

Bogotá D.C., 3 de octubre de 2023

Honorable Representante  
**ANDRÉS DAVID CALLE AGUAS**  
Presidente  
Cámara de Representantes

**Asunto:** Informe de comisión accidental para la concertación de un texto que será resultado de la elaboración de mesas de diálogo nacional que estarán abiertas a la participación ciudadana, política, organizaciones del sector y demás interesados; donde se de legitimidad de un proyecto tan importante para la salud como lo es la reforma al sistema de salud, Comisión creada mediante Resolución No. 0741 del 19 de septiembre de 2023.

Respetado presidente,

De manera atenta, nos permitimos remitir a su despacho el Informe de la Comisión Accidental para la concertación de un texto resultado de las Mesas de Diálogo Nacional realizadas en torno al Proyecto de Ley No. 339 de 2023 – Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley número 340 de 2023- Cámara, proyecto de ley número 341 de 2023 – Cámara, y el proyecto de ley número 344 de 2023 – Cámara, “Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”, en el marco de los dispuesto la Resolución 0741 de 2023.

La mesa directiva de la H. Cámara de Representantes ordenó conformar dicha Comisión por los siguientes Congresistas:

1. Germán Rogelio Rozo Anís.
2. Gerardo Yepes Caro.
3. Adriana Carolina Arbeláez Giraldo.
4. Martha Lisbeth Alfonso Jurado.
5. Irma Luz Herrera Rodríguez.
6. Camilo Esteban Ávila Morales.
7. Alfredo Mondragón Garzón.
8. Gloria Elena Arizabaleta Corral.
9. Gabriel Becerra Yáñez.
10. Andrés Eduardo Forero Molina.
11. Norman David Bañol Álvarez.
12. David Ricardo Racero Mayorca.
13. Germán José Gómez López.
14. Jennifer Dalley Pedraza Sandoval
15. María del Mar Pizarro García.
16. Julia Miranda Londoño
17. Daniel Carvalho Mejía.
18. Erika Tatiana Sánchez.
19. Ana Rogelia Monsalve Álvarez.
20. Miguel Abraham Polo Polo.
21. Ingrid Johana Aguirre Juvinao.
22. Wilder Iberson Escobar Ortiz.
23. Juan Carlos Vargas Soler.

## 1. TRÁMITE EN PLENARIA

En consideración al trámite legislativo que se adelanta en Congreso de la República del Proyecto de ley que reforma el sistema de salud, y a que en el marco del mismo en Sesión Plenaria del día Miércoles 30 de agosto de 2023, fue discutida y aprobada la proposición principal número 035, suscrita por la Honorable Representante JULIA MIRANDA LONDOÑO, la cual propone la creación de una Comisión Accidental integrada por todos los partidos que conforman la Cámara de Representantes, *“que tendrá como finalidad la concertación de un texto que será el resultado de la elaboración de mesas de diálogo nacional que estarán abiertas a la participación ciudadana, política, organizaciones del sector y demás interesados; donde se garantizaren los principios de participación, consenso y legitimidad de un proyecto tan importante para el país como lo es la reforma al sistema de salud”*

Ahora bien, la Ley 5 de 1992 regula en sus artículos 34 y 66 las comisiones accidentales, su funcionamiento y alcance. En el mismo sentido, la Corte Constitucional en Auto 119/06 aclara los alcances de dichas comisiones:

*“(…) Las comisiones accidentales son órganos designados por (el pleno de una cámara o por las comisiones permanentes) para adelantar una labor específica. Sus competencias derivan de un acto de creación y poseen voluntad propia e independiente sujeta solamente al cometido o finalidad que persiguen y no a la tutela de quien las crea. Las comisiones accidentales están expresamente previstas en el artículo 66 de la Ley 5ª de 1992 para cumplir “misiones y funciones específicas, (...)”*

El numeral 1 del artículo 114 numeral de la ley 5° de 1992, define como proposición principal, la moción o iniciativa que se presenta por primera vez a la consideración y decisión de una Comisión o de una de las Cámaras; lo que sumado a la aclaración de la Corte antes citada, ni la proposición ni la comisión accidental interrumpen o suspenden el trámite del proyecto de Ley en el que quiere ingerir, ni puede suplirlo el trámite o el texto por completo desconociendo la jerarquía de la Comisión Constitucional encargada del estudio del proyecto en su origen.

Que en virtud de lo anterior, esta Comisión Accidental designada por la Honorable Cámara de Representantes y en el marco de su finalidad descrita en la proposición número 035 del 30 de agosto de 2023, *“(…) la cual tendrá como finalidad la concertación de un texto que será el resultado de la elaboración de mesas de diálogo nacional que estarán abiertas a la participación ciudadana, política, organizaciones del sector y demás interesados (...)”*, a sabiendas del trabajo de socialización realizado con anterioridad por los congresistas que hacen parte de la Comisión Constitucional de origen y respetuosos de los resultados y del texto presentado a la Honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, se presenta el informe en el término establecido y dentro del marco constitucional y legal derivado del acto de creación.

## 2. DESARROLLO DE MESAS DE CONCERTACIÓN Y DIÁLOGO NACIONAL Y DE LAS SESIONES DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL

### 2.1 CRONOGRAMA DE LAS MESAS DE DIÁLOGO

La Comisión Accidental decidió realizar cinco (5) mesas de diálogo nacional abiertas a la participación amplia, en modalidad presencial y virtual, organizadas en las siguientes temáticas y fechas:

	<b>Tema</b>	<b>Fecha y hora</b>	<b>Link donde puede ser consultado</b>
1	Gestoras y ADRES: Capítulo III y Título IV	Lunes 25 de septiembre 8:00 am – 12:00 m	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=d4nvLHeOMeM">https://www.youtube.com/watch?v=d4nvLHeOMeM</a>
2	Disposiciones generales y transitorias: Títulos XII y XIII	Lunes 25 de septiembre 1:00 pm - 5:00 pm	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=NStt5eVBmdE">https://www.youtube.com/watch?v=NStt5eVBmdE</a>
3	Políticas y régimen laboral: Títulos VIII, IX, X y XI	Martes 26 de septiembre 8:00 am – 12:00 m	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=D9QzqiWgVaY">https://www.youtube.com/watch?v=D9QzqiWgVaY</a>
4	Sistema de información, participación social, IVC: Títulos V, VI, VIII	Martes 26 de septiembre 2:00 pm – 5:00 pm	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=D9QzqiWgVaY">https://www.youtube.com/watch?v=D9QzqiWgVaY</a>
5	Modelo de Salud, Organización del Sistema e ISE: Títulos II – III y Capítulo II	Miércoles 27 de septiembre 8:00 am – 1:00 pm	<a href="https://youtube.com/live/hV1a4gPJy2k?feature=share">https://youtube.com/live/hV1a4gPJy2k?feature=share</a>

### 2.2 CRONOGRAMA DE LAS SESIONES DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL SOBRE LAS MESAS DE DIÁLOGO

La Comisión Accidental decidió adelantar una serie de sesiones para revisar el contenido de las Mesas de Diálogo Nacional, las proposiciones coincidentes presentadas por congresistas, así como las consideraciones técnicas y políticas, con el objetivo de presentar el informe final de actividades en cumplimiento de la Resolución No. 0741 del 19 de septiembre de 2023, para lo cual le fue concedida por la Mesa de Directiva de la Cámara de Representantes prórroga en la Resolución No. 0793 del 30 de septiembre de 2023 hasta las 2:00 pm del martes 3 de octubre de 2023. Las sesiones de discusión transcurrieron en las siguientes fechas:

	<b>Tema</b>	<b>Fecha y hora</b>
1	Reunión de planeación - cronograma de reuniones	Miércoles 27 de septiembre 2:00 pm - 4:00 pm
2	Política farmacéutica, de investigación y formación; régimen laboral: Títulos VIII, IX, X y XI	Jueves 28 de septiembre 8:00 am - 2:00 pm
3	Sistema de información, participación social, IVC: Títulos V, VI, VIII	Jueves 28 de septiembre 2:00 pm - 6:00 pm
4	Gestoras y ADRES: Capítulo III y Título IV	Viernes 29 de septiembre 8:30 am – 6:00 pm
5	Gestoras y ADRES: Capítulo III y Título IV	Lunes 2 de octubre 8:00 am – 12:00 pm

	<b>Tema</b>	<b>Fecha y hora</b>
1	Reunión de planeación - cronograma de reuniones	Miércoles 27 de septiembre 2:00 pm - 4:00 pm
5	Modelo de Salud, Organización del Sistema e ISE: Títulos II – III y Capítulo II	Lunes 2 de octubre 2:00 pm – 5:00 pm
6	Disposiciones generales y transitorias: Títulos XII y XIII	Martes 3 de octubre 8:00 am – 12:00 pm

### **3. CONCLUSIONES DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL**

La Comisión Accidental decidió realizar una serie de sesiones para revisar el contenido de las Mesas de Diálogo Nacional, de las proposiciones coincidentes presentadas por congresistas y entregadas por la Secretaría de la Cámara de Representantes, así como las consideraciones técnicas y políticas. Las decisiones tomadas por la Comisión Accidental se resumen de la siguiente manera:

#### **3.1 DECISIONES DE LA COMISIÓN**

La Comisión Accidental logró acuerdo en todos los artículos de los Títulos VIII, IX y X, correspondientes a la Mesa 3: Política farmacéutica, de investigación y formación; régimen laboral.

La Comisión Accidental no abordó los artículos del 113 al 119 del Título XI.

La Comisión Accidental logró acuerdo en todos los artículos de los Títulos V, VI, VII y VIII, correspondientes a la Mesa 4: Sistema de información, participación social, IVC

La Comisión Accidental logró acuerdos en los artículos 48, 49, 52 y 54 del Capítulo III del Título III, de la Mesa 1: Gestoras y ADRES

La Comisión Accidental tuvo desacuerdos en los artículos 50 y 53 del Capítulo III del Título III, de la Mesa 1: Gestoras y ADRES

La Comisión Accidental logró acuerdos en los artículos 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 73, 74 y 75 del Título IV, de la Mesa 1: Gestoras y ADRES

La Comisión Accidental tuvo desacuerdos en los artículos 63, 69 y 71 del Título IV, de la Mesa 1: Gestoras y ADRES

La Comisión Accidental logró acuerdo en los artículos 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 15, 16, 17 y 21 del Título II, de la Mesa 5: Modelo de salud, Organización del sistema e ISE

La Comisión Accidental tuvo desacuerdos en los artículos 9, 12, 13, 14 y 31 de los Títulos II, de la Mesa 5: Modelo de salud, Organización del sistema e ISE

La Comisión Accidental no abordó los artículos 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26 y 27 de los Títulos II, de la Mesa 5: Modelo de salud, Organización del sistema e ISE

La Comisión Accidental no abordó los artículos 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46 del Títulos II, ni el Título I.

Los acuerdos se manifestarán en proposiciones que esta Comisión le sugiere acoger a la Honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, algunas de estas radicadas por los Congresistas previamente a la conformación de la Comisión y otras elaboradas durante su deliberación.

Los detalles de estas decisiones se encuentran en el punto 5 de este informe.

Las Honorables Representantes Julia Miranda, Catherine Juvinao y Jennifer Pedraza dejaron constancia sobre la necesidad de establecer la responsabilidad frente a las quejas de los ciudadanos en cada nivel de atención, sin embargo, no lograron acuerdo en la redacción.

La Honorable Representante Julia Miranda presenta documento (anexo) con sus consideraciones sobre la Reforma a la Salud.

La Honorable Representante Ana Rogelia Monsalve Álvarez deja constancia en relación con el artículo 123.

La Honorable Representante Irma Luz Herrera deja constancia que no ve recogidas sus propuestas de fortalecimiento de IVC, ni de veeduría, no solo de los dineros de la salud sino de la prestación integral y de calidad de los servicios.

Los Honorables Representantes Carolina Arbelaez, Andrés Forero y Miguel Polo Polo expresan diferencias de fondo sobre el proyecto ley, en relación a no especificidad la gestión de riesgo en salud en cabeza de las Gestoras – Prestadoras, adicionalmente manifestaron preocupaciones en casi totalidad de los temas abordados, los partidos políticos que representan se apartan de los acuerdos y de apartan de la reforma por lo tanto no suscriben el presente informe.

#### 4. MEMORIAS DE LAS MESAS DE DIÁLOGO NACIONAL

##### 4.1 SÍNTESIS DE LA MESA 1: GESTORAS Y ADRES, CAPÍTULO III Y TÍTULO IV

	<b>Organización</b>	<b>Síntesis</b>
1	Iván González de la <i>Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI-</i>	El PL subsidia la oferta en los CAPS y a las Gestoras de Salud y Vida les deja 19 funciones. En evolución de EPS, se pueden quedar sin funciones reales. Gestoras conserven las cuatro funciones centrales del aseguramiento. Preocupaciones: el estado de las capacidades de CAPS existentes y nuevos y la fragmentación de actores y responsabilidades en las distintas escalas. Apoyan propuesta de fortalecimiento de APS y red hospitalaria pública.
2	Néstor Eduardo Gómez de <i>SCARE</i>	El PL propone un sistema con multiplicidad de actores, funciones y responsabilidades que puede llevar a la fragmentación. Gestoras deben seguir siendo administradoras para garantizar integralidad e integridad de la red. La ADRES debe seguir fortaleciendo sus capacidades. Propone aumentar el porcentaje de cotización de los trabajadores. Incluir mecanismos de control de gasto eficaces. Se recomienda asignación precisa de la gestión del riesgo financiero. Prioridad al saneamiento de las deudas con ex trabajadores afectados. Deudas de EPS liquidadas se van a pagar a prestadores públicos, ¿qué pasa con los prestadores privados afectados?

3	Everaldo Lamprea <i>Asocapitales</i>	Énfasis en determinantes de la salud y en concreción de medidas para el derecho fundamental. Importancia de la apuesta de territorialización. El PL tiene énfasis en departamentos y distritos, indefinición del rol de las ciudades capitales. Gestoras de Salud, deben mantener un rol más relevante/protagónico. Se busca fortalecer APS y red hospitalaria, queda vacío en materia de financiación de nuevas entidades públicas a nivel territorial. Avance hacia el régimen de insolvencia en salud, específico de las EPS.
4	Gloria Elena Quiceno de <i>Asociación de Usuarios de Sanitas, entre otras</i>	Se necesita un aseguramiento privado y mixto, con una real competencia y libre elección. La salud es diferenciada según condiciones de salud, geográficas y económicas. En especial para pacientes de enfermedades crónicas. La ADRES se constituya como aseguradora estatal igual a las EPS. Existe un problema con las IPS privadas que no serían salvadas por el Estado. El PL retoma la prestación pública de servicios en los hospitales, que sean también de alta complejidad.
5	Mario Esteban Hernández de la <i>Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES Colombia)</i>	El arreglo institucional de la Ley 100/1993 es muy particular: un sistema financiado con recursos públicos; con una ADRES para mancomunar recursos, conservando la entrega del flujo a entidades intermediarias que no son aseguradoras. La UPC no es una prima sino una transferencia a cambio de un plan de servicios. Las EPS no han asegurado a la población y han trasladado riesgo financiero al Estado, a las IPS, a los trabajadores y a los pacientes con barreras de acceso. El PL desarrolla la ley estatutaria, especialmente con la función de ADRES como pagador único y la transformación de las Gestoras. La atención seguirá siendo pública, privada y mixta.
6	Mario Cruz de <i>ACEMI</i>	El modelo propuesto elimina el concepto de aseguramiento y sus aspectos básicos. Las gestoras no son EPS, porque no aseguran, quedan como asistentes administrativos. Sus funciones quedan disgregadas en otras entidades y actores, haciendo que no haya responsables. Se le piden resultados a EPS pero sin las herramientas de contratación no lo lograrán. Preocupa la posibilidad de que se elimine la gestión del riesgo financiero del pago por evento y los controles de gasto de las autorizaciones.
7	Juan Pablo Rueda, <i>presidente de Sanitas</i>	Preocupación por fragmentación de niveles de complejidad. Se debería mantener integración de redes, coordinación y gestión por las EPS. Las funciones de gestión de riesgo en salud, quedarán dispersas entre los actores, logrando malos resultados. Riesgo financiero, involucra problemas que hoy no tienen solución, como insuficiencia y problemas de distribución. Reconoce que las EPS no son aseguradoras pero igual pierden recursos. Con el modelo de competencia regulada, la atención y el riesgo sanitario en zonas dispersas ha fracasado.
8	Néstor Álvarez de <i>Pacientes de Alto Costo</i>	Distribución de UPC para APS y mediana y alta complejidad, podría generar rigidez en el manejo de recursos. La evolución de EPS no resuelve las barreras de acceso. La gestión del riesgo no ha existido en Colombia, debería basarse en la planeación de EPS e IPS de los tratamientos de pacientes. Faltan mecanismos para mejorar la calidad y lograr planeación

