

PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA N° ____

“Por la cual se reglamenta el derecho fundamental a la salud”

(Versión: julio 13 de 2012)

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. Objeto. En el marco del artículo 152 de la Constitución Política y de los compromisos del Estado colombiano en materia del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la presente Ley Estatutaria reglamenta el derecho fundamental a la salud y sus derechos relacionados, establecidos en los artículos 11, 12, 13, 15, 16, 18, 20, 22, 23, 25, 27, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 64, 65, 70, 74, 78, 79, 80, 82, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 103, 104, 105, 106 y 350 de la Constitución Política, desde una concepción amplia de la salud humana en el marco de la interdependencia de los derechos humanos, para lo cual define los componentes esenciales del derecho a la salud, el deber del Estado en la materia, los principios orientadores, los criterios generales aplicables a cada uno de los sectores del Estado involucrados en su garantía, los límites y los procedimientos generales para dirimir dilemas o conflictos relacionados con la garantía de este derecho.

Artículo 2°. Componentes esenciales del derecho fundamental a la salud. La salud es un derecho humano fundamental, individual y colectivo, indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, comenzando por el derecho a la vida. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. El derecho a la salud incluye libertades y derechos, tanto de carácter individual como colectivo, va más allá de la atención adecuada y oportuna de las enfermedades e incluye las condiciones y los medios para vivir una vida sana y para el desarrollo de las potencialidades y capacidades humanas, mediante la afectación de los procesos que determinan la salud de las poblaciones. Los componentes esenciales del derecho a la salud, tanto en el plano individual como en el colectivo, de conformidad con el bloque de constitucionalidad y la constitución colombiana, son:

- 2.1 El derecho a la vida, entendido más allá de la integridad física, como las condiciones y medios para el disfrute de una vida digna.
- 2.2 El derecho de las personas y las comunidades a ejercer su libertad y autonomía para controlar su salud y su cuerpo, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, la libertad sexual y genésica, y el derecho colectivo al desarrollo cultural.

- 2.3 El derecho a morir dignamente y aceptar o rechazar procedimientos y sufrimientos en procesos de atención.
- 2.4 El derecho a la no discriminación racial, étnica, de género o económica en materia de salud.
- 2.5 El derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuados.
- 2.6 El derecho a acceder a agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas.
- 2.7 El derecho a acceder a alimentos sanos y la nutrición adecuada.
- 2.8 El derecho a una vivienda digna, adecuada y saludable.
- 2.9 El derecho a condiciones saludables y dignas en el trabajo.
- 2.10 El derecho a un ambiente sano.
- 2.11 El derecho a la educación adecuada y a la información sobre asuntos relacionados con la salud, con especial énfasis en la salud sexual y reproductiva y con enfoque intercultural.
- 2.12 El derecho a acceder a los bienes y servicios de salud que se requieran con necesidad, de carácter preventivo, curativo y de rehabilitación, para una atención integral y oportuna de los daños y de las enfermedades endémicas, epidémicas o profesionales.
- 2.13 El derecho a participar, de manera individual o colectiva, en todo el proceso de adopción e implementación de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud, su seguimiento y evaluación, en los ámbitos institucional, comunitario, local, nacional e internacional.

Artículo 3°. Obligaciones generales del Estado. Es deber del Estado respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en todos sus componentes esenciales y de manera progresiva, mediante la articulación planeada entre los sectores involucrados en su garantía, con el fin de ofrecer las facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para el disfrute del más alto nivel de salud, con la participación de los ciudadanos y las ciudadanas, las comunidades y las organizaciones económicas, políticas y sociales de la sociedad colombiana.

Parágrafo 1. La obligación de “respetar” exige que el Estado se abstenga de afectar o limitar directa o indirectamente el disfrute del derecho a la salud a personas o poblaciones en conflicto armado o a personas con limitaciones para el ejercicio de su autonomía individual o colectiva, o sometidas a prácticas discriminatorias, y se abstenga de generar o propiciar condiciones de vida peligrosas para la salud.

