISE, sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales. Parágrafo 1. Los contratos de prestación de servicios a cargo de ESE que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las ISE. Parágrafo 2. El Gobierno nacional establecerá un sistema de estímulos salariales y no salariales para los servidores públicos de la salud. Parágrafo 3. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990. Artículo 48. Régimen especial para trabajadores públicos del Sector Salud. Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia la presente Ley, previa concertación con representantes de los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados, expida el régimen especial de los trabajadores de la salud, el cual debe contener mínimamente los siguientes aspectos: ascenso y/o movilidad en el régimen de carrera administrativa; primas especiales, entre otros. Artículo 49. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas, con un porcentaje de participación público inferior al 90%, del sector salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes. Adicionalmente, se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas; se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud; se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud. Parágrafo 1. El Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud presentarán durante el primer trimestre de cada vigencia fiscal al Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las	disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno nacional organizará una Dirección en el Ministerio del Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley. Parágrafo 2. A partir de la vigencia de la presente Ley, las droguerías sólo podrán ser dirigidas por quien tenga la calidad de Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, Director de Droguería o Farmacéutico Licenciado. Para garantizar los derechos adquiridos de las personas que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, hayan obtenido la credencial de expendedor de drogas, éstas podrán desempeñarse en la dirección de una droguería. Artículo 50. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades medico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán vincular o contratar a especialistas médico quirúrgicos, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, según el régimen jurídico aplicable a la respectiva institución, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuio persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente. Parágrafo 1: En todo caso, si la prestación del servicio se enmarca en los elementos de una relación laboral, los especialistas de la salud deberán ser vinculados mediante contrato de trabajo, según la naturaleza del régimen jurídico aplicable a la respectiva institución. Parágrafo 2. Todos los trabajadores o vinculados mediante las modalidades establecidas en el presente artículo tendrán derecho a una remuneración oportuna, so pena de la imposición de sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Parágrafo 3: Respecto de los trabajadores especialistas médico quirúrgicos del sector salud, indistintamente de su forma de vinculación, no se podrá establecer cláusula de exclusividad, salvo aquellos que estén vinculados mediante contrato de trabajo y así lo convengan. TÍTULO VI INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL Artículo 51. Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007: “3. Prestación de servicios de atención en salud. Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
Dicha vigilancia comprende la garantía de un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral y de seguridad y salud en el trabajo, como aspectos que afectan los elementos esenciales para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.” Artículo 52. Modifíquese el numeral 2 del artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: “2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud incluyendo no garantizar un talento humano en salud competente, así como condiciones de trabajo decente.” Artículo 53. Modifíquese el numeral 2 del artículo 131 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: “ARTÍCULO 131. TIPOS DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS. En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones: (...) 2. Multas entre sesenta (60) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales.” Artículo 54. Modifíquese el parágrafo 6 del artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: (...) “PARÁGRAFO 6. Para efectos de la imposición de las sanciones acá previstas, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará el proceso administrativo sancionatorio establecido en el artículo 128 de la Ley 1438 de 2011, a excepción de las sanciones derivadas de la conducta descrita en el numeral 11 del artículo 3 de esta Ley, la cual solo será excusada por evento de fuerza mayor, que deberá ser acreditada por el infractor dentro de los 5 días hábiles siguientes a su ocurrencia. La Superintendencia Nacional de Salud designará un procedimiento y una metodología sancionatoria para la imposición de sanciones por el incumplimiento en el reporte de información”. Artículo 55. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá una facultad regulatoria residual frente a la que es propia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las siguientes materias: 1. La compatibilidad y armonización de las normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y del régimen de liquidación de entes u organismos públicos, según el caso, con las reglas del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el derecho fundamental en salud previsto en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.	2. Las competencias de los integrantes del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia de que trata el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019. 3. Los deberes de las entidades territoriales en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS creado en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007. 4. La actuación de los agentes especiales en las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para administrar o para liquidar, incluidas estas últimas. 5. La definición de criterios y procedimientos para la selección objetiva de contratistas por parte de los liquidadores, en la celebración de contratos de gestión de situaciones jurídicas no definidas, asuntos pendientes y activos remanentes posteriores a la liquidación de entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, con independencia de la forma jurídica que tales contratos asuman. La eficiencia y sostenibilidad de los gastos administrativos en los procesos liquidatorios ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud. TÍTULO VII DISPOSICIONES GENERALES Artículo 56. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas. Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la Salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l, m y n del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015. De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del SISPI respecto de: 1. Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión. 2. Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control. 3. Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias. 4. La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios. Parágrafo. El Gobierno nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el SISPI, garantizando las condiciones que permitan

la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas. Artículo 57. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y el Decreto 2957 de 2010. Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revistase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud. Artículo 58. Plan Nacional de Salud Rural (PNSR). En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), incluyendo además en sus prioridades a las subregiones, los municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS) y Planes de Reforma Rural Agraria (RRA), o se encuentren o sean considerados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país. Esta implementación se realizará con la participación de las organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades étnicas presentes en los territorios rurales. El Gobierno nacional reglamentará el PNSR. Dicho plan, será implementado dando cumplimiento al punto 1.3.2.1 del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" adoptado mediante el Acto Legislativo 02 de 2017, para ello se articulará con las estrategias de Atención Primaria en Salud, aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), las sedes de atención descentralizados en salud rural, el enfoque de determinantes sociales, el enfoque territorial y diferencial y demás aspectos de la presente ley que permitan la formulación y gestión del PNSR. Parágrafo 1. El Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para la formulación e inicio de implementación del PNSR. Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos que propendan por el efectivo cumplimiento de las acciones e intervenciones estipuladas en el PNSR, de acuerdo al cálculo de costos según las características y necesidades de cada territorio, los cuales estarán dirigidos a garantizar el acceso en salud en el marco de las RIITS, la construcción, el mejoramiento de la infraestructura y la dotación en salud, la planificación y gestión del personal en salud para	la ruralidad y la garantía de la calidad en salud para la atención de las personas, familias y comunidades que habitan en las zonas rurales y las zonas rurales dispersas. Artículo 59. Promoción de Investigación y producción Vacunas. Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud a nivel nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidas por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, darán prelación a los productores locales, según la legislación aplicable. Se fortalecerá el desarrollo, validación y aplicación de métodos alternativos a la experimentación en animales en investigaciones biomédicas, la producción de fármacos, la producción de biológicos, la salud pública u otros similares, el cual se reglamentará de manera coordinada entre el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS). Artículo 60. Regímenes Exceptuados y Especiales. Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015. En consecuencia, los regímenes de salud y seguridad social de los miembros de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional, del Magisterio, de la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), continuarán vigentes, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente Ley, y en los términos previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993. Adicionalmente, el régimen de salud y seguridad social de las universidades estatales u oficiales continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992, modificada por la Ley 647 de 2001 y la Ley 1443 de 2011 y demás normas que las modifiquen, adionen o sustituyan. TÍTULO VIII DISPOSICIONES TRANSITORIAS Artículo 61. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente Ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia. En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:
1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas. Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos. Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno. De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos. El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud. Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los CAPS. 2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud. A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las EPS al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. 3. Las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta Ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.	La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las UPC y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud. Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los CAPS en la medida en que entren en operación. Las reglas del SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley. 4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas: a. En un territorio donde haya una sola EPS, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación. b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden EPS, los CAPS, en primer lugar, o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas EPS con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de EPS liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados. 5. Si no existiesen los CAPS operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los CAPS, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación. 6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las EPS que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

7. Se acordará con las EPS que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS. 8. Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el SGSSS, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los CAPS. 9. Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud. 10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los CAPS, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento. A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida. 11. La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las EPS. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la UPC cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las EPS hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Las competencias aquí previstas para la ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.	12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las EPS de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las EPS que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. 13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos. 14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud. 15. El Gobierno nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las ESE que se transformen en ISE, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social. 16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y Vida. Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales. 17. Las ESE del orden Nacional se transformarán en ISE. Las Entidades Territoriales transformarán las ESE del orden territorial en ISE. Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación								
de las ESE de orden nacional y territorial en ISE, para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas. También se podrán transformar en ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como ESE, y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como ISE del nivel de Gobierno que corresponda. En todo caso, las ISE mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo. Los gerentes de las ESE transformadas en ISE, continuarán en el cargo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de ISE, se implementarán en el término no mayor a un (1) año. 18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación: a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. 19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través de las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud. Artículo 62. Vigencia. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.	De los Honorables Representantes, <table><tr><td> MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE Ponente Coordinadora Representante a la Cámara por Antioquia Partido Liberal</td><td> JORGE ALEXANDER QUEVEDO H. Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Guaviare Partido Conservador</td></tr><tr><td> CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Vaupés Partido de la U</td><td> ALFREDO MONDRAGÓN GARZÓN Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Valle del Cauca Coalición Pacto Histórico</td></tr><tr><td> JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA Ponente Representante a la Cámara por Antioquia Partido Verde</td><td> KAREN JULIANA LÓPEZ SALAZAR Ponente Representante a la Cámara CITREP No. 16</td></tr><tr><td> GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ Ponente Representante a la Cámara por Atlántico Partido Comunes</td><td></td></tr></table> 13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1. The Economist Group. The Health Inclusivity Index. Measuring progress towards good health for everyone [Internet]. 2022. Available from: https://impact.economist.com/projects/health-inclusivity-index/documents/EI-Haleon_Report_A4.pdf	 MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE Ponente Coordinadora Representante a la Cámara por Antioquia Partido Liberal	 JORGE ALEXANDER QUEVEDO H. Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Guaviare Partido Conservador	 CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Vaupés Partido de la U	 ALFREDO MONDRAGÓN GARZÓN Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Valle del Cauca Coalición Pacto Histórico	 JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA Ponente Representante a la Cámara por Antioquia Partido Verde	 KAREN JULIANA LÓPEZ SALAZAR Ponente Representante a la Cámara CITREP No. 16	 GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ Ponente Representante a la Cámara por Atlántico Partido Comunes	
 MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE Ponente Coordinadora Representante a la Cámara por Antioquia Partido Liberal	 JORGE ALEXANDER QUEVEDO H. Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Guaviare Partido Conservador								
 CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Vaupés Partido de la U	 ALFREDO MONDRAGÓN GARZÓN Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Valle del Cauca Coalición Pacto Histórico								
 JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA Ponente Representante a la Cámara por Antioquia Partido Verde	 KAREN JULIANA LÓPEZ SALAZAR Ponente Representante a la Cámara CITREP No. 16								
 GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ Ponente Representante a la Cámara por Atlántico Partido Comunes									