		de atención. Dejar a las EPS como coordinadoras entre empresas públicas y privadas no es positivo, ellas siguen sin actuar según mandatos legales.
9	Juan Rangel, <i>médico cirujano y paciente</i>	Se debe acabar la intermediación financiera, que se ha vendido como aseguramiento financiero. La ADRES a nombre del Estado, es quien asume los tratamientos de alto costo. Se resalta el artículo 54, que define un pago del 5% por gastos administrativos para las Gestoras de Salud y Vida. Esto cierra la puerta a la apropiación de excedentes de la UPC como utilidades. Se elimina la barrera de acceso de autorización.
10	Ana Maria Soleiby, presidenta de la <i>Federación Médica Colombiana</i>	La Comisión Accidental debe valorar técnica y jurídicamente cómo se viene dando el manejo de las reservas técnicas y la pérdida de recursos públicos a cargo de entidades privadas. Actualmente se tienen recursos suficientes para la operación y las EPS siguen planteando el falso dilema de la insuficiencia de la UPC que se calcula con sus propios reportes y ha sido aumentado de manera exponencial.
11	Carmen Eugenia Ávila de <i>Gestar Salud</i>	En definiciones y ámbito de aplicación de la ley deben estar consideradas las Gestoras. Respecto a los CAPS, preocupa el asunto de la libre elección. Una fragmentación potencial en las funciones y consideran que no es realista que las redes se puedan integrar desde el nivel primario. Proponen que haya un solo responsable en las EPS. El subsidio a la oferta no es viable fiscalmente porque el PL no crea nuevas fuentes de financiación. Las EPS de Gestarsalud, aceptarían el riesgo compartido. No ven necesarias las coordinaciones territoriales de las redes. Debe quedar claro quien habilita las redes. Respecto a la contratación se debe aprovechar las capacidades de EPS
12	Abel Castaño, <i>médico consultor</i>	Observa dificultades como: el desbordamiento del gasto y el empeoramiento de problemas de acceso. La compra abierta en mediana y alta complejidad, en ausencia de contratos selectivos entre ADRES y prestadores, va a disparar la utilización de servicios y va a imposibilitar de establecer controles previos y concurrentes, llevando al aumento de frecuencias de uso, el aumento de niveles de facturación. El PL lleva a que los médicos no tengan controles y sean más generosos con la entrega de servicios. Se debe mantener el pago por afiliado o pago por evento.
13	Clemencia Mayorga, <i>Colegio Médico de Cundinamarca</i>	Fallas en la definición de funciones de Consejos de Salud. Consenso en la prohibición de la integración vertical, sin embargo, se alerta de una nueva integración en la posibilidad de CAPS sean operados por Gestoras. La distribución de cuentas entre la APS y la mediana y alta complejidad puede tener problemas. El giro directo y el papel de ADRES deben conservarse. El PL causa duplicidad de funciones entre gestoras y direcciones territoriales que hay que depurar. En la conformación de redes y contratación, no hay garantías para que los recursos sean suficientes.
14	Patricia Guzmán de <i>Asocajas</i>	Coincide en mejorar el acceso a los servicios de salud. Respecto a la organización, se debe evitar la superposición de funciones que propone el PL. Las Gestoras no son una instancia de aseguramiento, es necesario mejorar las condiciones de representación del paciente. La ausencia de responsabilidad se diluye en el PL, la gestión del riesgo sanitario debería

		quedar a cargo de la Gestora, así como la conformación de las RIIS, inclusive desde la APS. Hay funciones de las gestoras que no estarían cubiertas por el 5% de gastos administrativos.
15	Eduardo Guerrero, <i>Asociación Colombiana de Salud Pública</i>	Tener en cuenta el fortalecimiento de la gobernanza y las autoridades sanitarias territoriales. Las entidades territoriales han perdido función de conformación de RIIS, es importante su participación en articulación de Gestoras y organismos del Estado. Gestoras sin el manejo de recursos financieros es un avance importante en la concertación. La ADRES debe garantizar que los recursos lleguen a las IPS. RIIS tengan unos mecanismos de contratación que lleven al uso racional de los recursos, el pago por tarifas puede implicar aumento de costos en salud. Hay que hacer un esfuerzo financiero para fortalecer lo público. No se acaba el aseguramiento, se mantiene y se amplía a un componente social.
16	Josefina del Hospital Universitario del Valle	El PL refuerza la APS. El fortalecimiento de la ADRES, debe conducir a que se optimicen los recursos y se transparente el manejo de las reservas técnicas que hoy parecen estar en el aire. Se destaca que la reforma pretende prestar atención en territorios rurales e inclusive urbanos, las EPS no han cumplido su misión y han invisibilizado a la población.
17	Nancy de Wilches de la Confederación de Trabajadores de Colombia	El PL plantea el fortalecimiento de APS y la inclusión de los determinantes. Se coincide con la formalización laboral, el trabajo digno y la condiciones de trabajo justas. Se daría garantía de pagos y flujo de recursos que mejoraría la situación financiera. Se necesita un fortalecimiento financiero, así como una ampliación de formación de profesionales. Iniciativa especial para promover las carreras de la salud. Apoyar y proteger la veeduría ciudadana y el control social. Generar estandarizaciones de servicios para evitar abusos.
18	Juan Carlos Giraldo, <i>Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas</i>	El PL debe superar la especialización de roles y la lógica de racionamiento. Sobre las Gestoras, se cree positiva la organización territorial, la articulación de las RRIIS, y el saneamiento de pasivos. Dos años de transición son suficientes. Se plantea que 48 meses es mucho tiempo para planes de saneamiento de pasivos de las EPS. Que quede explícito el alcance del PBS. Se considera que son adecuados los incentivos del 3% adicionales. Las nuevas funciones de la ADRES, son necesarias para la evolución del sistema. Es acertada la reserva técnica como un tipo de reaseguro. El tema tarifario con piso y con incentivos, fomenta un control del gasto. Sobre el pago de acreencias a la red pública, se pregunta qué pasará en la red privada. No se debe limitar el tiempo de transición de enfermedades de alto costo a seis meses. Se debe aclarar el papel de la ADRES en la realización/contratación de auditorías.
19	Álvaro Enrique Molina, <i>mesa de asociaciones de usuarios.</i>	Los trámites administrativos se han vuelto barreras de acceso, así como lo es la corrupción, la atención médica no es resolutive, por lo que se debe empoderar a los médicos. Las acreencias de las EPS liquidadas con varios prestadores deben ampliarse a las IPS privadas y promulga el respeto a los trabajadores y a sus derechos. Es clave el sistema de información unificado, interoperable, público y transparente para promover la mejora en las condiciones sanitarias y financieras.

20	William Robles, de la <i>Pontificia Universidad Javeriana</i>	Mayor claridad a las funciones de los actores del sistema, en algunos casos se traslapan entre ellos, sobre todo entre comités, consejos y autoridades sanitarias. Un mejor desarrollo en cuanto a la participación de los usuarios. Hay acciones en salud relacionadas con la docencia, investigación y articulación social que deberían hacer parte de los incentivos, reconocimientos y pagos. Se presenta una gestión insuficiente de la UPC, debería haberse estimado de cuánto es la brecha entre lo que se debió invertir y lo que efectivamente se invirtió.
21	Fabio Serna, <i>Octava Papeleta por la Salud y la Seguridad Social como Derechos Fundamentales</i>	Frente ADRES y las Gestoras, el Estado debe ser el rector y controlar los recursos públicos, por supuesto a partir de lo que ya existe, sobre todo en prestación. Los recursos públicos de la salud deben cumplir una función de aseguramiento social. Debe haber un manejo público pero en función del bienestar de la sociedad y no del lucro de las EPS. El derecho no es individual, es también colectivo y comunitario y no sólo debe atender la enfermedad.
22	Mónica Urrego, <i>gerente del Hospital San José de Aguadas (Caldas)</i>	Además de enunciar los graves problemas financieros de la red hospitalaria por el crecimiento de las carteras de las EPS. Plantea que el problema es crítico, y la reforma se va a consolidar en 2 años, entonces ¿cómo se van a solucionar los problemas actuales? Propone generar tablas de pago para la cápita, mesas de conciliaciones donde les paguen las glosas.
23	Edgar Quiñones, de <i>Comité de Salud de Santander</i>	Destaca niveles de concertación de la reforma. El sistema funciona con la plata del Estado es decir que asegura ese riesgo. Las EPS realmente no están asegurando, están administrando recursos públicos, porque ellos no ponen un solo peso, ni para capitalizar que no llega ni al 1% los aportes. Las EPS han inventado un mecanismo: no le pagan a los hospitales, buscan maniobras para que las deudas pasen a 180 o 360 días, y entonces tiene que volver el Estado porque se pone en riesgo la prestación del servicio.
24	Jiomar Estefanía Bohorquez, de <i>la Comisión de seguimiento de la Sentencia T-760/2008:</i>	Con la desconcentración del ADRES se vigilarán mejor los recursos, y propone la cualificar los procesos territoriales de la entidad. Luis Jorge Garay hizo la sustentación económica de la reforma que es sólida. Fortalecer a los prestadores, con la promoción y prevención en promedio 4 años la curva epidemiológica va a descender.
25	Gabriel Guarín, de la <i>Mesa de Salud de Antioquia</i>	Reconocimiento de que no es la misma reforma que se radicó al Congreso. Sobre ADRES y Gestoras, hay un cambio conceptual, es necesario un aseguramiento social. Recuperar la autoridad sanitaria en los municipios y departamentos y permitir que organicen el sistema en su territorio y no descentralizar de forma extrema para que se articule en este nivel la conformación de las redes. Se debe fijar una idea clara de la autoridad de la red. Desmontar el concepto de factura y pago por actividad. El talento humano se debe juntar con la formación en la nueva ley de educación.

#### 4.2. SÍNTESIS DE LA MESA 2: DISPOSICIONES GENERALES Y TRANSITORIAS, TÍTULOS XII Y XIII

	Organización	Síntesis
1	<i>Cruz verde</i>	Un gran acierto de la reforma es el reconocimiento de los gestores farmacéuticos independientes. Sin embargo, aún existen algunas preocupaciones sobre ¿Quién le va a pagar a los gestores farmacéuticos? ¿Con quién contratan? ¿Habrá un técnico farmacéutico en cada CAP? ¿Serán objeto de giro directo? ¿Cómo participan en las RIISS?
2	<i>ANDI</i>	La ANDI identifica dos principales dificultades para la transición al nuevo sistema de salud: i) El corto plazo propuesto para la transición y ii) La falta de precisión sobre las responsabilidades de los agentes durante el proceso de transición, los plazos para ejecutar cada etapa del proceso y demás reglamentación de dicho periodo.
3	<i>Colegio Colombiano de Fisioterapeutas</i>	Las organizaciones gremiales de la fisioterapia consideran un gran acierto del PL, el reconocimiento de los colegios profesionales pero solicita que se brinden las garantías para su funcionamiento pleno, es especial frente a las fuentes de financiamiento. Expresan su rechazo a la exclusión a los profesionales de la salud de los programas para la prevención de enfermedades.
4	<i>Unión sindical obrera de la industria del petróleo - USO</i>	Consideran que hay tres puntos de la reforma que pone en riesgo los regímenes especiales: i) el incremento de los aportes al sistema en el art. 7 que impacta su ingreso, ii) la posible pérdida de de rectoría en la convención voluntaria de trabajo por las disposiciones del art. 9 y iii) la mención del magisterio y no de los otros regímenes especiales.
5	<i>Asociación Colombiana de Fisioterapia</i>	Se suman a la intervención número 3 y reiteran que las labores de prevención requieren siempre personal del área de salud
6	<i>ACEMI</i>	La ACEMI señala tres preocupaciones principales frente al PL: i) La eliminación del concepto de aseguramiento en salud y sus conceptos básicos (prima de riesgo control previo, concurrente y posterior del gasto, responsabilidad contingente de las EPS ante eventos de salud, entre otros), ii) La eliminación de los planes complementarios, como con de la eliminación de las EPS, de los que se benefician 1.5 millones de colombianos y iii) El corto plazo propuesto para la transición
7	<i>Gestarsalud</i>	Las disposiciones transitorias se consideran poco realistas e inadecuadas porque: i) el plazo estipulado para la transición es insuficiente, ii) no hay precisión sobre el rol de la contratación ni sobre la forma en que las EPS van a operar durante el periodo.

8	<i>Pacientes de Alto Costo</i>	Se suman a las preocupaciones sobre la falta de precisión en materia de contratación. Se solicita la formulación explícita de las fuentes de financiamiento. Solicitan la revisión de artículos que crean un mecanismo ineficiente de cobros de la UPC. Se rechaza que la reforma pueda incluir salvavidas financieros a las EPS.
9	<i>COLDINSQUI</i>	COLDINSQUI celebra el PL por darle vida a los colegios profesionales al contemplar un cobro equitativo según el número de asociados a cada colegio o consejo profesional. Además, se propone una modificación para incluir a los colegios profesionales y al SENA dentro de las entidades que deben reportar información al OTHS.
10	<i>Octava Papeleta por la Salud y la Seguridad Social como Derechos Fundamentales</i>	Durante los últimos 30 años la ola de políticas neoliberales ha desmontado la capacidad del Estado y privatizado el derecho a la salud, lo que provocó la configuración del sistema en torno a la obtención de rentabilidad financiera y no a la prestación digna y efectiva del servicio a la salud. Se hace un llamado a reconocer la importancia de la reforma y a la necesidad de avanzar en los aspectos que no requieran de una ley ordinaria.  Se solicita que la ley garantice a los cuidadores apoyo en materia de formación y financiación.
11	<i>EPS Sanitas</i>	EPS Sanitas identifica dos principales dificultades para la transición al nuevo sistema de salud: i) El corto plazo propuesto para la transición. Aquí es importante reconocer que para establecer el actual sistema de salud fueron necesarios entre 7 y 12 años. ii) La necesidad de garantizar mecanismos para enfrentar una transición con solvencia que no vaya a generar más deudas e impagos al sistema, es decir, se requiere el saneamiento de las finanzas del sistema que hoy opera para lograr un proceso exitoso de transición.

#### 4. 3 SÍNTESIS DE LA MESA 3: POLÍTICAS Y RÉGIMEN LABORAL, TÍTULOS VIII, IX, X Y XI

	<b>Organización</b>	<b>Síntesis</b>
1	Yuri Geraldine Rodriguez - <i>Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación</i>	La organización se pronuncia principalmente en defensa de los trabajadores del sector salud. Solicitan que en el PL se cree un régimen especial para el personal de salud y un sistema de clasificación y remuneración especial, con el fin de garantizar condiciones contractuales dignas pactadas en contratos de trabajo y remuneraciones justas. Además, se propone la creación de grupos especiales en salud en el Ministerio de Trabajo para la inspección, vigilancia y control en esta materia. También se señala la necesidad de crear pagos de incentivos para profesionales de zonas apartadas y dispersas.

2	Mauricio Echeverry - <i>AssoSalud</i>	El régimen laboral propuesto en el PL genera escalafones no competitivos pues está soportado en la Ley 4 de 1992 y la Ley 617 de 2000. Necesidad de creación de cargos de planta, régimen especial y priorizar el pago oportuno del talento humano. Fundamental la APS y fortalecimiento de CAPS
3	Gabriel Carrasquilla - <i>Academia Nacional de Medicina</i>	Hace falta fortalecer el PL para que sea un sistema sólido en el futuro, en particular sobre los siguientes aspectos: i) Eliminar la intermediación financiera, ii) Garantizar el de la ADRES como recaudador y pagador único, iii) Contemplar medidas de IVC para la política farmacéutica que, iv) Analizar el tema de las redes de prestación pues las Gestoras no tienen claramente definida la coordinación y v) Velar por que se cumplan las disposiciones de formalización en la contratación.
4	Joaquin Velandia - <i>Asociación Colombiana de Sociedades Científicas</i>	Necesidad de avanzar en la reglamentación del régimen especial en salud y establecer soluciones para afrontar las deudas del sistema con los trabajadores, Definir de manera adecuada la autonomía profesional que se ve vulnerada con barreras de acceso en el sistema (medicamentos que las eps no dejan ordenar)
5	Iván Gonzalez - <i>ANDI</i>	La política farmacéutica debe ser una política de estado en salud y no depender del gobierno, el precio nacional de transferencia de medicamentos estaría en contravía a Ley 1751/2015 y podría causar la caída de la producción, adicional, si no se generan condiciones para la llegada de medicamentos se perderá el acceso a los mismos, necesidad de propiedad intelectual de patentes para garantizar seguridad sanitaria y de priorizar la calidad de los medicamentos nacionales. El examen único de admisión va en contra de la Ley 30/1993, por lo que se propone un examen único de habilitación. Inconveniente la autorregulación médica proponen la creación de comités de ética médica externos
6	Néstor Álvarez - <i>Pacientes de alto costo</i>	Alerta de duplicidad en funciones del INVIMA y el Ministerio de Salud y Protección Social con respecto a la política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud. Propone revisar funcionamiento del IES y costos en el presupuesto de la salud y mejores convenios con países productores de vacunas, necesidad de estudios traducidos en el marco de eliminación de trámites ante el INVIMA
7	Maria Doris González - <i>SINDESS Nacional</i>	Inconformidad por la dilatación del trámite legislativo. La crisis presupuestal y sanitaria exige que la reforma y su implementación se aceleren. Se resalta que la reforma recupera la estabilidad laboral y avanza en un sistema único para los trabajadores del sector salud. Frente a esto se solicita que sean revisadas las dificultades que impone la Ley 617 de 2000 para establecer topes salariales en los municipios de categorías 5 y 6.