Parágrafo 2. La obligación de “proteger” implica la adopción de medidas por parte del Estado para impedir que terceros interfieran en el goce efectivo del derecho a la salud en todos sus componentes esenciales, en especial, por parte de los agentes que participen en la provisión de bienes y servicios relacionados con la salud de las

personas y comunidades, con especial énfasis en poblaciones vulneradas y de especial protección.

Parágrafo 3. La obligación de “garantizar” o “cumplir” significa que el Estado adopte medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al goce del derecho a la salud, en todos sus componentes esenciales, atendiendo a los principios enunciados en el Artículo 4° de la presente ley para la garantía de los derechos sociales, económicos y culturales en los que se inscribe este derecho. La asignación de recursos públicos en salud constituye una inversión del Estado, es prioritaria y será progresiva. El Estado no podrá acudir al criterio de sostenibilidad fiscal para dejar de garantizar el derecho fundamental a la salud.

Artículo 4°. Principios. Son principios orientadores del derecho a la salud, en todos sus componentes, los siguientes:

- 4.1 Universalidad:** es la garantía del derecho fundamental a la salud, en todos los componentes esenciales definidos en esta Ley, a toda la población del país por su condición de ciudadano o ciudadana, o de residente reconocido por el Estado colombiano.
- 4.2 Accesibilidad:** es la puesta al alcance de las personas y las comunidades, de manera oportuna, sin barreras físicas, geográficas, administrativas, de información o económicas, ni discriminación de ninguna índole, de los bienes, servicios y condiciones que contribuyen al goce de una vida sana.
- 4.3 Aceptabilidad:** es la adecuación de los establecimientos, bienes, servicios y condiciones de vida a las necesidades de salud de las personas y comunidades, de tal manera que sean respetuosas de las diferencias culturales y sensibles a los requisitos de género y del ciclo de vida.
- 4.4 Equidad:** es la combinación del aporte individual y colectivo según la capacidad, con la respuesta social e institucional según la necesidad, para la superación de las desigualdades injustas y evitables en salud.
- 4.5 Calidad:** es el conjunto de características de los bienes, servicios y condiciones que contribuyen a la vida sana y a la atención integral de las enfermedades, valoradas como las mejores en cada momento y contexto, según el conocimiento socialmente disponible.
- 4.6 Disponibilidad:** es la oferta suficiente y adecuada de establecimientos, programas y personal calificado de salud y calidad de vida, según las necesidades individuales y colectivas de las poblaciones.
- 4.7 Interculturalidad:** es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y de los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales,

alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global.

CAPÍTULO II

DE LOS CRITERIOS PARA EL RESPETO, PROTECCIÓN Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD

Artículo 5°. Criterios para el respeto, la protección y la garantía del derecho de las personas y las comunidades a ejercer su libertad y autonomía en salud. Con el fin de respetar, proteger y garantizar el derecho a ejercer la libertad y autonomía de las personas y comunidades respecto del cuidado del cuerpo y de la salud, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, la libertad sexual y genésica, y el derecho colectivo al desarrollo cultural, el organismo rector del sistema de seguridad social en salud establecerá los medios y mecanismos de libertad de escogencia de bienes y servicios para el cuidado, protección y atención en salud, la información pública y la educación informal y formal en salud que faciliten dicho ejercicio de libertad y autonomía, garantizando el cumplimiento de los principios señalados en el Artículo 4° de la presente Ley.

Parágrafo. Los profesionales de la salud deberán proporcionar la información que se requiera y en la profundidad suficiente para el ejercicio de la autonomía de las personas sanas y enfermas, mediante el consentimiento informado idóneo en los procesos cotidianos de atención y en el caso de participar en procesos de investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud.