8	Fabio Serna - <i>Octava Papeleta por la Salud y la Seguridad Social</i>	Las condiciones contractuales actuales benefician a los políticos que someten a quienes trabajan a la entrega o no del contrato. La reforma permite reglas laborales universales, claras y transparentes. El modelo laboral debe corresponder a una idea del derecho al trabajo digno. El régimen laboral debe responder al servicio y perfiles epidemiológicos de la población y se debe garantizar el reentrenamiento del personal.
9	Yolanda Bustos - <i>Sindicato de Asociación Distrital de Auxiliares de Enfermería</i>	Apoyan el régimen especial para los trabajadores del sector salud que garantice todas las prestaciones de ley. En Colombia, el fenómeno de deslaboralización ha conducido a que hoy cerca del 90% de trabajadores esten vinculados bajo contratos de prestación de servicios. Sin embargo, en el artículo 109 del PL no se les otorga a las entidades públicas las competencias necesarias para el sostenimiento de los trabajadores. Se solicita precisión sobre los incentivos laborales y no laborales. Se propone la consideración diferenciada del riesgo del personal de la salud. Se deben brindar garantías al personal de salud en territorios distantes. Se propone la creación de espacios participativos con las bases de trabajadores para hacer seguimiento a la implementación y la evaluación de la reforma.
10	Yolanda Corzo - <i>Sindicato Nacional de la Salud y la Seguridad Social- SINDESS-</i>	La reforma es esencial para garantizar condiciones laborales dignas a los trabajadores del sector de salud y detener el violentamiento de los derechos de los trabajadores.  Se necesitan garantías en materia de formalización laboral, infraestructura, salud mental.
11	Maricela Guerrero Tibatá - <i>ACESI</i>	Necesidad de laboralización con continuidad del personal , incentivos y condiciones para profesionales en la Colombia dispersas. Incapacidad financiera de prestadores públicos generado por la financiación de venta de servicios.  Se requiere un régimen especial para las ESE y hospitales, por dispersión, extramural, y condiciones difíciles de acceso.
12	Ana Soleibe - <i>Federación Médica Colombiana</i>	No hay derechos laborales sin un manejo adecuado de los recursos, con las deudas de las EPS a los prestadores se evidencia el mal manejo financiero, por ejemplo con las reservas técnicas.  Despidos masivos e injustificados sin compensaciones y con impago de salarios, Sector con contratación intensiva que se volvió herramienta para capturar rentas y fortalecer el poder electoral en las regiones.
13	German Bayona - <i>Vicepresidente de la Federación Médica Colombiana</i>	Necesidad del fortalecimiento de la relación médico paciente con el objeto de atender a la persona bajo una concepción holística , La Ley 100/1993 daña esta relación por basarla en un asunto comercial. El trabajador obedece a las relaciones de poder de un tipo de contratación, imponiendo productividad y no una relación basada en la ciencia y la autonomía profesional.

14	Edgar Iván Quiñonez - <i>Comité de Salud de Santander</i>	<p>Se reitera la necesidad de garantizar condiciones de formalización laboral para el personal de salud y se rechazan los contratos de prestación de servicios y sindicales. Asimismo, se insiste en la necesidad de contar con dinámicas claras de ascenso y escalas salariales, entre otras, dentro del régimen laboral.</p> <p>Se debe revisar la restricción que impone el PL a la autonomía médica en suministro de tecnologías, medicamentos e insumos, lo que además recarga el trámite en el paciente.</p>
15	Luisa Fernanda Pérez - <i>SCARE</i>	<p>El régimen especial para el sector no se está contenido en el PL expeditamente. Debe aplicar para el sector público y privado, en el primero se estimará un escalafón adecuado a la formación y la antigüedad, asignación mensual y respeto de derechos adquiridos. En el segundo, un contrato a término indefinido con diferenciación de médicos por sus especialidades y condiciones territoriales. No se debe satanizar la flexibilización laboral, esta sirve para tener en cuenta las condiciones específicas del personal en salud.</p>
16	Cesar Augusto Castiblanco - <i>ACEMI</i>	<p>Se necesita formar alrededor de 9.000 médicos para alcanzar el promedio de la OCDE. El PL tiene una política de formación de talento humano, pero no es suficiente para resolver el déficit. No aborda problemas de concentración y permanencia en regiones y en el país. Frente al examen único de especialistas, se deben tener criterios de equidad a nivel territorial. Régimen salarial ajustado a oferta, formación y dispersión. Incentivos de becas para la formación para todos los niveles de formación.</p>
17	Marcela del Pilar Rodríguez - <i>Asociación Colombiana de Sociedades Científicas</i>	<p>En materia de autorregulación y autonomía médica se reconocen avances. Frente a los Comités de Regulación la vigilancia de costos puede significar una barrera para el acceso en salud. Estos deben ser muy claros, no deben pertenecer a las IPS y se deben aplicar a las RIIS.</p>
18	Nancy Wilches - <i>CTC</i>	<p>La carrera especial para el talento humano en salud, atienda a los perfiles ocupacionales y a la misionalidad del sector. Se necesita proteger y resguardar el talento humano. Un salario digno garantizado con giro directo a las ESE y nuevas ISE.</p>
19	Cecilia Vargas - <i>OCE</i>	<p>El PL busca garantizar a todos los trabajadores de la salud condiciones laborales dignas. Para esto, se requiere: i) una política con criterios para otorgar condiciones laborales dignas y justas, ii) que se establezcan incentivos para atraer al profesional médico de salud a las zonas rurales y iii) que se fortalezcan los perfiles del sector salud. El artículo 108 debe acoger a todos los profesionales del sistema de salud. El articulado debería encargar al Ministerio de Trabajo la rendición cuentas obligatoria sobre esta política.</p>
20	Clara Edalia - <i>SINDESS</i>	<p>Resalta la necesidad de acabar la intermediación laboral y financiera. Se espera que el Estado asuma las cargas prestacionales del talento humano y haga una mayor intervención y vigilancia del manejo de los recursos públicos.</p>

21	Mónica Urrego - <i>Hospital de Aguadas Caldas</i>	Medidas de choque para crisis financiera mientras se discute e implemente la reformas. En materia de formación, el mecanismo de acceso a los posgrados sea por concurso de méritos. Se exige calidad en formación y debidas certificaciones. En vinculación de trabajadores de servicios especialistas, se deben tener garantías de un mejor salario y accesibilidad. Los contratos de prestación de servicios se pasarán a laborales por su misionalidad.
22	Josefina Ayala - <i>Hospital Universitario del Valle</i>	Mayor cantidad de profesionales femeninas. El 80% de mujeres en el sector. Estas mujeres han atendido a la población colombiana en medio de la precariedad y el conflicto armado. Violencias contras las mujeres en el ámbito laboral, incluida la desigualdad salarial. Compromiso del ministerio de trabajo para el desarrollo de políticas para la participación de mujeres en cargos de dirección, entre otras acciones afirmativas. Transición de un nuevo régimen que incluya la mirada de las mujeres.
23	Nancy Molina - <i>Colegio Colombiano de Medicina</i>	La reforma retoma control de recursos, desarrolla la gobernanza, instala la APS y establece un modelo predictivo, resolutivo y preventivo. Oportunidad para recuperar la dignidad de relaciones laborales. Incluir artículo para que el presidente tenga facultades extraordinarias para definir el régimen especial. En formación se necesita incluir a otros especialistas. Debe ubicar mecanismos de vigilancia y control al proceso de formalización. Se debe transversalizar el enfoque de género en materia laboral.
23	José Giovanni Peralta - <i>Sindicato de Médicos de Cundinamarca</i>	En el sector hay trabajadores calificados y cualificados de manera diferencial. Régimen jurídicamente especial por el tipo de riesgos a que están expuestos. 800.000 trabajadores de la salud no están sindicalizados. Exigen una laboralización verdadera como la incluida en el PL. Un régimen especial y una representación de todos los trabajadores.
24	Esperanza Morales- <i>ANEC</i>	Necesidad de construcción del Plan Nacional de Enfermería, la reforma debe incluir esta política en elaboración: i.) condiciones socio-laborales, formalización de trabajadores ii.) riesgos profesionales, iii.) otros aspectos. Enfermeras puedan prestar servicios de asistencia con las debidas garantías laborales.
25	Fabio Melo- <i>CUT</i>	La venta de servicios no permite formalizar a los trabajadores. Se hace una asignación de recursos a las ISE para que asuman la nómina de los trabajadores. Avanza en el trabajo decente definido por la OIT. Para el sector privado, contrato laboral en su integralidad y negociación colectiva plena. La atención prehospitalaria puede congestionar la atención y debe atender al ciclo propedéutico.
26	Estela Páez- <i>Colegio Nacional de Bacteriología</i>	Las entidades territoriales causan que se pierda continuidad con los recambios de personal, esto impide que arranque la APS. El talento humano debe tener estabilidad laboral y un salario digno. Se observan prácticas violentas contra el personal sanitario, debido a las deficiencias de instrumentos e insumos que genera desagravios de pacientes sobre el

		personal. Se deben cubrir los determinantes sociales de la salud para evitar represalias contra el personal
27	Cristian Morales- <i>SINOVAC</i>	Sobre las vacunas producidas en Colombia, que da especial consideración a producción local, el sector se alinea a este propósito, y que se incluya todas las etapas de manufactura según la legislación que aplique. Necesidad de inversión en todo el ciclo de producción.
28	Maria Laverde- <i>ANTOC</i>	Se le solicita a la Comisión Nacional del Servicio Civil que en la carrera administrativa específica para la profesión, no exista indiferenciación que resta oportunidades y calidades. La garantía de estabilidad laboral, se debe basar en la vinculación laboral a término indefinido, la remuneración mínima vital y móvil en función del tipo de trabajo. Incorporar principio laboral único del sector, sin modificar condiciones de regímenes laborales anteriores y convenios colectivos favorables, aplicando la no regresividad. Visibilizar al personal no sanitario.
29	Angelica López- <i>Odontóloga</i>	La salud oral pública es clave en todas las regiones. Necesidad de énfasis en salud autónomo y diferenciado. Aplicación del principio de interculturalidad en salud. Sobre el sistema de información SOS Colombia, que tenga un componente étnico. Garantizar principio de no discriminación en interculturalidad en salud; principio de igualdad en participación ciudadana, y dignidad en el derecho fundamental de la salud.
30	Juan Gonzales- <i>Colegio de Enfermería</i>	La salud mental del trabajador se deriva de condiciones dignas y lugares de trabajo seguros. El trabajador es doblemente victimizado por el prestador. Salud mental contra la fuga de cerebros, ésta inicia desde la academia y el tipo de formación. Frente a los servicios sociales obligatorios, deben ser en proximidad en la medida de lo posible para favorecer redes de apoyo. Acceso prioritario a servicios de atención mental a trabajadores.
31	Camilo Landazabal- <i>Asociación de Médicos Internos y Residentes</i>	Se debe cambiar el modelo financiero para garantizar las condiciones laborales propuestas. El modelo actual conduce a la fuga de cerebros. La reforma recoge el trabajo de décadas de organizaciones sociales y de trabajadores.
32	Jose Villamil- <i>Veeduría FUSISSCO</i>	De manera complementaria a la reforma debe hacerse una reforma a la justicia contra quienes han desviado los recursos de la salud. El PL no tiene suficientes herramientas para hacer IVC. Ojalá se avanzará en la auditoría permanente y concurrente, con apoyo de las veedurías ciudadanas. Los contratos sindicales acabaron con el sistema de contratación. Hablar menos de suficiencia de recursos y más de la vigilancia de los mismos.

33	Estivenson Marulanda- <i>Colegio Médico Colombiano</i>	Actualmente no se puede hacer APS porque los hospitales no están en condiciones y no hay médicos de familia suficientes. Se necesitan 2.500 médicos de familia. Existen 100.000 médicos generales en Colombia con capacidad resolutoria en el 20%. Propone se les capacite en APS y salud comunitaria; aumentar número de médicos familiares; un año de internado con vocación de generalista, motivar estudiantes y médicos para que estudien medicina familiar. Currículo único de medicina familiar y programas de formación continua en medicina familiar. Necesidad de redefinir el acto médico, la autorregulación y la relación médico-paciente.
----	---	---

#### 4.4 SÍNTESIS DE LA MESA 4: SUIP, PARTICIPACIÓN E IVC, TÍTULOS V, VI, VII, VIII

	<b>Organización</b>	<b>Síntesis</b>
1	Narda Carolina Arango - <i>Presidente del Colegio Colombiano de Instrumentación Quirúrgica</i>	Se debe revisar el artículo 44 en cuanto a temas de contratación, frente a temas demográficos, de empleo y laborales en general. Varios artículos no están en armonía con los aspectos laborales de los especialistas. Crear cargos que favorezcan a los especialistas. Crear mecanismos de veeduría y control a los sistemas públicos de información (incluyendo un párrafo para el Min. Tic) Garantizando la interconsulta, telemedicina y citas virtuales. Incluir al instrumentador quirúrgico en la política nacional de dispositivos y nuevas tecnologías.
2	Héctor Fabio Osorio - <i>Sintrahospitalización</i>	Brindar garantías laborales a los trabajadores en condiciones dignas, es decir, contratos laborales, revisar el tema de los OPS.
3	Octavio Gil Gamez - <i>Presidente de COPACOS Distritales</i>	El P.L. debe permitir una participación directa, vinculante, en todos los estamentos del sector salud, como los COPACOS. Los artículos 92 y 93 no recogen lo que es la participación comunitaria en salud. Modificar el art. 31 para incluir a los COPACOS. Se de un término de 6 meses para que se reglamente la participación comunitaria en salud.
4	Felipe Cely – <i>Asociación de Usuarios de Salud Total</i>	En las Juntas Directivas existan representantes de las EPS y de las IPS. Facultades extraordinarias para que se reglamente el artículo 12 de la Ley Estatutaria. Apoyo económico a las asociaciones.
5	Mauricio Torres - <i>Médico UNAL/ Asociación Latinoamericana de Medicina Social</i>	Democratización del sistema y participación en el mismo por fuera del Gobierno, Congreso y EPS. Financiar las estructuras de participación como asociaciones y consejos.
6	Tomás Maldonado - <i>Corporación Latinoamericana</i>	El artículo más importante es el 2. El rector del sistema debe ser el Estado de forma indelegable. Se debe insistir en que las personas deben inscribirse a los Centros de Atención Primarios.
7	César Castiblanco – <i>ACEMI</i>	Progresividad para la implementación de atención de todos los componentes de salud pública. Tener claridad de los roles, información y procesos que estén definidos en el Sistema de Información, teniendo

		claro si es un único sistema o pequeños sistemas operando. Establecer con certeza los roles de los actores del sistema.
8	Iván González – <i>ANDI</i>	Destaca la importancia del SISPRO. Se han invertido muchos recursos para tener un sistema de información robusto, valorando lo que ya existe en materia de control de información. Y Señala que el sistema debe ser interoperable y establecer mecanismos anticorrupción. No está de acuerdo con el artículo 78, ya que tener una historia clínica única nacional, no es una solución, es un problema porque la diferencia de la información en interoperabilidad va a afectar el libre desarrollo al Estado. Existe un riesgo en la centralización de la información, por el costo y cómo rastrear 30 millones de operaciones. Artículos como el 79 resultan inocuos, dado que esas discusiones ya se encuentran superadas, por lo tanto, se solicita eliminar peticiones como medicamentos con códigos de barras, es muy específico. Respecto al artículo 81, se considera un error profundo, el Ministerio de Salud no tiene la capacidad para desarrollar y administrar software. En el artículo 87, se debe incluir un eje anticorrupción y de transparencia.
9	Gloria Elena Quiceno - <i>Asociación de Usuarios</i>	Hace un llamado a la efectiva participación ciudadana, las entidades deben escucharlos. Comenta que el proyecto no tiene plata ni un plan de financiamiento claro, este no debería estar atado al MFMP. Finalmente, comenta que debería existir la libre elección y competencia por lo que debería haber una EPS pública que compita con las privadas.
10	Fabio Serna - <i>Octava papeleta</i>	Se requiere con urgencia un sistema de información abierto, que sea útil para todos los agentes del sistema. Hace un llamado a entender la participación ciudadana como una responsabilidad tanto del Estado como de los ciudadanos, por lo cual se debe brindar capacitación técnica a los ciudadanos para que tengan las herramientas para participar.
11	Néstor Alvarez - <i>Pacientes de alto costo</i>	Se debe contemplar la construcción de una mesa técnica con el MinTIC, el ministerio de salud y otros agentes relevantes para la formulación del sistema de información. Comenta que la asignación presupuestal no es objeto de esta ley sino del PGN. Hace un llamado a que los entes de regulación de garantías para la efectiva participación ciudadana.
12	Betsy Barbara - <i>Fibrosis quística</i>	Respalda y apoya que el encargado del manejo de los recursos públicos sea la ADRES y no las EPS. La salud pública debe estar a cargo del Estado. Además, comenta que la participación también es un esfuerzo que debe venir de parte de los ciudadanos y no solo de las leyes. Celebra que el PL signifique a los trabajadores del sector salud
13	Juan Carlos Giraldo - <i>ACHC</i>	Hace un llamado para que la construcción del sistema de información reconozca todos los desarrollos que hoy se tienen, opere desde la interinstitucionalidad, cuente con un mayor plazo de implementación y tenga un espacio institucional de mayor jerarquía. Es importante definir el rol de la superintendencia en la creación del sistema de control y vigilancia.
14	Patricia Vélez	Solicita avanzar con el régimen especial para los trabajadores de la salud, la creación de una nueva categoría de servidor público del sector salud, considerar la regularidad en materia laboral para la habilitación de las IPS.

15	César Useche - <i>Presidente Asociación de Usuarios y Cuidador Certificado</i>	Reitera la necesidad de hacer una reforma y expone las dificultades con su hijo que padece múltiples enfermedades.
16	Juan Pablo Rueda – <i>Presidente Sanitas</i>	Debe tener un registro de cómo se mueve esa persona en la red, es decir, además de los pasos que legalmente se deben dar para lograr la atención: rutas de atención, es necesario que se establezcan las dolencias y necesidades personales, por ejemplo, a través de la histórica clínica y la facturación electrónica. Información sobre el flujo de recursos. Tienen información desde hace 10 años de todos los asuntos de salud de la población afiliada. Todos quieren un único sistema de información y que sea público, pero debe adicionar transparencia en el flujo de recursos desde el primer hasta el último eslabón.
17	Mauricio Alberto Rodríguez – <i>Sociedad Colombiana de Medicina Familiar</i>	Los congresistas deberían revisar las definiciones de lo que es atención primaria y atención primaria en salud. El sistema de información debe ser abierto, porque esa información debe ser útil a todos los actores del sistema y servir para tomar decisiones. La atención debe ser centrada en el paciente, por eso el mismo Min. Salud ha promovido tener una atención fraccionada por programas. La atención primaria en salud requiere que exista una continuidad entre el “paciente” y quienes lo atienden. La especialidad de medicina familiar es esencial para cualquier modelo de atención primaria.
18	Leidy Tatiana Marques – <i>Red de Intersexuales y hermafroditas</i>	Se integró de forma cuestionable el concepto de intersexual a la comunidad LGBT, porque es un tema biológico más que de orientación o identidad. las EPS no han profundizado en este tema y hacen procedimientos incorrectos.
19	Intervención de Jiomar Estefanía Bohorquez - <i>Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760/2008</i>	Los consejos creados en la reforma a la salud no cuestan, porque no son funcionarios y por tanto no se pagan. recuerda que la Sentencia T-760 de 2008 exige que haya un solo sistema de información, que puede ser por módulos o algunos datos anónimos, pero la Corte ordenó que existiera un sistema único. Levantar el velo corporativo es un avance porque como se ha visto no se puede hacer un seguimiento a los dueños de las empresas y terminan desviando recursos públicos.
20	Polita Navarro - <i>Médico</i>	Es un problema económico, la reforma realmente recae es en el manejo de los recursos a partir de la implementación de un modelo neoliberal y si va a continuar el modelo.
21	Solanyi Mosquera - <i>Gestora para enfermedades huérfanas</i>	No se siente representada ni por FECODE ni por Pacientes Colombia. Con la reforma se mantiene la prestación de estos pacientes con enfermedades huérfanas, es falso que va a hacer una suspensión del suministro de medicamentos. La reforma a la salud busca llegar desde la atención primaria al diagnóstico oportuno sobre todo a sitios alejados de los centros urbanos o los que viven en la periferia.
22	Angélica María López - <i>Cabildo Indígena</i>	Defensa del modelo SOS Colombia con la defensa y recuperación de la territorialidad y tener articulación interinstitucional e indicadores de participación, hacer énfasis en los distritos biográficos y en aspectos como la salud oral. Además de fortalecer y promover un sistema de información que incluya la traducción a lenguas indígenas.

#### 4. 5 SÍNTESIS DE LA MESA 5: MODELO DE SALUD, ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA E ISE, TÍTULOS II, III CAPÍTULO I Y II

	<b>Organización</b>	<b>Síntesis</b>
1	Pedro Pineda - <i>Asociación usuarios Salud Total</i>	Inquietud respecto a la posición de los pacientes con enfermedades huérfanas, costosas y de avanzada edad, ya que no se ha explicado qué va a suceder con la continuidad de los tratamientos como cáncer, diabetes, entre otros y aquellos que requieren insumos médicos.
2	Juan Pablo Rueda - <i>Presidente Sánitas</i>	Se refiere a seis elementos que debe mantener el modelo de salud: 1. Acceso equitativo para las Zonas Aisladas; 2. Flujo directo y oportuno de recursos hacia los actores; 3. Apoyo a la Red pública y dignificación del talento humano; 4. Equilibrio de riesgos que promueva la equidad entre actores; 5. Coparticipación en el desarrollo de redes e infraestructura; 6. Cuidado integral que inicia en los CAPS.
3	Fabio Serna - <i>Movimiento Octava Papeleta por la Salud</i>	El Estado aporta 90 billones de pesos al año al sistema de salud. Ese gasto en salud permitió el aumento de tecnologías, pero a su vez ese incremento producto de la Ley 100 ha sido funcional a la corrupción y a la politiquería y ha generado costos sociales y económicos altísimos. Apoyan el Proyecto de reforma porque pasa a una lógica de cooperación no de competencia, tal y como plantea la ley estatutaria; en síntesis obliga a diseñar estrategias encaminadas a prevenir el surgimiento de enfermedades y a afectar los determinantes sociales de la salud. Sin infraestructura pública no hay derecho a la salud, sin embargo, destaca la participación privada en el sistema y el papel que ha jugado la Superintendencia.
4	Román Restrepo - <i>Universidad de Antioquia</i>	Celebra la reforma pero critica aspectos como la falta de claridad en los conceptos de atención primaria en salud y primer nivel de atención en salud, como ejemplos. Indica que los aspectos más técnicos no deberían estar en la ley sino en el reglamento. Se destaca la acción sobre determinantes sociales de la salud; pero los determinantes son asuntos fácticos, no son objeto de definiciones reglamentarias o jurídicas, pues dependen de las condiciones de vida dependiendo de las características geográficas. Manifiesta que es necesario especificar el enfoque territorial a partir de las direcciones regionales o departamentales las construyan de acuerdo a su realidad y que hay una proliferación de consejos e instancias y puede ser confuso finalmente extraña que la reforma no tenga una declaración de principios.
5	Néstor Álvarez - <i>Organización de pacientes</i>	No se comparte la división de la UPC en primer, segundo y tercer nivel. El PL no ha comprobado que el costo de administración vaya a ser menor que el actual. No se puede empezar un nuevo modelo sin un nuevo sistema de información. Las EPS no se pueden quedar haciendo lo mismo. Es clave hacer de verdad gestión del riesgo.
6	Ana Soleibe Mejía - <i>Federación Médica Colombiana</i>	El PL ha sido estudiado, es responsable, con estudios económicos de Luis Jorge Garay, es decir tiene sustento técnico y financiero. Quienes hablan del gran sistema no se refieren a las desigualdades regionales y de grupos sociales. el impacto que esta desigualdad ha tenido sobre niños de diversas regiones. la pérdida de vida y salud alrededor de las condiciones económicas y laborales.

7	Iván González – <i>ANDI</i>	<p>Qué les gusta de la reforma: Atención Primaria. Les preocupa: la eliminación de la intermediación financiera; con la reforma se le va a pasar a los CAPS; ii) el cambio en el modelo de aseguramiento; el aumento del gasto de bolsillo, poner en riesgo la capacidad de clínicas privadas, desincentivar la calidad y desordenar contractualmente el manual tarifario, cambios en rutas de acceso para pacientes, fragmentación de servicios, centralidad de compras, aumento funciones de ADRES. En los arts. 9 y 10 se están acabando 30 EPS para crear 2.500 CPAS. Se critica la falta de libre elección. Se debilita el sistema de referencia y contrarreferencia. No tiene sentido que el CAPS intervenga sobre determinantes sociales de la salud y el art. 14 no es operativo, funcional ni lógico.</p> <p>Todo lo que se busca ya está en el plan decenal de salud colectiva, Preocupación con operación actual del sistema, podría parar en febrero o marzo del próximo año. Estatizar la salud a través de CAPS será un salto al vacío, no hay forma de darle esas funciones de un momento a otro. En 30 años se ha construido mucho en cultura institucional y por ello la invitación es a buscar un punto de unión. Si el gobierno logra consensuar una reforma puede ganar la ciudadanía.</p>
8	Gonzalo alberto Vélez - <i>Asmedas Antioquia</i>	Se quiere llamar la atención sobre el modelo de atención, en especial la predictibilidad; para ello el sistema de información debe construirse rápidamente. Las EPS que se conviertan en gestoras pueden aportar elementos en materia de caracterización de la información y en la construcción de las redes integradas. La situación crítica de eps y hospitales pone en el radar la declaratoria de una emergencia social. El gobierno debe intervenir.
9	Diana Rocío Gómez - <i>Corporación Red Somos</i>	Es importante mencionar el trabajo de inclusión de las organizaciones comunitarias en la reforma a la salud, en especial en las zonas rurales y dispersas. las organizaciones comunitarias han logrado llegar a esas zonas.
10	Karol García - <i>Laboratorio clínico</i>	Le preocupa en la reforma el papel de los profesionales independientes en el nuevo sistema de salud. Se deben utilizar los recursos disponibles y este tipo de instituciones con capacidad técnica, en el marco del nuevo modelo de salud, pues se han generado oportunidades laborales y de bienestar. Existe inquietud alrededor de estrategias para hacer sobrevivir al profesional independiente que presta servicios de salud.
11	Carmen Eugenia Dávila - <i>Bienestar salud</i>	En el texto no resulta claro qué son realmente las redes y quiénes las conforman, quién las avala y quién las habilita. Las redes tienen que ser por acuerdos de voluntades, contratos, acuerdos de servicios. ¿Quién es el responsable del transporte del usuario? hoy es la EPS con cargo a la UPC. En la reforma no está claro quién va a tener la responsabilidad. Igual pasa con los medicamentos, suministros, entrega y disposición, falta claridad. Se debe precisar si va a incrementarse la financiación: oferta, infraestructura, aumento de la UPC, existen los recursos para todo ello al mismo tiempo? Se necesitan más fuentes de financiación. Cuando no hay suficiente oferta para garantizar servicios, la territorialización no puede afectar el acceso.
12	Julián Mauricio Pedraza - <i>ACESI</i>	Coinciden en los aspectos que tiene la reforma, en especial en el carácter de predictivo, y resolutivo del modelo; se requiere fortalecer el sistema de información. Los hospitales públicos están en crisis por deudas. Hay deudas por 8.5 billones de pesos y aun así siguen

		operando. Hay distribución inequitativa de los recursos. La UPC debería llegar en mayor proporción a la red pública hospitalaria. Hoy los hospitales no tienen cómo pagar oportunamente a sus funcionarios; la red pública jugó un papel clave en el manejo de la pandemia. Se necesita una transformación de los hospitales en ISE, con capacidad resolutoria, capacidad para resolver en el territorio, tener equipos. Las redes son importantes pero hay que revisar a que se pueda dar una nueva integración vertical gracias a las redes. Las cooperativas podrían ser las gestoras farmacéuticas en los territorios.
13	Herman Bayona - <i>Emermédica</i>	El sistema está lleno de barreras tienen que ver con la red actual, para poder hacer contención del gasto. La clave es disminuir las barreras de acceso y agilizar el servicio.
14	Gabriel Jaime Otálvaro - <i>Facultad Nacional de Salud Pública UDEA</i>	La atención primaria es central en la transformación del modelo medicalizado, es el caso de Colombia. La salud va más allá de los hospitales, vida cotidiana, cómo se trabaja, cómo se vive, cómo se consume. estar cerca de donde la gente vive, trabaja o estudia. Actuar sobre los determinantes sociales de la salud, y humanizar al trabajador de la salud. La investigación muestra que los modelos de atención primaria son mapas equitativos y mejores resultados de salud.
15	Gloria Quiceno - <i>Asociación usuarios de Sánitas</i>	Caso Quibdó. Hay tres EPS, una de ellas intervenida por la Superintendencia. El problema es que hoy no hay cómo pasar pacientes a otra EPS cuando se liquida. Sanitas ha recibido dos millones de pacientes y esto es imposible. ¿Cuál es el territorio de Quibdó con esta reforma? es Medellín, eso no lo resuelve la reforma, porque no está claro quién va a construir los hospitales, ni el sector público ni el privado va a construir.
16	Mario Cruz - <i>ACEMI</i>	Múltiples publicaciones que le dan un muy buen puesto de calificación al sistema de salud colombiano. No cree que el papel del estado sea limitado en el sistema, define el plan de beneficios, define la prima de riesgo, los ingresos, recauda y gira los recursos, habilita los aseguradores, inspecciona, vigila y controla a las eps, define los estándares de prestación de servicios y reglas de calidad. Solo 1 de cada 6 hospitales tiene publicada la hoja de vida de los gerentes. Esto no se ve traducido en mejores servicios a prestar. En 150 hospitales del país, no hay servicios básicos habilitados, esto dice mucho de las posibilidades de los hospitales públicos.
17	Mario Hernández - <i>Escuela Latinoamericana de Medicina</i>	En Colombia se le entregan los recursos públicos a aseguradores comerciales. de ahí en adelante viene control del gasto para obtener ganancias, integración vertical, limitación de la acción del estado en el territorio, destrucción de la red pública. Lo que propone la reforma es revertir esto, para recuperar las redes, incluir los determinantes sociales de la salud. La atención primaria debe ser territorial no individual, construyendo vínculo entre profesionales y las comunidades. Hay que llegar al fondo de los valores de lo que está en juego, recuperar el papel del estado como garante de derechos.
18	Ángela Pérez - <i>Sies Salud</i>	El perfil epidemiológico muestra que en diez años no van a desaparecer las enfermedades crónicas sino que su incidencia va a aumentar. por ello debe evaluarse cómo atenderlos. El sistema cuenta hoy con un acervo normativo, científico, que permite hacer desarrollos y curvas de aprendizaje para atención de personas con enfermedades crónicas y de alto costo. requiere equipos multidisciplinarios para diagnóstico

		temprano, oportuno. Los 30 años de historia del sistema de salud nos permite lograr que el impacto financiero a las familias sea mínimo; la primera invitación es acoger estos aprendizajes porque al no reconocerlos. no se puede pretender que los pacientes busquen un nuevo médico, es necesario definir claramente mecanismos para atención.
19	Betsy Rueda - <i>Pacientes de alto costo</i>	Llama la atención sobre el espíritu que es desarrollar la ley estatutaria. acompaña la reforma porque realmente garantiza el derecho a la salud. Para pacientes de alto costo se va a seguir garantizando la atención con la reforma. Hace un llamado a dejar de dilatar el debate de la reforma.
20	James Benítez Ortíz - <i>Enfermero eje cafetero</i>	La reforma al sistema de salud, no tiene solo que ver con la salud, sino con los determinantes sociales de la salud. La reforma al sistema implica lo holístico del paciente; en ese sentido, no solo cabe lo técnico, sino también como los determinantes tienen que construirse desde lo que ya hay. Muchas veces no se entiende cómo un paciente se remite a otras instituciones porque la eps tiene contratado con otras instituciones del departamento. No es cierto que exista libre elección en la actualidad. Son los hospitales públicos los que hacen en la práctica la referencia y contrarreferencia.
21	Josefina Ayala - <i>Sisecud</i>	Está de acuerdo con el manejo de los recursos con Adres. es necesario optimizar el manejo de los recursos. En cuanto a la provisión de empleo de los directores de las ISE, es clave que hayan medidas reguladas por fuera de la voluntad de los gobernantes departamentales, hay que evitar el manejo político de estos cargos. Se debe garantizar que los trabajadores de carrera mantengan su estatus, y revisar el tema de los encargos con controles de prórrogas de directivos en estas entidades de salud. art. 42 numeral 4, que se puedan negociar los beneficios de los trabajadores y las necesidades de personal.
22	Ignacio Zárante - <i>Grupo expertos en terapia genética</i>	Terapias avanzadas. han sido aprobadas en Brasil y Chile. se necesitan regular, utilizar vectores virales y no virales para cambiar información genética de personas con enfermedades genéticas (caso vacunas covid). art. nuevo: aplicar la genética en la atención primaria, los médicos generales, ginecólogos, pediatras. Se propone una adición: dentro de la reforma se prevé la llegadas de tecnologías, que no se espere a que lleguen por vía tutela. Crear centros de referencia. y en tercer lugar, incorporar soluciones que están aplicándose en otros países.
23	Angélica María López - <i>Fundación tradición oral</i>	Los sistemas de información no son datos, son territorios. Los territorios requieren soberanía alimentaria y justicia social y eso requiere caracterizarlos.
24	Eduardo Guerrero - <i>Asociación Colombiana de Salud Pública</i>	No puede haber cambio en el modelo de atención, si no hay cambio en el mecanismo de intermediación financiera. Es necesario redireccionar los recursos hacia el primer nivel. Tener logística de fortalecimiento de red pública hospitalaria, subsidio a la oferta y pago digno y oportuno. Tener en cuenta que la reforma debe darle autoridad sanitaria a los territorios.
25	Tomás Maldonado - <i>Cumbre social por la salud</i>	No es cierto que el PL de reforma elimine los controles previos a las EPS convertidas en gestoras. La ley estatutaria dice que no se puede delegar la organización y dirección y control de los recursos. Por ello la reforma propone que el estado controle y dirija las redes integradas

		e integrales de servicios. El problema actual del sistema está relacionado con la inspección del manejo de las reservas técnicas.
26	Nubia Estupiñan - <i>Mesa de Salud de Boyacá</i>	Señala que el sistema actual no fue creado para salvaguardar la vida, sino para asegurar el lucro. no existe atención integral, oportuna y eficiente, por ello se necesita esta reforma a la salud. Los recursos de la salud deben llegar a los verdaderos prestadores de servicios, no debe existir intermediación. Se requiere la dignificación del talento humano en salud, por la tercerización laboral. de igual modo es importante la participación social en el nuevo sistema. Es necesario el desarrollo de infraestructura de segundo y tercer nivel, en el caso de Boyacá, de modo que se disminuyan los tiempos de atención. De igual forma, dotación de equipos de diagnóstico, pues los actuales son obsoletos.
27	Juan Carlos Sarmiento - <i>Asociación unidad productiva duitama personas con discapacidad</i>	La reforma es central para las personas con discapacidad, pues en la actualidad hay barreras de acceso y servicios ineficientes, como rehabilitación, terapia física. Está pendiente de implementarse la política pública de discapacidad.
28	Solanyi Mosquera - <i>Asociación de usuarios de enfermedades huérfanas</i>	El modelo de salud como está planteado en este momento tiene restringida la atención primaria. La atención primaria no puede quedar bajo el capricho del alcalde o gobernador de turno. Es clave estudiar el manejo de los recursos, en especial la eliminación de la figura de los contratos sindicales, que son similares a las antiguas cooperativas de trabajo asociado y eliminar o sustituir los contratos de prestación se servicios pues esto impacta la calidad.
29	Álvaro Molina	Los usuarios necesitan que se construya una reforma consensuada que atienda los problemas de los pacientes en zonas dispersas. Hay acuerdo para defender la dignidad laboral y que se esté en contra del contrato sindical. Se ratifica que se puede complementar el sistema actual con una EPS estatal que fortalezca los hospitales públicos y que no esté sometida a la corrupción.
30	Andrés Aguirre - <i>Exdirector General Hospital Pablo Tobón Uribe</i>	los sistemas fallan por falta de coordinación del cuidado, la atención de mala calidad, corrupción, complejidad administrativa. Hay que cerciorarse de que el nuevo sistema no mine la calidad de la prestación. Los sistemas de salud en el mundo no deben cuidar solo atención primaria, pero el problema central son las enfermedades crónicas dado el proceso de envejecimiento de la población. Es importante conservar las capacidades actuales del sistema.
31	Jiomar Bohórquez - <i>Comisión seguimiento Sentencia T-760</i>	Para quienes han tenido las mejores condiciones el sistema no va a cambiar en términos de prestación. Un ejemplo de ello es que los CAPS también serán privados. La nueva función de los CAPS son una necesidad en materia de resolutiveidad. Las características topográficas y epidemiológicas generan la necesidad de que los caps atiendan cada 20 mil habitantes; en las ciudades no va a cambiar mucho la atención respecto a la forma como existe actualmente, sino en las regiones más apartadas; de otro lado, es necesario avanzar en resolutiveidad y que se desarrolle realmente la ley estatutaria de salud, pues hoy son los jueces quienes definen y ordenan la prestación de servicios.