Artículo 6°. Criterios para el respeto, la protección y la garantía del componente a morir dignamente y a aceptar o rechazar procedimientos y sufrimientos en procesos de atención. El organismo rector del sistema de seguridad social en salud establecerá las condiciones, instancias y mecanismos mediante los cuales las personas podrán ejercer su derecho a morir dignamente, a recibir los cuidados paliativos orientados por la calidad de vida de las personas en situación crónica y terminal, y a aceptar o rechazar procedimientos y sufrimientos en procesos de atención, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- 6.1 El medio por el cual se considera la expresión clara y explícita de la voluntad de la persona.
- 6.2 La definición de las condiciones de salud en las que sería posible aplicar la voluntad de la persona involucrada.
- 6.3 Las instancias, procedimientos y mecanismos institucionales para ejercer este derecho en situaciones cotidianas de la atención, teniendo en cuenta el criterio de calidad de vida de las personas.

Artículo 7°. Criterios aplicables a los sectores del Estado involucrados en el derecho fundamental a la salud. La interdependencia de los derechos para alcanzar el máximo nivel posible de salud demanda el esfuerzo del Estado y de la sociedad en su conjunto, por medio de la incorporación del criterio de vida saludable en todas las políticas públicas de carácter sectorial e intersectorial, y de manera concertada y participativa. Para tal fin, cada sector deberá tener en cuenta las implicaciones en salud de la política sectorial, con base en criterios como la inocuidad, la seguridad sanitaria, la sustentabilidad y el aporte a una vida digna y saludable. El gobierno nacional deberá definir una política nacional de salud cada cuatro años, con plena participación de sectores sociales, académicos y políticos, congregados en un órgano colegiado de concertación, cuya composición y reglamento definirá el organismo rector del sistema de seguridad social en salud. Los criterios que deberán guiar esta política son:

- 7.1 El diagnóstico de la situación de salud deberá basarse en un análisis detallado de los determinantes sociales de las desigualdades en salud y de la relación entre la calidad de vida de las poblaciones en sus territorios sociales y de los resultados en materia de daños, enfermedades, muertes y discapacidad.
- 7.2 El diagnóstico debe incluir indicadores sobre los grados de afectación de los componentes esenciales del derecho a la salud y las principales razones que explican las violaciones sistemáticas sobre el respeto, la protección y la garantía del derecho a la salud en los diferentes sectores involucrados.
- 7.3 La política deberá establecer las estrategias y líneas de acción de carácter sectorial e intersectorial que permitan realizar los ajustes institucionales y las transformaciones económicas, sociales y políticas que se requieran para avanzar, de manera progresiva, en el respeto, la protección y la garantía del derecho fundamental autónomo a la salud.
- 7.4 La política deberá traducirse en un Plan Nacional de Salud que defina la distribución de responsabilidades, los recursos y las metas de los diferentes sectores del Estado involucrados en el respeto, protección y garantía del derecho a la salud.

Parágrafo. El Congreso de la República ejercerá el control político sobre la evaluación de la política nacional de salud, para lo cual podrá solicitar informes al Gobierno nacional sobre su ejecución. Al final del período, el Gobierno nacional presentará un informe al Congreso de la República sobre los avances y limitaciones en el goce efectivo del derecho a la salud, en todos sus componentes esenciales y en los resultados en salud de la población.

Artículo 8°. Criterios aplicables al respeto, la protección y la garantía del derecho fundamental a los bienes y servicios de salud que se requieran con necesidad. Para dar cumplimiento a los deberes del Estado y a los principios orientadores del

derecho fundamental a la salud, en el componente de 2.12 de la presente Ley, esto es, el acceso a los bienes y servicios de salud que se requieran con necesidad, de carácter preventivo, curativo y de rehabilitación, para una atención integral y oportuna de los daños y de las enfermedades endémicas, epidémicas o profesionales, se establece el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud (SUDSSS) con base en los siguientes criterios:

- 8.1 Acceso universal a los bienes y servicios de salud que se requieran con necesidad, basado en la condición de ciudadano, ciudadana o extranjero residente autorizado por el Estado colombiano, no dependiente de la capacidad de pago de las personas, sin barreras económicas, administrativas, culturales o de otro tipo en el momento de requerir atención en salud.
- 8.2 Financiamiento público, por medio de la creación de un Fondo Único de Seguridad Social en Salud (FUSESA), con personería jurídica y destinación específica, integrado por los recursos parafiscales derivados de cotizaciones obligatorias para enfermedad general, riesgos profesionales y accidentes de tránsito, y fiscales provenientes de impuestos generales y específicos para salud, recaudados de manera electrónica, con criterio de progresividad, esto es, proporcionalmente mayores para quienes cuentan con más renta o capacidad de pago, sin cuotas moderadoras ni copagos de las personas en el momento de requerir atención, y asignados de manera descentralizada, según los territorios de salud definidos según los criterios establecidos en la presente Ley y con destinación específica. La reglamentación del FUSESA estará a cargo del organismo rector del Sistema, de propuesta elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en especial, en los aspectos relacionados con los límites, condiciones y criterios de inversión.
- 8.3 Administración de los recursos para atención integral de enfermedad general, accidentes de tránsito y riesgos profesionales de manera descentralizada, con base en los territorios de salud establecidos por la presente Ley, a través de la creación de entidades administradoras de fondos territoriales de seguridad social en salud (AFOTESA), que integrarán los recursos asignados por el FUSESA con los propios de los entes territoriales para la salud, con criterio público, transparente y estricta vigilancia y control sobre su uso y destinación, sin intermediación financiera y orientadas hacia el goce efectivo del derecho a los bienes y servicios de salud que se requieran con necesidad y a la superación de la inequidad, la exclusión y la discriminación en salud. Las secretarías departamentales y municipales de salud podrán constituirse en AFOTESA, según la reglamentación que expida el organismo rector del Sistema.
- 8.4 Prestación de servicios de carácter mixto, con criterio de complementariedad entre instituciones estatales y privadas, basada en el

concepto de atención integral, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con redes integradas de servicios de salud (RISS) según necesidades de las poblaciones en los territorios sociales, orientadas por parámetros de oportunidad, eficiencia, eficacia, calidad y equidad, y sustentadas en la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS), como puerta de entrada al sistema, vínculo entre los servicios de salud y las personas, las familias y las comunidades, y articulación intersectorial para la vida saludable, con plena participación de las personas, las familias y las comunidades en las decisiones institucionales y en la construcción social de la salud. Las AFOTESA serán las encargadas de integrar estas redes de servicios, a través de formas explícitas de presupuestación de la nómina de la red pública y contratación de servicios que estimulen el cumplimiento de los principios rectores del derecho fundamental a la salud. Se prohíbe el monopolio privado en la prestación de servicios de salud. El organismo rector del sistema reglamentará los mecanismos específicos para la integración y organización de la prestación de servicios.

- 8.5 Organización del trabajo en todo el Sistema con base en el concepto de trabajo digno, con estabilidad y calidad, y con garantía del ejercicio de la autonomía profesional, autorregulación y educación continuada.
- 8.6 Articulación del sistema de salud a las políticas de evaluación tecnológica en salud y de regulación de precios de medicamentos, insumos y equipos en salud.
- 8.7 Articulación del sistema de salud al sistema de educación, por medio de políticas de formación en salud, tanto informal como formal en todos sus niveles, atendiendo a las necesidades poblacionales en salud, a la dinámica global del conocimiento en salud y al desarrollo intercultural, en ejercicio de la soberanía nacional.
- 8.8 Articulación del sistema de salud al sistema de ciencia, tecnología e innovación que atienda a las necesidades de salud, las capacidades acumuladas de las comunidades científicas y del sector en su conjunto, así como a la dinámica global con criterio de soberanía y desarrollo autónomo del conocimiento, la tecnología y la innovación.
- 8.9 Definición de un sistema integrado único y público de información en salud, que permita registrar con precisión los diagnósticos e intervenciones realizadas a cada uno de los usuarios del Sistema y contar con los insumos necesarios para la definición de la política pública territorial y nacional en salud y seguridad social.