32	Jhoana Castro - <i>Comité de Salud de Santander</i>	El Hospital va a ser piloto de formalización de trabajadores. Llama la atención sobre cómo la ley 100 tercerizó a los trabajadores de la salud. Existe mucha corrupción en el sistema de salud. La deuda de los hospitales públicos es muy alta, superior a 5 mil millones de pesos, este hospital cubre todo el oriente colombiano, arauca, llanos, cúcuta, catatumbo. Señala que se necesita una reforma a la salud urgente a partir de la experiencia de los hospitales públicos.
33	Patricia Guzmán - <i>Asocajas</i>	Es necesario fortalecer el sistema de salud, en especial en áreas rurales y dispersas, para ello es importante materializar la atención primaria en salud, garantizando los recursos para ello. Es clave fortalecer los centros de atención primaria y la red pública, y fortalecer la gestión de los determinantes sociales, a través de las autoridades sanitarias. Es importante evitar la superposición de funciones en la reforma. Los once componentes de la atención primaria muchos de ellos deben ser responsables las autoridades sanitarias y no las gestoras. es central implementar la política nacional de cuidado. Es necesario modificar la ley 715, para dar mayores recursos a las entidades territoriales como autoridad sanitaria.

**5. CONCLUSIONES EN ARTICULADO  
MESA DE DIÁLOGO # 3**

**TÍTULO VIII: POLÍTICA FARMACEÚTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD**

<b>ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE</b>	<b>RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL</b>	<b>TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL</b>
<p><b>Artículo 95.</b> Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó acoger la <u>proposición sustitutiva</u> que se elaboró y radicó bajo el acuerdo de la Comisión.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b> <i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Julia Miranda - HR Germán Rozo - HR Irma Herrera - HR Norman Bañol - HR David Racero - HR Juan Carlos Vargas 29 septiembre (9:52 am)</p>	<p><del><b>Artículo 95. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social formulará cada diez (10) años, la Política de Ciencias, y Tecnología en Salud, en concordancia con el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y de manera concertada con el Ministerio de Ciencia y Tecnología. La Política de Ciencia y Tecnología en Salud definirá las prioridades de inversión en investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud, según las especificidades territoriales y los recursos disponibles.</del></p> <p><del>El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el monto anual de recursos destinados a la investigación, desarrollo tecnológico e innovación en problemas de especial interés en salud pública, provenientes del Fondo Único Público para la Salud los cuales serán transferidos al Fondo de Investigación en Salud (FIS). Estas fuentes serán complementadas con recursos territoriales, en especial, los que se asignen del Sistema General de Regalías.</del></p> <p><del>El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación concertará con el Ministerio de Salud y Protección Social, las prioridades de investigación a través del comité del FIS y rendirán un informe anual respecto de los recursos recaudados en cada territorio con destino al Fondo de Investigación en Salud, la priorización y destinación de los mismos, así como la ejecución de los recursos del Fondo, el cual será publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</del></p> <p><b><u>Artículo 95. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. Los Ministerios de Salud y Protección Social y Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud formularán cada diez (10) años, la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud.</u></b></p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p><u>El Comité del Fondo de Investigación en Salud – FIS, integrado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y el Ministerio de Salud y Protección Social definirá las prioridades en investigación, desarrollo tecnológico e innovación y la destinación de los recursos provenientes del FIS, en el marco de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación, según las especificidades territoriales, que tendrán como propósito único la financiación de mecanismos de investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud.</u></p> <p><u>El monto anual de recursos provenientes del Fondo Único Público para la Salud, destinados para investigación del Ministerio de Salud y Protección Social, complementado con recursos territoriales, será destinado a la financiación de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación de prioridades de especial interés en salud, definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.</u></p>
<p><b>Artículo 96.</b> Política de Medicamentos, Dispositivos médicos, Insumos y Tecnologías en Salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b> Se acordó acoger la <u>proposición eliminatoria</u>, con observaciones de la HR. Erika Sánchez y la HR. Pedraza, quienes reafirman la necesidad de conminar al Ministerio de Salud a reglamentar lo establecido en la Ley 1751/2015.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p>	<p><del>Artículo 96. Política de Medicamentos, Dispositivos médicos, Insumos y Tecnologías en Salud.</del> El Gobierno Nacional formulará cada cuatro (4) años, con <a href="https://docs.google.com/document/d/1ODq1afjfxMsC3EMmOrG9ewMxp_P69hlu/edit?usp=sharing&amp;ouid=113186485311198999435&amp;rtpof=true&amp;sd=true">https://docs.google.com/document/d/1ODq1afjfxMsC3EMmOrG9ewMxp_P69hlu/edit?usp=sharing&amp;ouid=113186485311198999435&amp;rtpof=true&amp;sd=true</a> seguimiento anual, la política farmacéutica nacional, dispositivos médicos, insumos y tecnología en salud con la participación del Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), El Instituto Nacional de Cancerología (INC) y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS) <u>y el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación.</u></p> <p>La política farmacéutica nacional, de insumos, dispositivos médicos y tecnología en salud tendrá en cuenta, criterios como:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La compra conjunta de medicamentos esenciales.</li> <li>2. El respaldo a la producción nacional de moléculas no protegidas por patente.</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p><i>Proposición eliminatoria</i> 1: HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:26 pm)</p>	<p>3. <del>La protección de moléculas con patentes en los casos que cumplan estrictamente los criterios que corresponden a una invención y sin perjuicio de lo anterior se aplicarán de ser necesario las salvaguardas de salud contenidas en ADPIC, Declaración de Doha, Decisión 486 de la CAN y toda la normatividad vigente relacionada.</del></p> <p>4. <del>La provisión descentralizada según perfiles epidemiológicos territoriales.</del></p> <p>5. <del>La regulación de precios de medicamentos y tecnologías.</del></p> <p>6. <del>La evaluación y regulación del uso de tecnologías e insumos.</del></p> <p>7. <del>Los mecanismos que favorezcan la <b>disponibilidad, accesibilidad, competencia y abastecimiento de medicamentos y tecnologías en salud.</b></del></p> <p>8. <del>La investigación y desarrollo tecnológico <b>y la innovación en</b> de medicamentos y tecnologías esenciales.</del></p> <p>9. <del>La transferencia tecnológica, con estímulos para la producción nacional de medicamentos, dispositivos médicos y tecnologías.</del></p> <p>10. <del>Adelantar programas de formación y educación continua de los trabajadores de la salud. Las autoridades sanitarias municipales tendrán acceso a los insumos y medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades tropicales, a cuyo efecto se establecerá un riguroso control en su dispensación para garantizar su uso exclusivo por prescripción facultativa médica.</del></p> <p>11. <del>Fortalecer los mecanismos que promuevan la fabricación local y la inversión en bienes y servicios de dispositivos médicos.</del></p> <p><b><u>12. Evaluación y mejoramiento continuo de los servicios farmacéuticos.</u></b></p> <p><b>Parágrafo 1:</b> Se fortalecerá el desarrollo, validación y aplicación de métodos alternativos a las pruebas con animales en investigaciones relacionadas con la biomedicina, la producción de fármacos, la producción de biológicos, la salud pública u otros similares, avanzando hacia la eliminación de pruebas con animales para la investigación y/o licenciamiento de productos farmacéuticos, biológicos o tecnológicos para la salud.</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p><del><b>Parágrafo 2:</b> Para garantizar el desarrollo de la política de medicamentos, insumos y tecnologías el Gobierno adelantará un proceso de fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA.</del></p>
<p><b>Artículo 97.</b> Gestión de las Tecnologías aplicables en salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b> Se elaboró y radicó <u>proposición modificatoria</u> para que la financiación sea garantizada por el Ministerio de Salud en su presupuesto, eliminando sujeción a recursos y tiempos del PND. Se acordó acoger otra <u>proposición modificatoria</u> que mejora la redacción.</p> <p>La HR Jennifer Pedraza no suscribe esta modificación</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b> <i>Proposición 1:</i> HR Wilmer Guerrero, HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo</p>	<p><b>Artículo 97. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud.</b> La gestión de tecnologías en salud la hará el Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud - IETS mediante la creación de un Comité <u>Asesor</u> Técnico Científico.</p> <p><b><u>El objetivo del Comité Técnico Científico es orientar la implementación, seguimiento y evaluación de las tecnologías en salud y recomendar al Ministerio de Salud y Protección Social las acciones a desarrollar en materia de gestión de tecnologías aplicables en salud, desde su investigación y desarrollo, regulación, inversión y desinversión.</u></b></p> <p><b><u>El Comité será</u></b> conformado por 5 profesionales con idoneidad debidamente demostrada en la materia, <del>seleccionados de sendas ternas enviadas por las Facultades de Ciencias de la Salud diferentes a medicina y enfermería; de Química o Química Farmacéutica; de Enfermería; de Medicina; y de Ingeniería Biomédica.</del> El Ministerio de Salud y Protección Social determinará la forma de integrar el Comité Técnico Científico y su funcionamiento.</p> <p><b><u>Parágrafo. Los gastos de funcionamiento e inversión del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS, será cubiertos por el Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual deberá destinar y transferir los recursos necesarios de su presupuesto.</u></b></p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucía Velásquez - HR Pedro Suárez Vacca 19 de septiembre (9:01 pm)</p> <p><i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Julia Miranda - HR Germán Rozo - HR Daniel Carvalho - HR Normán Bañol - HR Juan Carlos Vargas - HR Irma Luz Herrera - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón 29 de septiembre (9:52 am)</p>	
<p><b>Artículo 98.</b> Regulación de Precios de Medicamentos.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se elaboró y radicó <u>proposición eliminatoria</u> por resultar redundante con la política vigente en materia.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b> <i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Julia Miranda - HR Érika Sánchez - HR Jennifer Pedraza - HR Germán Rozo</p>	<p><del><b>Artículo 98. Regulación de Precios de Medicamentos.</b> Se regularán los precios de los medicamentos a lo largo de la cadena farmacéutica, para ello se incluirán los precios desde la salida del proveedor mayorista, el margen de distribución y comercialización hasta el usuario final, es decir, la definición de un precio máximo de venta al público (PMVP), respetando condiciones de competencia y mejor acceso a las tecnologías para los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</del></p> <p><del>El gobierno nacional dispondrá de seis meses para reglamentar lo correspondiente, considerando medicamentos esenciales, con prioridad en los aprobados para patologías de alto costo y los de único oferente, contribuyendo a la sostenibilidad y eficiencia del sistema de salud, así como los de mayor rotación y uso dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, atendiendo a lo definido en relación con precios de referencia internacional, comparación de países OCDE y con sistemas de salud afines al colombiano.</del></p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>- HR Daniel Carvalho - HR Norman Bañol - HR Juan Carlos Vargas - HR Irma Luz Herrera - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón - HR Maria del Mar Pizarro - HR David Racero</p> <p>29 de septiembre (9:52 am)</p>	<p><del>El precio de referencia nacional (PRN) será utilizado solo como referencia, no para definir precios en el sistema a menos que haya desviaciones que obliguen a su implementación, según los criterios que determinará la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos</del></p>
<p><b>Artículo 99.</b> Sistema de monitoreo de abastecimiento oportuno de tecnologías en salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó acoger la <u>proposición modificatoria</u> que mejora la redacción del artículo.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b> <i>Proposición 1:</i> HR Wilmer Guerrero, HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucía Velásquez</p> <p>19 de septiembre (9:01 pm)</p>	<p><b>Artículo 99. Sistema de monitoreo de abastecimiento oportuno de tecnologías en salud.</b> <del>Los establecimientos farmacéuticos</del> <b>Los integrantes de la cadena</b> que hagan parte de las redes de suministro de tecnologías en salud serán considerados agentes del sistema y deberán suministrar la información necesaria para hacer seguimiento y garantizar el abastecimiento oportuno de las tecnologías en salud. <b><u>La omisión del reporte de información ocasionará sanciones por la autoridad competente.</u></b></p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
<b>Artículo 100.</b> Vacunas producidas en Colombia.	<b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó aprobar el artículo <u>como viene en la ponencia.</u>	<b>Artículo 100. Vacunas producidas en Colombia.</b> Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia y Tecnología 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, dará especial consideración a los productores locales, según la legislación aplicable.
<b>Artículo 101.</b> Eliminación de trámites ante el INVIMA.	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b> Se elaboró y radicó <u>proposición modificatoria</u> para eliminar la frase “de igual forma, el INVIMA podrá aceptar cuando lo considere pertinente, que los documentos no oficiales y la información técnica de un producto, puedan ser allegados en idioma extranjero”. Se acordó aprobar la <u>proposición modificatoria</u> de forma y precisión conceptual.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Jorge Eliecer Salazar y HR Carlos</p>	<p><b>Artículo 101. <del>Eliminación</del> <u>Racionalización</u> de trámites ante el INVIMA.</b> En los trámites de expedición, renovación o modificación de registros, permisos, notificaciones o autorizaciones sanitarias, así como de expedición de certificados y licencias, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA <del>podrá</del> <b>deberá</b> aceptar documentos públicos de origen extranjero sin el cumplimiento de los requisitos formales de apostilla o legalización, siempre y cuando en el dossier de solicitud, el interesado indique en sitio web de la entidad sanitaria que lo emite <b><u>la cual debe ser de una entidad oficial</u></b>, y el Invima confirmara la autenticidad, <b><u>alcance</u></b> y vigencia del documento.</p> <p>Cuando el documento se haya emitido en idioma extranjero, el Invima admitirá la traducción simple al castellano, bajo la responsabilidad del aportante. <del>De igual forma, el INVIMA podrá aceptar cuando lo considere pertinente, que los documentos no oficiales y la información técnica de un producto, puedan ser allegados en idioma extranjero.</del> La veracidad de esta traducción será también responsabilidad del aportante.</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>Ardila. 29 de agosto (10:09 a.m)</p> <p><i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Julia Miranda - HR Érika Sánchez - HR Germán Rozo - HR Juan Carlos Vargas - HR Irma Luz Herrera - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón - HR Maria del Mar Pizarro - HR David Racero. 29 de septiembre (9:50 am)</p>	
<p><b>Artículo 102.</b> Condonación de intereses por sanciones impuestas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se atendieron recomendaciones del HR Andrés Forero incluyendo tiempos específicos para el pago y de la HR Carolina Arbeláez de decrecimiento porcentual de alivios sobre la deuda en el pago de intereses a mayor demora en el pago. Se elaboró y radicó <u>proposición modificatoria</u>. Se estableció conversación técnica con equipo jurídico del INVIMA precisando el</p>	<p><b>Artículo 102. <del>Condonación</del> Alivio de intereses por sanciones impuestas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima.</b> Las personas que, <del>a la vigencia</del> <u>al 30 de septiembre de 2023</u> de la presente Ley, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima, se les <b><u>brindarán alivios financieros sobre</u></b> <del>condonarán</del> los intereses <b><u>causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b><u>El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.</u></b></li> <li>2. <b><u>El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.</u></b></li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>artículo. Se acordó acoger <u>proposición modificatoria</u> que mejora la redacción.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Jorge Eliecer Salazar. 29 de agosto (10:09 a.m)</p> <p><i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Julia Miranda - HR Érika Sánchez - HR Germán Rozo - HR Juan Carlos Vargas - HR Irma Luz Herrera - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón - HR Maria del Mar Pizarro - HR David Racero 29 de septiembre (9:50 am)</p>	<p>3. <u>El 50% de los intereses de la deuda cuando se realiza el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.</u></p> <p>4. <u>El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la vigencia de la presente ley</u></p> <p><del>cuando realicen el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago en las fechas que el Instituto establezca para tal fin que, no podrán superar el 31 de diciembre de 2024.</del> Dicha reducción solo se concederá sobre los intereses establecidos por la entidad, para el pago de las obligaciones a su favor.</p>
<p><b>Artículo 103.</b> Política de Formación.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b></p> <p>Se acordó acoger dos <u>proposiciones modificatorias</u> sobre enfoque de género y de mejora de la redacción. Se acordó reubicar el artículo</p>	<p><b>Artículo 103. Política de Formación.</b> En desarrollo de la Política Nacional de Talento Humano en Salud-THS, la Formación del THS en los diferentes niveles de educación, tendrá en cuenta los siguientes criterios:</p> <p><b>1.</b> Orientar las prioridades de formación del talento humano en salud según las necesidades de la población para el mejoramiento de su salud y calidad de vida; de acuerdo con las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la Atención Primaria <del>Integral</del> en Salud (APIS) y del Sistema</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>en el Título IX por orden temático, para lo cual radicaron <u>proposición modificatoria.</u></p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Martha Alfonso - HR Támara Argote 15 de Junio (6:35 pm)</p> <p><i>Proposición 2:</i> HR Jose Octavio Cardona León. 19 de septiembre (1:32 pm)</p> <p><i>Proposición de la Comisión Accidental::</i> HR Julia Miranda - HR Érika Sánchez - HR Germán Rozo - HR Juan Carlos Vargas - HR Irma Luz Herrera - HR Alfredo Mondragón - HR David Racero - HR Norman Bañol 29 de septiembre (9:50 am)</p>	<p>de Salud, con enfoque familiar, y comunitario, <b><u>territorial, diferencial y de género.</u></b></p> <p><b><u>2. Generación de incentivos para estudiantes de ciencias de la salud que realicen prácticas en zonas rurales, urbanas y dispersas, con el propósito de reducir las brechas en salud en el marco de la garantía del derecho fundamental e incrementar la disponibilidad del talento humano en salud.</u></b></p> <p><b><u>3.</u></b> Brindar estímulos para la formación de las profesiones y ocupaciones del área de la salud priorizadas.</p> <p><b><u>4.</u></b> Establecer el mecanismo para el ingreso a los posgrados del área de la salud en condiciones de competencia, transparencia y equidad.</p> <p><b><u>5.</u></b> Establecer los criterios para la relación docencia servicio y cupos para los escenarios de práctica formativa.</p> <p><b><u>6.</u></b> Las condiciones de calidad para la oferta de las acciones y la formulación de planes institucionales de formación continua.</p> <p><b><u>7.</u></b> Formación Continua del Talento Humano en Salud la que se comprenden los procesos y actividades permanentes de entrenamiento y fundamentación teórico-práctica, dirigidos a complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas por parte de las profesiones y ocupaciones y que complementan la formación básica de educación superior, o de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH).</p> <p><b>Parágrafo.</b> Para la formulación de la política de THS en lo relacionado con la formación, el Ministerio de Salud y Protección Social, <b><u>se articulará con</u></b> el Ministerio de Educación y el Ministerio de Ciencia y Tecnología y los apoyos del Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Cancerología <b><u>para su realización.</u></b></p>

**TÍTULO IX: POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD**

<b>ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE</b>	<b>RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL</b>	<b>TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL</b>
<p><b>Artículo 104.</b> Examen nacional y único de admisión a las especialidades médicas.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b> Se consultó con Ascofame la redacción correcta para no dejar por fuera algunas especialidades, se elaboró y radicó <u>proposición sustitutiva</u> de la Comisión en conjunto y se acordó acoger <u>proposición sustitutiva</u> para incluir que las IES definan criterios de admisión.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b> <i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Jennifer Pedraza - HR Juan Carlos Vargas - HR Gloria Elena Arizabaleta - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón - HR David</p>	<p><del><b>Artículo 104. Examen nacional y único de admisión a las especialidades médicas.</b></del> <del>Los cupos para acceder a las especialidades médicas se otorgarán con una lista en orden de mérito, mediante un examen único nacional que organizará el Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el Ministerio de Educación Nacional, a fin de garantizar igualdad de acceso democrática a todos los profesionales de la salud que participen de las pruebas y apliquen a las diversas especialidades.</del></p> <p><b><u>Artículo 104. Examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico-quirúrgicas. Para el acceso a los programas de especialización médico – quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico - quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior. Las Instituciones de Educación Superior definirán los criterios definitivos de admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido.</u></b></p> <p><b><u>Los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional, podrán definir la realización de este examen único nacional habilitante para otros programas de posgrados clínicos en salud.</u></b></p>

	<p>Racero 2 de octubre (10:18 am)</p>	
<p><b>Artículo 105.</b> Becas de matrícula para formación posgradual de profesionales de salud, en áreas médico quirúrgicas y de salud pública.</p>	<p><b>RESUMEN</b> <b>DEFINICIÓN:</b> Se acordó acoger dos <u>proposiciones modificatorias</u> para incluir las IES que promuevan pregrados en salud y un párrafo que incluya a víctimas del conflicto armado; y de HR Octavio Cardona para mejorar la redacción.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b> <i>Proposición 1:</i> HR Karen Astrid Manrique Olarte - HR Juan Pablo Salazar - HR Juan Carlos Vargas - HR Karen López - HR Diógenes Quintero - HR John Jairo Gonzáles - HR Leonor Palencia - HR Germán Gómez 1 de Junio (11:58 am)</p> <p><i>Proposición 2:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p>	<p><b>Artículo 105. Becas de matrícula para formación <u>pregradual y posgradual de profesionales de salud, en áreas médico quirúrgicas y de salud pública.</u></b> Con el fin de aumentar <u>la oferta de profesionales de salud y el acceso de los profesionales de la salud a especialidades <u>especialistas</u> médico-quirúrgicas, posgrados en salud pública y formación de posgrado</u> el gobierno creará un programa de becas para cubrir los costos académicos que se distribuirá <u>en el caso de pregrado en las instituciones de educación superior pública que aumenten los cupos en programas de salud y en el caso de posgrado</u> entre los profesionales de medicina, enfermería y otras profesiones del sector salud.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de los cupos para becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por instituciones de educación superior y los cupos por especialidades médico quirúrgicas y oferta de programas <u>pregraduales, posgraduales de salud pública para el país. Se priorizará a <u>estudiantes y profesionales de la salud</u> provenientes de municipios PDET, <u>como también a las víctimas del conflicto armado,</u> garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.</u></p> <p><b>Parágrafo 2.</b> Los beneficiarios <u>de las becas</u> deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo remunerado en las regiones con requerimientos de dicho personal.</p> <p><b>Parágrafo 3.</b> Para la financiación de las becas <u>y estímulos</u> se aunarán esfuerzos y recursos que destinen Gobierno Nacional, Entidades Territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud, las Instituciones de Educación Superior. La reglamentación para el mecanismo de administración estará en cabeza del Gobierno Nacional.</p>

<b>Artículo 106.</b> Prelación a las universidades públicas para la asignación de cupos por parte de los hospitales públicos.	<b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó acoger <u>proposición modificatoria</u> para cambiar Red Hospitalaria por ISE y el término <u>universidades públicas por IES.</u>	<b>Artículo 106. Prelación a las universidades públicas para la asignación de cupos por parte de los hospitales públicos.</b> Las <u>Instituciones de Salud del Estado – ISE</u> hospitalarias de la red pública del país brindarán <u>prelación</u> a las <u>Instituciones de Educación Superior</u> <u>universidades</u> de carácter público para la asignación de cupos de acuerdo a las necesidades para sus prácticas formativas en áreas clínicas y comunitarias, en los programas de pregrado y postgrado del área de la salud, sin exigir contraprestación económica alguna.
	<b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b> <i>Proposición 1:</i> HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:27 pm)	

#### TÍTULO X: RÉGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
<b>Artículo 107.</b> Régimen y Política Laboral de los	<b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b>	<b>Artículo 107. Régimen y Política Laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud.</b> El régimen y política laboral de los profesionales y demás

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
profesionales y demás trabajadores de la salud.	<p>Se elaboró y radicó <u>proposición modificatoria</u> para incluir un numeral al artículo 128 sobre facultades extraordinarias para reglamentar el régimen laboral y sobre no sujeción a límites salariales de la categorización municipal. Se acordó acoger dos <u>proposiciones modificatorias</u> sobre incentivos para THS incluyendo departamentos con mayor pobreza multidimensional y PDET; y para mejorar redacción. Los HH.RR. Andrés Forero y Carolina Arbeláez no se recogen en el acuerdo.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR James Mosquera 15 junio (3:40 pm)</p>	<p>trabajadores de la salud se <del>conformará</del> <b>establecerá</b> de acuerdo a los requerimientos de cantidad, perfiles y organización y a las características del Sistema de Salud, constituyéndose en un régimen especial.</p> <p>En el marco de lo dispuesto por la Ley 1751 en los artículos 17 y 18, la política deberá incluir los criterios generales para mejorar las condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales, garantizar la educación continua y de actualización a todo el personal sanitario y especialmente a quienes tengan que trasladarse a lugares ubicados por fuera de las ciudades capitales.</p> <p><b><u>El régimen laboral especial para los servidores públicos de las Instituciones de Salud del Estado no estará sujeto a los límites que en materia salarial establecen las Leyes 4ª de 1992 y 617 de 2000.</u></b></p> <p>Igualmente, promoverá y articulará el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud en condiciones adecuadas de desempeño, gestión y desarrollo de los Trabajadores de la Salud y su reconocimiento en los procesos de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades; de acuerdo con los estándares internacionales de la legislación en el trabajo, especialmente los mandatos de la OIT y se verá reflejada en políticas institucionales de largo plazo que permitan garantizar la calidad de los servicios de salud y el desarrollo integral de los trabajadores como eje fundamental del Sistema de Salud.</p> <p>El Gobierno Nacional, dentro del año a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, formulará e implementará incentivos que contribuyan a incrementar la atracción, captación y retención de profesionales, tecnólogos y técnicos en salud necesarios, pertinentes y suficientes en las zonas rurales y remotas con población dispersa, <b><u>los departamentos con mayores índices de pobreza multidimensional y los</u></b></p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p><i>Proposición 2:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p> <p><i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Jennifer Pedraza - HR Juan Carlos Vargas HR Gloria Elena Arizabaleta - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón - HR David Racero 2 de octubre (10:18 am)</p>	<p><b><u>municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial</u></b>, con el propósito de reducir las brechas de desigualdad en salud, en el marco de la garantía al derecho fundamental a la salud, y aumentar la disponibilidad de talento humano en salud, adecuadamente capacitado y distribuido de forma eficiente.</p> <p>Así mismo, estos incentivos buscarán el fortalecimiento de perfiles necesarios para la implementación del Modelo Preventivo y Predictivo con enfoque diferencial y territorial buscando el empoderamiento comunitario y la generación de capacidad humana, incluyendo aquellos grupos sociales de salud como las parteras y médicos (as) tradicionales.</p> <p>Así se deberá generar planes de acción contingentes para gestionar los problemas que surjan como consecuencia de eventos extraordinarios en los territorios, como desastres naturales, epidemias u otros.</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
<p><b>Artículo 108.</b> Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se acordó <u>no tomar en cuenta</u> dos proposiciones sustitutivas de los H.R. Carlos Ardila, H.R. José Eliecer Salazar y H.R. Sandra Aristizábal, debido a que restringen las profesiones liberales de los especialistas. Se acordó aprobar el artículo <u>como viene en la ponencia</u></p>	<p><b>Artículo 108. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas.</b> 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 profesionales especialistas, 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, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.</p>
<p><b>Artículo 109.</b> Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se elaboró y radicó <u>proposición modificatoria</u> para incluir acciones en cuidado de la salud mental dirigidas a los trabajadores de la salud.</p> <p>Adicionalmente se acepta la <u>proposición modificatoria</u> para eliminar un párrafo.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE</b></p>	<p><b>Artículo 109. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud.</b> Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las personas vinculadas a las Instituciones Privadas y Mixtas con participación del sector público inferior al 90% del Sector Salud, por norma general, estarán vinculadas mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes</li> <li>2. De conformidad con el artículo 53 de la Constitución Política de 1991: <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas.</li> <li>2.2 Se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud.</li> <li>2.3 Se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos <b>y el impacto en salud mental</b>, desarrollando los criterios técnicos que</li> </ol> </li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p><b>SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:27 pm)</p> <p><i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Jennifer Pedraza - HR Juan Carlos Vargas HR Gloria Elena Arizabaleta - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón - HR David Racero 2 de octubre (10:18 am)</p>	<p>permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> El Ministerio de Trabajo presentará anualmente, al inicio de las sesiones ordinarias del Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno Nacional organizará una Dirección en el Ministerio de 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, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley.</p> <p><del><b>Parágrafo 2.</b> Sin perjuicio de reglamentaciones posteriores, el Gobierno Nacional en el término máximo de un año contado a partir de la expedición de la presente Ley, reglamentará lo relativo a los apartados 132.2, 132.3. y 132.4.</del></p> <p><b>Parágrafo 2 3.</b> Los agentes del sistema de salud, independientemente de su naturaleza, tienen la obligación de girar de manera oportuna los valores por los servicios prestados a las instituciones prestadoras de servicios de salud, para que éstas efectúen el pago de las obligaciones, incluidas las laborales y/o contractuales al talento humano en salud, las cuales tendrán prioridad sobre cualquier otro pago, so pena de las sanciones por parte de las autoridades competentes."</p>
<p><b>Artículo 110.</b> Garantías para el suministro de los medios de labor.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se acordó acoger el artículo <u>como viene en la ponencia.</u></p>	<p><b>Artículo 110. Garantías para el suministro de los medios de labor.</b> Las Instituciones Prestadoras de Salud tanto públicas como mixtas y privadas, independientemente de la forma de vinculación contractual, garantizaran los insumos, recursos, tecnologías en salud, así como los demás medios de labor necesarios y suficientes para la atención segura y con calidad a los usuarios del sistema, independientemente de su forma de vinculación contractual con la entidad.</p>
	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN</b></p>	

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
<p><b>Artículo 111.</b> Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p>	<p>Se elaboró y radicó <u>proposición modificatoria</u> para incluir salud mental en el artículo. Se acordó acoger <u>proposición modificatoria</u> que mejora la redacción.</p>	<p><b>Artículo 111. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.</b> El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo tendrá cobertura para todo el talento humano del sistema de salud, independiente de su forma de vinculación. <del>La y la</del> inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas del Sistema de Riesgos Laborales por parte de los empleadores y contratantes corresponde al Ministerio del Trabajo de acuerdo con sus competencias.</p>
	<p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p> <p><i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Jennifer Pedraza - HR Juan Carlos Vargas HR Gloria Elena Arizabaleta - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón - HR David Racero 2 de octubre (10:18 am)</p>	<p>Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas, <u>mixtas</u> y privadas y demás organizaciones que vinculen talento humano del sistema de salud deben desarrollar los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo conforme lo dispuesto en la Ley 1562 de 2012, el Decreto Ley 1295 de 1994 o las que las modifiquen o adicionen y demás normas concordantes. Para tal efecto deben destinar los recursos suficientes de acuerdo con el número de trabajadores y la complejidad de la organización.</p> <p>Dicho sistema deberá incluir las acciones dirigidas el mejoramiento de la calidad de vida, <u>cuidado de la salud mental</u> y bienestar del talento humano del sistema de salud creando espacios e instancias donde puedan desarrollar actividades que favorezcan su desarrollo personal y profesional desde una perspectiva de integralidad y trato digno, abarcando aspectos laborales, económicos, culturales, académicos, deportivos y familiares.</p> <p><b>Parágrafo.</b> El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo deberá tener en cuenta que el control de los factores de riesgos laborales deberá enfocarse en los riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud.</p>
	<b>RESUMEN DEFINICIÓN</b>	

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
<p><b>Artículo 112.</b> Servicio Social Obligatorio (SSO) y Médicos Residentes</p>	<p>Se acordó acoger la <u>proposición modificatoria</u> que propone incluir un parágrafo sobre condiciones laborales y de salud mental de residentes y SSO. Se solicita concepto técnico a MinSalud sobre cobertura de instrumentadores.</p>	<p><b>Artículo 112. Servicio Social Obligatorio (SSO) y Médicos Residentes.</b> Las instituciones de salud deberán incluir en sus plantas de personal los cargos de los profesionales para la prestación del Servicio Social Obligatorio (SSO) que participarán en equipos de Atención Primaria en Salud (APS) y a los equipos de atención en donde sean necesarios especialmente en regiones apartadas.</p> <p>En el marco del Sistema Nacional de Residencias Medicas, de que trata la Ley 1917 de 2018, los médicos residentes podrán ser incluidos en los equipos de atención en regiones apartadas según las necesidades de cada región conforme al concepto de Territorios Saludables, mediante convenios suscrito entre la institución de salud y la institución de educación superior, en el marco de la relación docencia-servicio.</p> <p>Para la vinculación de los médicos y médicas residentes, incluidos en los equipos de atención, las instituciones públicas deberán ser vinculados a término fijo como trabajadores de la salud, y se les reconocerá el apoyo de sostenimiento educativo creado en la Ley 1917 de 2018. En todo caso, estarán bajo la supervisión y control de médicos especialistas y de las correspondientes instituciones de educación superior.</p> <p><b><u>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá lineamientos y estrategias para la dignificación plena del Servicio Social Obligatorio y Médicos Residentes en materia de la salud mental y acompañamiento psicoemocional, garantías de protección de la vida e integridad del profesional para el ejercicio de su labor y acceso meritocrático a las plazas en concordancia con la normatividad aplicable en la materia</u></b></p>
	<p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Carolina Giraldo Botero 21 de septiembre (5:35 pm)</p>	