Parágrafo 1. Sobre la independencia de la capacidad de pago. Para la garantía del derecho fundamental a los bienes y servicios de salud que se requieran no es necesario demostrar capacidad de pago ni ser identificado como persona pobre por sistema de información alguno.

Parágrafo 2. De las prestaciones económicas. El organismo rector del Sistema reglamentará las prestaciones económicas vinculadas con enfermedad general, maternidad, accidente de trabajo y enfermedad profesional, como parte del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud (SUDSSS).

Parágrafo 3. Sobre la autonomía profesional. El Estado garantiza la autonomía de los profesionales de la salud, quienes establecerán los servicios que se requieran con necesidad en cada caso, con base en el conocimiento disponible y el criterio profesional establecido en cada momento y contexto particular, siempre en el marco de los mecanismos de autorregulación de las profesiones de la salud, establecidos en su correspondiente deontología profesional. Las guías de atención que surjan de ejercicios de Medicina Basada en Evidencia (MBA) o del cálculo de costo-efectividad no constituyen obligación para los profesionales de la salud, a menos que se trate de protocolos estandarizados necesarios para la garantizar el mejor resultado posible a las personas.

Parágrafo 4. Límites del derecho a los bienes y servicios de salud que se requieren con necesidad. Por no hacer parte efectiva de la garantía del componente 2.12 del derecho fundamental a la salud, el Estado colombiano no reconocerá la prestación de los siguientes bienes y servicios de salud:

- a. Aquellos cuya finalidad sea cosmética y suntuaria, no relacionada con una necesidad vital o funcional.
- b. Los procedimientos, medicamentos o insumos que todavía estén en etapa de investigación y que, en consecuencia, no hayan sido aprobados por autoridad competente, en cuyo caso deberán ser cubiertos con recursos del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación.
- c. Aquellos que se presten en el exterior cuando se puedan brindar en el país.

Parágrafo 5. Instancia responsable de aplicar los límites. El organismo rector del Sistema definirá una instancia, denominada Comité Nacional de Resolución de Conflictos sobre el Derecho a la Salud (CONARDES), de composición técnica en los asuntos de salud, jurídicos y financieros, con participación de ciudadanos y ciudadanas representantes de la diversidad cultural y social del país, el cual será responsable de la aplicación de los límites en cada caso concreto. Sus decisiones serán apelables en las instancias correspondientes del poder judicial.

Parágrafo 6. Articulación entre servicios complementarios. Con el fin de garantizar la integralidad de la atención, el organismo rector del Sistema definirá las formas de articulación entre bienes y servicios de atención médica con otros servicios de cuidado en el hogar o en el trabajo que se requieren a juicio del

personal de salud tratante para garantizar la calidad de vida del paciente, tales como acompañante o cuidador, condiciones de comodidad, movilidad, entre otros.

Parágrafo 7. De la organización institucional del sector. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá presentar ante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud la propuesta de reglamentación necesaria para crear o adecuar las instituciones existentes, según los criterios establecidos en la presente Ley en un lapso no mayor a un año.

Artículo 9°. De la rectoría del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud (SUDSSS). La rectoría del Sistema consiste en definir los aspectos reglamentarios de la responsabilidad estatal por la garantía del derecho fundamental a la salud con base en los parámetros establecidos en la presente Ley, formular políticas públicas acordes con este propósito, ejercer el control público para garantizar el buen uso de los recursos y lograr resultados en calidad de vida y salud de las poblaciones. El SUDSSS tendrá instancias colegiadas de rectoría territorial en los ámbitos nacional y territorial. En el ámbito nacional, la rectoría será ejercida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). En el ámbito territorial, la rectoría será ejercida por el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSSS). Habrá tantos consejos territoriales como territorios de salud se definan, según los criterios establecidos en la presente Ley.