MESA DE DIÁLOGO # 4

TÍTULO V: SISTEMA PÚBLICO UNIFICADO E INTEROPERABLE DE INFORMACIÓN EN SALUD

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
<p><b>Artículo 76.</b> Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b> Se realizó mesa técnica con MinTIC y OTIC de MinSalud, donde se elaboró y radicó <u>proposición de modificación</u> sobre cómo el SPUIS se estructurará a partir de los diferentes sistemas de información preexistentes y desarrolla los que hagan falta para garantizar la unificación e interoperabilidad, además se acordó acoger una <u>proposición modificatoria</u> en los tiempos y etapas de implementación del SPUIS.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b> <i>Proposición 1:</i> HR Irma Luz Herrera - HS Ana Paola Agudelo - HS Manuel</p>	<p><b>Artículo 76. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</b> Se estructurará <u>a partir de los sistemas de información disponibles, y desarrollando los necesarios con que no se cuenta, para integrar</u> el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIS, que permita la toma de decisiones en todos los niveles e instancias, los datos abiertos para la gestión integral del sistema de salud y la rendición de cuentas. Se garantizará asignación presupuestal específica para el funcionamiento operativo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIS, cuyos criterios de funcionamiento, accesibilidad e interoperabilidad serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Dicho sistema entrará a operar <u>por etapas, en armonía con los avances en temas de conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país y de manera conjunta con el sector salud, garantizando su implementación progresiva e interoperabilidad.</u> en un periodo no mayor a un año</p> <p><b>Parágrafo: El SPUIIS se desarrollará en armonía y sin perjuicio de los avances técnicos y normativos en materia de interoperabilidad de sistemas de información e historia clínica electrónica, para garantizar el acceso integral efectivo y eficiente a los servicios y trámites en salud para pacientes, instituciones de salud y talento humano en salud.</b></p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>Virgüez - HS Carlos Eduardo Guevara 30 mayo (2:57 pm)</p> <p><i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Juan Carlos Vargas HR Gloria Elena Arizabaleta - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón 2 de octubre (10:18 am)</p>	
<p><b>Artículo 77.</b> Características del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b> Se elaboró y radicó <u>proposición de modificación</u> para mejorar redacción “en cumplimiento de sus funciones”.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b> <i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Juan Carlos Vargas HR Gloria Elena Arizabaleta - HR Martha</p>	<p><b>Artículo 77. Características del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información.</b> El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIS) es transversal a todo el sistema de salud para garantizar acceso en línea, transparente, y en tiempo real a servicios informáticos para la realización de transacciones de salud y económicas por parte de cada actor del sistema de salud según sean sus responsabilidades, operativas o estratégicas, en el orden Nacional, territorial e Institucional. Además de garantizar el cumplimiento de las políticas de datos abiertos que fortalezcan los procesos de participación y control social, el SPUIS deberá integrar la información relacionada con los determinantes sociales de la salud y salud pública, en el marco de una estrategia intersectorial definida por el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con otros sectores y actores del Sistema de Salud.</p> <p>Los aspectos arquitectónicos de sistemas de información deberán corresponder a unicidad, integración, tecnología de punta, completitud de servicios, eficiencia, alta disponibilidad, seguridad y alta concurrencia, para lo cual deberá usar tecnologías de punta que garanticen el procesamiento en paralelo, almacenamiento de altos</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	Alfonso - HR Alfredo Mondragón - HR David Racero 2 de octubre (10:18 am)	<p>volúmenes de datos, seguridad del dato y de las transacciones, incorruptibilidad, accesibilidad, analítica de datos y modelos predictivos</p> <p>Los criterios y estándares de funcionamiento, accesibilidad e interoperabilidad de los servicios de telesalud y de la información sobre determinantes sociales y salud pública deberán ser definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con los demás actores del Sistema de Salud.</p> <p><b>Parágrafo.</b> El <u>Ministerio</u> de Salud y Protección Social deberá generar los medios y mecanismos tecnológicos para garantizar el acceso en tiempo real a la información pública del Sistema de Salud por parte de todos los actores del sistema que permita el control y la veeduría social por parte de los mismos <b><u>siempre y cuando sea en el cumplimiento de sus funciones.</u></b></p>
<p><b>Artículo 78.</b> Objetivos generales del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó acoger dos <u>proposiciones modificatorias</u> sobre la armonización del nombre del SPUIS.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b> <i>Proposición 1:</i> HR Jorge Eliecer Salazar, HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elías Vidal 29 de agosto (10:04 am)</p>	<p><b>Artículo 78. Objetivos generales del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</b> El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIS tendrá como principios de organización el seguimiento de la salud de las personas, las familias y las comunidades, así como el soporte informático a la realización de las actividades asistenciales, de promoción y prevención, junto con las referentes a los aspectos económicos y financieros, la gestión de la infraestructura de prestación de servicios incluyendo el registros de redes de servicios y de territorios para la gestión en salud, así como lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley 1751 <b><u>de 2015.</u></b></p> <p>Se organizará como mínimo en dos niveles:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nivel operativo: garantizará la operación y funcionamiento de los procesos productores y usuarios de la información para la atención integral de las personas, las familias y las comunidades con calidad, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia, por parte de todos los integrantes del Sistema de Salud, considerando la historia clínica electrónica <del>única nacional</del> <b><u>interoperable</u></b> en todos sus procesos, los registros de atención en salud, los</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<i>Proposición 2:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)	<p>registros financieros y económicos asociados, y la información sobre determinantes sociales y salud pública.</p> <p>De igual manera, se deberán incluir en el SPUIS los registros de atención en salud y de los resultados en salud de las personas, las familias y las comunidades, así como los referentes a la gestión de las redes de servicios de salud y territorios para la gestión en salud, para garantizar el funcionamiento y la movilidad de la población en la red de servicios y entre los territorios de salud.</p> <p>2. Nivel estratégico: Garantizará la información para su análisis sobre la situación de salud y la calidad de vida de la población, para contribuir a la toma de decisiones de las instancias de rectoría y dirección del sistema de salud y de los agentes involucrados en ellas. En este nivel se incluirá la información de los determinantes sociales de la salud y se promoverá el análisis de la misma para la definición de políticas y programas intersectoriales.</p>
<b>Artículo 79.</b> Identificación de medicamentos	<b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó aprobar el artículo <u>como viene en la ponencia.</u>	<b>Artículo 79. Identificación de medicamentos.</b> Mediante un método electrónico de última generación serán identificados los medicamentos, su principio activo y denominación común internacional, el laboratorio productor, el precio autorizado y las demás características que establezca el SPUIIS. El aplicativo informará sobre los diagnósticos, el número total de prescripciones efectuadas en el Sistema de Salud, su eficacia y efectos secundarios.

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
<p><b>Artículo 80.</b> Tecnología de Información y Comunicaciones al servicio de la atención en salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó aprobar el artículo <u>como viene en la ponencia.</u></p>	<p><b>Artículo 80. Tecnología de Información y Comunicaciones al servicio de la atención en salud.</b> La integración de las redes de servicios incluirá la conversión de múltiples referencias y contrarreferencias, por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica, en interconsultas especializadas a distancia mediante el SPUIS para aumentar capacidad resolutive del nivel primario y de los programas de prevención secundaria.</p> <p>Para fortalecer la conectividad a la Atención Primaria en Salud en zonas rurales y dispersas, el Ministerio de las TIC's tendrá la obligación de implementar el Plan nacional de conectividad rural.</p>
<p><b>Artículo 81.</b> Desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó aprobar el artículo <u>como viene en la ponencia.</u></p>	<p><b>Artículo 81. Desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá la responsabilidad de diseñar, desarrollar o integrar el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIS) y de garantizar su funcionamiento con calidad y fluidez, además de promoverlo para lograr el compromiso de todos los integrantes del sistema de salud en su responsabilidad frente al mismo.</p> <p>Para ello fortalecerá y adecuará la Oficina de Información y Tecnología de forma que sea capaz de responder a los retos de implementación, operación, mantenimiento y soporte del SPUIS. La incorporación de la información al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIS en el área administrativa y asistencial son obligatorias para todos los integrantes del Sistema de Salud. El SPUIS incorporará dentro de las funcionalidades o servicios informáticos de apoyo al modelo de atención las tecnologías en salud y atención médica y odontológica a las redes de servicios para que las personas tengan acceso a ellas. La prescripción médica y odontológica se hará por medio electrónico con base en estas tecnologías.</p>

**TITULO VI: PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
<p><b>Artículo 82.</b> Participación social en el Sistema de Salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó recoger el llamado de organizaciones sociales y los COPACOS que solicitaron eliminar los artículos de participación porque no suman nuevos elementos a lo ya existente, en esa vía, se elaboró y radicó <u>proposición de eliminación.</u></p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b> <i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Germán Rozo; HR Germán Gómez; HR David Racero; HR Julia Miranda; HR Juan Carlos Vargas; HR Alfredo Mondragón; HR Martha Alfonso. 3 de Octubre.</p>	<p><del><b>Artículo 82. Participación social en el Sistema de Salud.</b> La participación en el Sistema de Salud se materializa en la intervención consciente, activa y vinculante de las personas en los procesos de atención y de toma de decisiones, individuales y colectivos. La participación ciudadana es ejercida de manera autónoma por las personas, en cualquier instancia del sistema.</del></p> <p><del>La participación social es ejercida por formas organizadas de la sociedad, por mecanismos de representación o de participación directa en las decisiones o en la gestión de la salud integral. La participación en el Sistema de Salud se regirá por lo dispuesto en la Constitución Política, la Ley 10 de 1990, Ley 134 de 1994, la Ley 850 de 2003, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, la Ley 1757 de 2015, la Ley 1751 de 2015, las demás normas que las modifique, adicione o sustituyan, y lo dispuesto en esta Ley.</del></p>
	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p>	

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
<p><b>Artículo 83.</b> Ámbitos de la participación ciudadana y social.</p>	<p>Se acordó <u>acoger</u> <u>proposición</u> sustitutiva, del H.R. Norman Bañol que específica ámbitos de participación.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b>  <i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Norman Bañol; HR Alfredo Mondragón; HR Martha Alfonso.  3 de octubre.</p>	<p><del><b>Artículo 83. Ámbitos de la participación ciudadana y social.</b> La participación vinculante de las personas y de las comunidades organizadas podrá ser ejercida en los siguientes ámbitos:</del></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><del><u>1.</u> 5. Participación en los procesos cotidianos de Atención Primaria en Salud (APS). Además de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los agentes del Sistema de Salud desarrollarán procesos y procedimientos para el libre ejercicio de la autonomía de las personas en materia de salud, de manera que puedan expresar, mediante consentimiento informado y consciente su aceptación o rechazo de cualquier procedimiento o intervención que implique riesgos razonables, técnicos y morales.</del></li> <li><del><u>2.</u> 6. Participación en la exigibilidad del derecho fundamental a la salud. Los agentes del sistema de salud que participan en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud establecerán mecanismos y escenarios, suficientes y eficaces, para garantizar la exigibilidad de este derecho por parte de las personas y las organizaciones sociales.</del></li> <li><del><u>3.</u> 7. Participación en las políticas públicas en salud. El sistema de salud, contará con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la participación informada, activa, vinculante y efectiva de los ciudadanos y las organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad pública social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales. Se podrán establecer comités, círculos o consejos de participación en salud en las divisiones locales de los territorios de salud, como parte del desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS), los cuales podrán tener delegados para la organización periódica de asambleas, congresos o conferencias regionales y nacionales de salud que permitan incidir en las políticas públicas de salud, a través del Consejo Nacional de Salud.</del></li> <li><del><u>4.</u> 8. Consulta previa a las comunidades étnicas. El mecanismo de participación de las comunidades étnicas será la consulta previa como derecho fundamental</del></li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p>consagrado en la Constitución Política y las leyes, el cual deberá garantizar el consentimiento previo, libre e informado respecto del desarrollo del enfoque diferencial en las políticas de salud y aseguramiento social, y promover procesos de desarrollo de la interculturalidad en salud.</p> <p><del>5.</del> 9. Participación en inspección, vigilancia y control. La ciudadanía que participe individualmente o representada en veedurías u organizaciones sociales podrá ejercer las veedurías en salud desde el ámbito micro territorial hasta el nacional en coordinación con los organismos de control del sistema de salud. Se conformará una red de control social y concurrente en los términos que defina el reglamento, la cual se articulará a la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la forma de adecuación de los actuales mecanismos de participación social y ciudadana, su integración, fortalecimiento y financiación en los territorios sanitarios, y los procedimientos para vincular la veeduría y el control social a la Red de Controladores del Sector Salud que coordinará la Superintendencia Nacional de Salud. Los mecanismos de participación social y ciudadana serán especialmente divulgados e implementados en las zonas rurales del país para garantizar la participación de la población rural.</p> <p><b><u>Artículo 83: Ámbito de participación ciudadana y social: La participación, como principio fundante y vinculante de la Constitución Política de 1991, podrá ser ejercida por las personas y las comunidades en los siguientes ámbitos:</u></b></p> <p><b><u>1. En los procesos cotidianos de atención primaria en salud (APS). Todos los agentes del sistema de salud desarrollarán procesos y procedimientos que garanticen el derecho al libre consentimiento informado en materia de salud, como una expresión de la autonomía de la voluntad.</u></b></p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p><u>2. En la exigibilidad del derecho a la salud: Siendo la salud un derecho fundamental, será obligación de todos los agentes en salud, disponer de mecanismos suficientes y eficaces, al alcance de las personas, que canalice la debida atención en salud.</u></p> <p><u>3. Participación en políticas públicas en salud: Dentro del sistema de salud se desarrollarán mecanismos para garantizar la participación activa, vinculante y efectiva de las personas en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con la salud y seguridad pública social.</u></p> <p><u>4. Consulta previa a comunidades étnicas: Por mandato de la ley 21 de 1991 y la Constitución Política de 1991, se tendrá que garantizar a las comunidades étnicas, en todo lo referente a salud, sus políticas diferenciales y su desarrollo intercultural, el derecho al consentimiento, previo, libre e informado.</u></p> <p><u>5. En la Inspección, Vigilancia y Control: Por reglamento del Ministerio de Salud, se conformará una red de control social sobre los agentes del sistema de salud, en articulación con los distintos niveles territoriales, con los entes de control con las veedurías y con la superintendencia de salud. Este derecho lo tendrán todos los ciudadanos y comunidades en igual de condiciones. Todo lo anterior sin desmedro de las competencias y funciones de vigilancia y control asignadas a las diferentes entidades por la ley.</u></p> <p><u>El Ministerio de Salud y Protección social, adecuará institucionalmente, y en el marco del sistema de salud, estos mecanismos de participación, incluyendo el procedimiento para su vinculación a la red de controladores del sector salud que coordinará la superintendencia Nacional de Salud. Estos mecanismos de</u></p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<u>participación tendrán especial protección para las personas de la ruralidad del país.</u>

### TÍTULO VII: INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
<b>Artículo 84.</b> Superintendencia Nacional de Salud	<b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó acoger <u>proposición modificatoria</u> para agregar la vigilancia en funciones y responsabilidades.  <b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b> <i>Proposición 1:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)	<b>Artículo 84. Superintendencia Nacional de Salud.</b> La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control del sistema de salud con el objetivo de vigilar el cumplimiento <u>de las funciones y responsabilidades de todos los actores del sistema de salud</u> <del>proteger el derecho fundamental a la salud</del> y tomar las medidas que corresponda en el ámbito de su objeto y funciones para garantizar la protección del derecho fundamental a la salud. Para el ejercicio de sus funciones, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contar con el apoyo de la red de control social contempladas en la presente Ley.
<b>Artículo 85.</b> Inspección, vigilancia y control.	<b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó acoger dos <u>proposiciones modificatorias</u> para eliminar	<b>Artículo 85. Inspección, vigilancia y control.</b> El ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud se realizará conforme a lo definido en la Ley 1122 de 2007, sin embargo, el alcance de la función de inspección consistirá en solicitar, confirmar y analizar <del>de manera ocasional,</del> y en detalle en los términos que determine la Superintendencia Nacional de Salud las