Artículo 10°. Composición y funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es la instancia rectora del orden nacional, adscrito al Ministerio de Salud, con las siguientes características:

10.1 Composición. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) estará conformado por 26 miembros de la siguiente manera:

- 10.1.1 Cinco representantes del gobierno nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien presidirá; el Ministro de Hacienda o su delegado; el Ministro de Trabajo o su delegado; el Director de Planeación Nacional o su delegado; el Director del Fondo Único de Seguridad Social en Salud (FUSESA).
- 10.1.2 Dos representantes de las administradoras de fondos territoriales de seguridad social en salud (AFOTESA).
- 10.1.3 Dos representantes del sector empresarial, uno de las grandes empresas y uno de las pequeñas y medianas empresas, elegidos por sus asociaciones.
- 10.1.4 Dos representantes de las centrales obreras.
- 10.1.5 Siete representantes de las organizaciones de usuarios, uno por cada región cultural del país (Central, Pacífica, Atlántica, Eje cafetero, Nororiental, Oriental), y uno de las entidades territoriales indígenas.

- 10.1.6 Dos representantes de las asociaciones de prestadores de servicios, públicos y privados.
 - 10.1.7 Un representante de la Academia Nacional de Medicina
 - 10.1.8 Un representante de las asociaciones médicas gremiales.
 - 10.1.9 Dos representantes de las organizaciones de los trabajadores de la salud, uno profesional no médico y otro no profesional.
 - 10.1.10 Un representante de la Confederación Nacional de Pensionados.
 - 10.1.11 Un representante de las facultades del área de la Salud.
- 10.2 Elección de los miembros no gubernamentales:** los representantes no gubernamentales serán elegidos directamente por las organizaciones correspondientes, mediante procesos democráticos reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en los principios de representatividad, transparencia e imparcialidad.
- 10.3 Invitados:** El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) estará en libertad de invitar a las instituciones o personas que considere convenientes, según las necesidades de la agenda definida para cada sesión.
- 10.4 Período:** Los representantes del gobierno nacional lo serán en virtud del ejercicio de sus cargos. Los representantes no gubernamentales tendrán un período de tres años prorrogables por un período.
- 10.5 Secretaría Técnica:** La secretaría técnica será ejercida por un equipo técnico, no dependiente del Ministerio de Salud, con presupuesto propio, definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social a partir de convocatoria pública, según el reglamento establecido por el mismo Consejo.
- 10.6 Presupuesto de funcionamiento:** el Ministerio de Salud definirá un presupuesto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros y el soporte técnico necesario, así como estrategias de comunicación. Los consejeros no gubernamentales recibirán honorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según reglamento aprobado por el mismo Consejo.
- 10.7 Funciones:** El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) tendrá las siguientes funciones:

- 10.7.1 Adoptar la política pública nacional de seguridad social en salud, con visión de salud pública, con base en la propuesta gubernamental presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 10.7.2 Presentar iniciativas legislativas o normativas a los poderes legislativo y ejecutivo orientadas a promover la calidad de vida y salud de la población, en aspectos que competan a otros sectores de la administración estatal y que incidan directamente en la salud (agua, saneamiento, alimentación, vivienda, educación, ambiente, entre otros).
- 10.7.3 Establecer las reglas específicas de funcionamiento del Sistema, en especial en los aspectos señalados de su competencia en la presente Ley, con base en propuestas de reglamentación presentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 10.7.4 Velar por el buen funcionamiento del Sistema y por el buen uso de los recursos disponibles.
- 10.7.5 Presentar informe anual ante las comisiones séptimas del Senado y la Cámara de Representantes.
- 10.7.6 Adoptar su propio reglamento.

Artículo 11°. De la dirección del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud (SUDSSS). La dirección del Sistema consiste en la gestión y puesta en marcha de las políticas públicas definidas en la instancia rectora por parte del poder ejecutivo en el ámbito nacional, departamental, distrital y municipal. En el nivel nacional, la dirección será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social. La dirección del sistema se expresa en los territorios como la autoridad sanitaria. En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las secretarías de salud, y en el territorio de salud por la Administradora del Fondo Territorial de Salud correspondiente, aunque podrán ser la misma entidad en aquellos municipios, distritos, departamentos o entidades territoriales indígenas que se asimilen a territorios de salud.

Artículo 12° Criterios para definir un territorio de salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) definirá territorios de salud en el país con base en los siguientes criterios:

- 12.1 Municipios mayores de 200.000 habitantes.
- 12.2 Asociaciones de municipios de menos de 200.000 habitantes, según división administrativa provincial o departamental.
- 12.3 Asociaciones de municipios según regiones especiales de interés en salud pública.
- 12.4 Asociaciones de municipios que comparten particularidades étnicas especiales (indígenas y afrodescendientes) y las entidades territoriales indígenas establecidas por la ley.

Parágrafo 1. Concepto previo. La definición de un territorio de salud requiere el concepto previo del Ministerio de Salud y Protección Social, en el cual se presente una valoración argumentada de la capacidad de gestión de recursos de destinación específica por parte de los entes territoriales involucrados y la capacidad asistencial y de organización de redes integradas de servicios de salud (RISS), buscando incentivar las asociaciones entre municipios menores de 200.000 habitantes, en aras de garantizar la equidad y la respuesta integral a las necesidades sociales.

Parágrafo 2. Territorios internos. Los municipios y distritos con poblaciones mayores a 200.000 habitantes podrán crear divisiones internas de su territorio de salud, con el fin de facilitar la organización de la prestación de servicios según necesidades y su integración con otros sectores para el mejoramiento de las condiciones de vida y el goce efectivo del derecho a la salud en todos sus componentes esenciales.

Artículo 13°. Central Única de Recaudo para la Seguridad Social en Salud (CUR-SSS). Créase la Central Única de Recaudo para la Seguridad Social en Salud (CUR-SSS), como establecimiento público autónomo, con patrimonio independiente, adscrito al Fondo Único de Seguridad Social en Salud (FUSESA), cuya función será recaudar todos los aportes de cotizaciones a la seguridad social en salud, el seguro de riesgos profesionales en todo el país y el seguro obligatorio de accidentes de tránsito y girar los recursos al Fondo Único de Seguridad Social en Salud (FUSESA). Esta central contará con diversos mecanismos de recaudo, de tipo electrónico y con un sistema único de identificación de usuarios, basado en la cédula de ciudadanía del afiliado cabeza de familia o, en su defecto, de un documento de identificación avalado por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Artículo 14°. Criterios para el respeto, la protección y la garantía del componente de participación del derecho fundamental autónomo a la salud. Los procesos de toma de decisiones, su ejecución, su seguimiento y evaluación en materia de salud, en el sentido amplio de condiciones de vida para el desarrollo de las potencialidades humanas, deberán contar con la participación activa y vinculante de las personas, las comunidades y sectores sociales afectados. El organismo rector del Sistema definirá las instancias y mecanismos, tanto institucionales como comunitarios, mediante los cuales se garantice este componente del derecho fundamental a la salud (2.13 de la presente ley), teniendo en cuenta los siguientes ámbitos:

14.1 Participación ciudadana y social en la exigibilidad del derecho. Las reglas, mecanismos y escenarios deberán ser suficientes y efectivos para impulsar la exigibilidad del derecho fundamental a la salud, por parte de

las personas y de las organizaciones sociales, tanto en el interior de las instituciones prestadoras de servicios como en las diferentes instancias de inspección, vigilancia y control, y del sistema judicial.

14.2 Participación ciudadana y social en las políticas públicas en salud. El Sistema debe contar con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la intervención informada, activa y efectiva de los ciudadanos y las organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales.

Artículo 15°. Responsabilidad social en salud. Las personas naturales y jurídicas de carácter privado o público tienen responsabilidad social derivada de sus actos cuando estos afecten la salud o las condiciones de vida de otras personas o comunidades o como resultado de la actividad productiva a la cual se dediquen. El organismo rector del Sistema deberá definir el contenido de dicha responsabilidad social a partir del concepto de inocuidad sanitaria y ambiental. En ningún caso el incumplimiento de esta responsabilidad tiene un correlato inmediato en el respeto, la protección y la garantía del derecho como ha sido definido en la presente Ley.

Artículo 16°. Instancias para dirimir conflictos relacionados con el derecho fundamental a la salud. El carácter fundamental y autónomo del derecho a la salud permite el ejercicio de la acción de tutela, además de todos los mecanismos que ofrece la Constitución y la ley para exigir el respeto, la protección y la garantía de este derecho. En todo caso, el Comité Nacional de Resolución de Conflictos sobre el Derecho a la Salud (CONARDES) será la primera instancia para dirimir conflictos específicos sobre la aplicación de nuevos medicamentos, dispositivos, procedimientos o tecnologías para la atención en salud, en especial, cuando exista riesgo inminente de la vida. Las instituciones que participan en el goce efectivo de este derecho deben contar con instancias y mecanismos expeditos para el ejercicio de las reclamaciones y sugerencias que los ciudadanos y ciudadanas requieran.

Artículo 17°. Inspección, Vigilancia y Control. El carácter público de los recursos para la garantía del derecho a los servicios de salud obliga a los organismos de control, en especial de la Contraloría General de la República, a la cuidadosa inspección, vigilancia y control de su aplicación. La Procuraduría General de la Nación conformará una Comisión de Seguimiento del Derecho a la Salud, la cual elaborará un informe anual que será presentado al Congreso de la República sobre las infracciones, violaciones sistemáticas y las dificultades para la aplicación de la presente Ley Estatutaria, con base en los estudios e informes de la Defensoría del

Pueblo y de las personerías. La Inspección, Vigilancia y Control de la prestación de servicios de salud estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPÍTULO III

PERÍODO, DISPOSICIONES DE TRANSICIÓN Y VIGENCIA

Artículo 18°. Período de transición. Con el fin de propiciar la adaptación de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a las disposiciones de la presente Ley, se contará con un período máximo de transición de dos (2) años a partir de su vigencia.

Artículo 19°. Disposiciones transitorias. La transición de los actuales sistemas de salud y riesgo profesionales al Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud (SUDSSS) se realizará con base en las siguientes disposiciones transitorias:

- 19.1 El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), establecido en la presente Ley, se conformará por convocatoria reglamentada por el Ministerio de Salud y Protección Social, durante el primer trimestre de vigencia de la presente Ley.
- 19.2 El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) deberá reglamentar las disposiciones de su competencia durante el primer año de vigencia de la presente Ley.
- 19.3 Las actuales empresas promotoras de salud (EPS) continuarán recaudando los aportes de contribución a la seguridad social, mientras se constituye la Central Única de Recaudo (CUR). Una vez conformada, pasarán el monto de los recaudos que realicen a la CUR, hasta el cumplimiento del período de transición.
- 19.4 Las empresas promotoras de salud (EPS) y las administradoras de riesgos profesionales (ARP) seguirán ejerciendo la función de aseguramiento, hasta el momento de conformación del Fondo Único de Seguridad Social en Salud (FUSESA) y de los fondos territoriales de salud.
- 19.5 Las EPS públicas podrán realizar concurrencia de recursos con los entes territoriales para la conformación de una o varias AFOTESA.
- 19.6 El Gobierno nacional hará un estudio para determinar la deuda que tienen las entidades promotoras de salud (EPS) que como consecuencia de esta Ley deban desaparecer, a fin de establecer los mecanismos para su pago.
- 19.7 El Gobierno nacional asumirá el pasivo prestacional de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, para lo cual hará un corte a los seis meses de aprobada la presente Ley.

Artículo 20°. Vigencia. La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación y derogan todas las disposiciones que le sean contrarias, en particular los libros Segundo y Tercero de la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 07 y 1438 de 2011.