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>la inspección “de manera ocasional” y para cambiar “prestación” por “protección”.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p> <p><i>Proposición 2:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p>	<p>evaluaciones generales, los análisis de los reportes generados por el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Territoriales de Salud, los reportes generados por el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud, las visitas, auditorias, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas. En desarrollo de la función de inspección ninguna persona o autoridad podrá oponer reserva o confidencialidad para el acceso a la información.</p> <p>Con el objetivo de fortalecer las funciones de inspección, vigilancia y control en el territorio, se crearán nuevas regionales de las Superintendencia Nacional de Salud y se fortalecerá la capacidad técnica administrativa y financiera de las existentes, con el propósito de impactar en mayor medida a las entidades vigiladas y mejorando la <del>prestación</del> <b>protección</b> del derecho a la salud. Lo anterior deberá sujetarse a las disponibilidades presupuestales, al Marco de Mediano Plazo y al Marco de Gasto de Mediano Plazo.</p>
<p><b>Artículo 86.</b> Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se elaboró y radicó <u>proposición modificatoria</u> en que el sistema se desarrollará en el marco de la Ley 1966 de 2019.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Jennifer</p>	<p><b>Artículo 86. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.</b> El Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud está constituido por el conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales. Al Sistema podrán concurrir entidades del orden nacional o territorial que, en el marco de sus competencias, tengan relacionamiento con agentes del sector salud.</p> <p><b><u>El Sistema de Inspección, Vigilancia y Control se desarrollará en el marco de la Ley 1966 de 2019, o la que la sustituya.</u></b></p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	Pedraza - HR Juan Carlos Vargas HR Gloria Elena Arizabaleta - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón - HR David Racero 2 de octubre (10:18 am)	
<b>Artículo 87.</b> Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud.	<b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se elaboró y radicó <u>proposición modificatoria</u> agregando transparencia y lucha contra la corrupción. Se acordó acoger otras dos <u>proposiciones modificatorias</u> que mejoran la redacción. <b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b> <i>Proposición 1:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)  <i>Proposición 2:</i> HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:26 pm)  <i>Proposición de la Comisión</i>	<b>Artículo 87. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud.</b> Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes: <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1.</b> <del>7.</del> Financiamiento y administración. Su objetivo es inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sistema de salud, para contribuir a la sostenibilidad financiera</li> <li><b>2.</b> <del>8.</del> Prestación de servicios de atención en salud pública. Su objetivo es inspeccionar, controlar y 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.</li> <li><b>3.</b> <del>9.</del> Atención al usuario y participación social. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el sistema de salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del sistema de salud; y <b>en la efectividad de la promoción y desarrollo de</b> <del>promocionar y desarrollar</del> los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.</li> <li><b>4.</b> <del>10.</del> Acciones y medidas especiales. Las medidas especiales tienen por objeto adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p><i>Accidental:</i> HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Jennifer Pedraza - HR Juan Carlos Vargas HR Gloria Elena Arizabaleta - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón - HR David Racero</p> <p>2 de octubre (10:18 am)</p>	<p>operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, e intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los usuarios de los servicios de salud y los recursos del sistema de salud.</p> <p><b>5.</b> <del>11-</del> Información. Inspeccionar, vigilar y controlar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.</p> <p><b>6.</b> <del>12-</del> Equidad en salud. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios <b><u>del sistema de salud, así como el cumplimiento de las</u></b> normas contenidas en esta ley para garantizar la aplicación de los principios del sistema de salud y sus formas de operación, y la <b><u>correcta</u></b> aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.</p> <p><b>7.</b> <b><u>Fomento y promoción de transparencia en el sector salud, el objetivo es promover pactos por la transparencia en el manejo de los recursos del sector salud, en todos los actores del sistema de salud, así como generar un Índice de transparencia, que mida condiciones objetivas que favorecen transparencia y controlan riesgos de corrupción.</u></b></p>
<p><b>Artículo 88.</b> Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó aprobar el artículo como <u>viene en la ponencia.</u></p>	<p><b>Artículo 88. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud.</b> La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema de Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud. Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p><b>Parágrafo.</b> En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud se aplicarán las normas previstas en la Ley 2220 de 2022 o las que la modifiquen, sustituyan o adicionen.</p>
<p><b>Artículo 89.</b> Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó acoger dos <u>proposiciones</u> de <u>modificación</u> que incluyen “los actores del sistema de salud”, y que ajustan la numeración.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b> <i>Proposición 1:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)  <i>Proposición 2:</i> HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:26 pm)</p>	<p><b>Artículo 89. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud.</b> La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>1.</u> <del>10.</del> Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud.</li> <li><u>2.</u> <del>11.</del> Exigir la observancia <b>a los actores del sistema de salud</b> de los principios y fundamentos del derecho fundamental a la salud.</li> <li><u>3.</u> <del>12.</del> Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema de Salud y promover el mejoramiento integral del mismo.</li> <li><u>4.</u> <del>13.</del> Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud.</li> <li><u>5.</u> <del>14.</del> Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud.</li> <li><u>6.</u> <del>15.</del> Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud.</li> <li><u>7.</u> <del>16.</del> Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema de Salud.</li> <li><u>8.</u> <del>17.</del> Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema de Salud.</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p><u>9.</u> <del>18.</del> Controlar los riesgos financieros del Sistema de salud y de sus instituciones.</p>
<p><b>Artículo 90.</b> Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b> Se acordó acoger tres <u>proposiciones de modificación</u> que mejoran la redacción y numeración, y que eliminan la referencia a los fondos cuentas regionales para ajustarlo a los acuerdos del primer debate.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b> <i>Proposición 1:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) <i>Proposición 2:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) <i>Proposición 3:</i> HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:26 pm)</p>	<p><b>Artículo 90. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.</b> La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control a la Administradora de Recursos de Salud ADRES, el Fondo Único Público para la Salud, <del>los Fondos Cuenta Regionales de Salud</del>, Fondos de Salud de las entidades territoriales, y demás actores del sistema, incluidos los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.</li> <li>2. Inspeccionar, vigilar y controlar que las Direcciones Territoriales de Salud cumplan a cabalidad con las funciones señaladas por ley, conforme a los principios que rigen a las actuaciones de los funcionarios del Estado, e imponer las sanciones a que haya lugar. En virtud de la misma potestad mediante decisión motivada, de oficio o a petición de parte podrá avocar el conocimiento de aquellos asuntos específicos a las funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud que se tramitan en las entidades territoriales de salud, cuando se evidencia la vulneración de dichos principios.</li> <li>3. Señalar, con sujeción a las normas contenidas en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud cuyos términos se reducirán en una tercera parte respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, o contradicción y doble instancia. El incumplimiento de los términos establecidos en la presente norma constituye falta grave.</li> <li>4. Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema de Salud.</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema de Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del Sistema de Salud por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud.</li> <li>6. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema de Salud.</li> <li>7. Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de los criterios de equidad, los principios del derecho fundamental a la salud y la aplicación del gasto social en salud por parte de las Entidades Territoriales.</li> <li>8. Vigilar, inspeccionar y controlar que las Instituciones prestadoras del Sistema de Salud adopten y apliquen dentro de un término no superior a seis (6) meses, un Código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo y asegure la realización de los fines de la presente ley.</li> <li>9. Brindar garantías de progresividad en el Sistema de Salud en lo relacionado con la integralidad de la prestación del servicio, la prevención de riesgos y en el marco de la protección del derecho fundamental por vías administrativas, en la prestación del servicio.</li> <li>10. Priorizar la implementación de mecanismos administrativos expeditos y directos, para la protección integral del derecho a la salud, bajo los principios de oportunidad, celeridad y eficacia. En todo caso, estos mecanismos no serán barrera para el ejercicio de la acción de tutela o constituirse en requisito de procedibilidad para la misma.</li> <li>11. Desarrollar procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control en los territorios para la gestión en salud.</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p><b>12.</b> Desarrollar un sistema de quejas y reclamos de fácil acceso y trámite, con cobertura nacional y manejo desconcentrado, en coordinación con el sistema judicial y con capacidad de control y sancionatoria, regido por el principio de celeridad.</p> <p><b>13.</b> Rendir informe anual al Consejo Nacional de Salud en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del Sistema de Salud y proponer las medidas correctivas.</p> <p><b>14.</b> Conservar su autonomía técnica en materia de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud, frente a cualquier otro organismo del Estado.</p> <p><b>15.</b> Velar porque los actores e instancias del Sistema de Salud operen adecuadamente y cumplan con sus funciones, que serán de carácter preventivo y capacidad resolutoria en los planes de mejoramiento para la prestación de los servicios.</p> <p><b>16.</b> Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para el cumplimiento de sus objetivos, en el entendido que sus atribuciones se refieren al Sistema de Salud de que trata la presente Ley.</p> <p><b>17. 46.</b> Diseñar e implementar un modelo de gestión y control integral de los riesgos financieros del Sistema en Salud.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> Los objetivos y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud referentes a instituciones, funciones, lineamientos u otros criterios que entren en contradicción con la finalidad de la presente ley, deberán entenderse modificadas en su sentido y alcance con el propósito de brindar concordancia y coherencia con lo dispuesto en la presente ley. En todo caso, se tendrá como criterios de interpretación brindar todas las garantías de inspección, vigilancia y control sobre riesgos y sucesos que se refieran a la vulneración del derecho fundamentales a la salud, con el propósito</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		de brindar de forma preventiva un esquema institucional de protección para garantizar una adecuada ejecución de las disposiciones del Sistema de Salud.
<p><b>Artículo 91.</b> Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se acordó aprobar el artículo <u>como viene en la ponencia.</u></p>	<p><b>Artículo 91. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.</b> Con el fin de garantizar la efectiva y oportuna prestación de los servicios relacionados con el derecho a la salud de los usuarios del Sistema de Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer, tramitar y fallar, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, los siguientes asuntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones de salud cuando su negativa por parte de las instituciones prestadoras de salud, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario.</li> <li>2. Los conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las instituciones prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del sistema de salud.</li> <li>3. Los trámites de insolvencia y de liquidación judicial inmediata del Régimen de Insolvencia Empresarial previstos en la Ley 1116 de 2006 o la norma que la adiciona, modifique o sustituya, para los sujetos vigilados.</li> <li>4. La declaratoria de nulidad de los actos defraudatorios y la desestimación de la personalidad jurídica de las sociedades sometidas a su vigilancia, cuando se utilice la sociedad en fraude a la ley o en perjuicio de terceros, los accionistas y los administradores que hubieren realizado, participado o facilitado los actos defraudatorios, responderán solidariamente por las obligaciones nacidas de tales actos y por los perjuicios causados. Así mismo, conocerá de la acción indemnizatoria a que haya lugar por los posibles perjuicios que se deriven de los actos defraudatorios. El procedimiento aplicable será el verbal sumario dispuesto en la Ley 1564 de 2012.</li> <li>5. Las reclamaciones de los usuarios relacionadas con la entrega de medicamentos por todas las prestadoras del servicio de salud del sistema de salud: ante eventuales incumplimientos de la normativa aplicable que reglamenta los tiempos de entrega, se iniciarán las respectivas investigaciones</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p>conforme al procedimiento establecido en el artículo 47 de la Ley 1437 de 2011 y se impondrán las sanciones conforme a la normatividad aplicable a la materia.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> La Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte o por medio del sistema de quejas y reclamos. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos de que tratan los numerales 1 y 2 del presente artículo será el previsto en el Decreto Ley 2591 de 1991 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyen.</p>
<p><b>Artículo 92.</b> Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó acoger la <u>proposición modificatoria</u> que elimina una palabra repetida en el artículo.</p> <hr/> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b> <i>Proposición 1:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p>	<p><b>Artículo 92. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial.</b> En cualquier momento del proceso de liquidación judicial que adelante la Superintendencia Nacional de Salud, si de las pruebas recaudadas se considera necesario establecer el beneficiario real de las operaciones o transacciones realizadas por personas jurídicas y naturales y/o patrimonios autónomos, el Director de la actuación correspondiente podrá decretar como prueba el levantamiento del velo corporativo con el fin de identificar a los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales, y de determinar si procede su responsabilidad en los actos que provocaron la cesación de pagos de la vinculada o relacionadas. En cualquiera de los siguientes eventos se presumirá su responsabilidad:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuando se cuente con serios indicios de que la acción u omisión atribuida a la persona jurídica, haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales;</li> <li>2. Cuando la persona jurídica promueva o se halle en estado de insolvencia o liquidación, y ponga en riesgo el resarcimiento de los recursos de la salud afectados;</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Cuando la lesión a los recursos de la salud o a la afectación de intereses patrimoniales de naturaleza pública y privada, se haya generado por explotación o apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficio de terceros.</li> <li>4. Cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de <del>pérdida</del> pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido o indebida aplicación de los recursos de la salud.</li> <li>5. En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.</li> </ol>
<p><b>Artículo 93.</b> Acceso expedito a los servicios de salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó aprobar el artículo <u>como viene en la ponencia.</u></p>	<p><b>Artículo 93. Acceso expedito a los servicios de salud.</b> La Superintendencia Nacional de Salud, el Consejo Superior de la Judicatura y el Ministerio de Justicia y del Derecho, implementarán conjuntamente estrategias que permitan la descongestión en el acceso a los servicios de salud, a partir de los mecanismos administrativos que se adopten para hacer explícito el acceso al Sistema de Salud. No obstante, las garantías de protección del derecho fundamental a la salud deben ser plenas en el Sistema de Salud y en el Sistema de Administración de Justicia.</p> <p>A tal efecto, se tendrán como criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La compilación anual de la jurisprudencia vigente en materia de salud.</li> <li>2. El fortalecimiento institucional de la Superintendencia Nacional de Salud en la resolución de controversias o conflictos en el acceso y prestación de servicio en el marco del Sistema de Salud.</li> <li>3. La cualificación de los operadores del sistema judicial en el conocimiento sobre el Sistema de Salud.</li> <li>4. Las garantías materiales e institucionales del acceso a la información."</li> </ol>
	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p>	<p><b>Artículo 94. Principio de celeridad en el sistema de quejas y reclamos.</b> Si dentro del conocimiento de la queja o reclamo se evidencian actos que pongan en riesgo la</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
<p><b>Artículo 94.</b> Principio de celeridad en el sistema de quejas y reclamos.</p>	<p>Se acordó acoger <u>proposición modificatoria</u> sobre normatividad vigente del derecho de petición.</p> <hr/> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b>  <i>Proposición 1:</i> HR Fernando David Niño  13 junio (4:51 pm)</p>	<p>vida o la integridad física de los pacientes, la Superintendencia Nacional de Salud podrá en el marco de la función de control, ordenar las acciones necesarias para salvaguardar el derecho vulnerado o puesto en riesgo, decisión que deberá adoptarse como medida cautelar por medio de acto administrativo.</p> <p>Los traslados a los sujetos vigilados para el recaudo de la información necesaria para la toma de la decisión no podrán superar el término perentorio de setenta y dos (72) horas y la decisión de fondo podrá omitir la práctica de pruebas de encontrarse documentado la vulneración o riesgo del derecho fundamental a la salud.</p> <p>En todo caso el Superintendente Nacional de Salud deberá adoptar estrategias para evacuar de manera masiva y expedita las peticiones quejas y reclamos de los usuarios de manera periódica, por medio de procedimientos masivos, inmediatos, presenciales y con directa interacción del usuario y el prestador del servicio, cuya única finalidad sea la garantía material y oportuna del derecho fundamental a la salud.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Las peticiones en las que no se evidencie riesgo o vulneración al derecho fundamental a la salud se tramitarán dentro de los términos previstos en la Ley <u>1755 de 2015</u> <del>1437 de 2011</del>. En todo caso el funcionario que así lo decida será solidariamente responsable por los perjuicios que con ello pudieren causar.</p>

**MESA DE DIÁLOGO # 1**  
**CAPÍTULO III: GESTORAS DE SALUD Y VIDA**

<b>ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE</b>	<b>RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL</b>	<b>TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL</b>
<p><b>Artículo 48.</b> Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se elaboró y radicó <u>proposición modificatoria</u> incluyendo consideraciones de la HR. Julia Miranda sobre el periodo de transición; habilitación y plan de saneamiento.</p> <p>Se acordó acoger cuatro <u>proposiciones modificatorias</u> incluyendo “direcciones” territoriales. Precisa 6 meses para lineamientos de articulación de prestadores y elimina plazo de 2 años para prohibición de la integración vertical.</p> <p>HR. Erika Sánchez está en desacuerdo porque no se aumenta a 48 meses el plazo para superar la</p>	<p><b>Artículo 48. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).</b> 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 se les aplica, <b><u>más aquellas que se le imponen en el periodo de transición previsto en la presente ley.</u></b></p> <p>Aquellas EPS que cumplan <b><u>los requisitos de habilitación</u></b> y decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida durante los dos años, mencionados en el inciso anterior, deberán observar progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colaborar en la organización de los Centros de Atención Primaria en Salud conforme a la organización de las redes integrales e integrada de servicios de salud por parte del Ministerio de Salud y Protección Social que serán financiados por la ADRES.</li> <li>2. <b><u>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 EGVs, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</u></b></li> <li>3. <b><u>Durante el periodo de tiempo que permanezcan como EPS, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará, de acuerdo con las capacidades de la ADRES, la implementación del giro directo. Se sujetarán al giro directo por parte de la ADRES a las instituciones de provisión de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, proveedores de tecnologías en salud o</u></b></li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>integración vertical, en los términos y tiempos del artículo 50.</p> <p>HR. Andres Forero no entra en el acuerdo</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Erick Velasco 1 de junio (10:23 am)</p> <p><i>Proposición 2:</i> HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elías Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)</p> <p><i>Proposición 3:</i> HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elías Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)</p>	<p><del>farmacéuticos y demás servicios requeridos para garantizar la prestación de servicios de salud a la población asignada.</del></p> <p>4. <del>3.</del> Se organizarán progresivamente por territorios para la gestión en salud, respetando los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados. En los mencionados territorios 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.</p> <p>5. <del>4.</del> Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las redes integrales e integradas de servicios de salud que organicen las secretarías departamentales y distritales en coordinación con las gestoras de salud y vida de acuerdo a los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. La habilitación y autorización de las RIISS estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>6. <del>5.</del> <b><u>Presentar a la Superintendencia Nacional de Salud</u></b> <del>Todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que manifiesten por escrito su intención de transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) deberán</del> <b><u>presentar un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 48 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas la deudas, dándole prelación al pago del talento humano. con los acreedores</u></b> <del>respecto a todas las deudas en el marco de lo establecido en la presente ley.</del></p> <p>7. <del>6.</del> <b><u>Antes de cumplir</u></b> <del>A más tardar al cumplir</del> los dos años <b><u>de transición previstos en esta Ley,</u></b> las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos podrán transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGSVI) las cuales podrán ser de naturaleza privada o mixta y su conformación, habilitación y funcionamiento estará conforme a las condiciones y plazos señalados en la presente Ley.</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p><i>Proposición 4:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p> <p><i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Germán Rozo - HR Gloria Arizabaleta - HR Jennifer Pedraza - HR Julia Miranda - HR Camilo Ávila - HR Juan Carlos Vargas - HR Alfredo Mondragón - HR Maria del Mar Pizarro 2 de octubre (4:12 pm)</p>	<p>8. <del>7-</del> Todas las Entidades Promotoras de Salud tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad.</p> <p>9. <del>8-</del> 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.</p> <p>Para la población a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos y gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS, contratados por las Entidades Promotoras de Salud.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> La transformación de las actuales Entidades Promotoras de Salud EPS en Entidades Gestoras de Salud no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos en que lo reglamente el Gobierno Nacional.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar los servicios de mediana y alta complejidad para la población que se les autorice <del>y contrate</del> y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde.</p> <p><b>Parágrafo 3.</b> <del>Las Entidades Gestoras de Salud y Vida que al momento de la expedición de la presente ley presentan integración vertical en la mediana y alta complejidad, tendrán un plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición.</del></p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
<p><b>Artículo 49.</b> Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se elaboró y radicó <u>proposición modificatoria</u> que precisa redacción y articula con el SPUIS.</p> <p>Se acordó acoger dos <u>proposiciones modificatorias</u> que precisan que las EGSV se conforman por disposiciones normativas y no civiles. Mejoran redacción sobre servicios especializados para enfermedades huérfanas.</p> <p>HR Andrés Forero y HR Carolina Arbelaez no se recogen en el acuerdo.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón</p>	<p><b>Artículo 49. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida.</b> Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones <u>civiles legales y normativas</u> que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Las Gestoras de Salud y Vida contribuirán a la gestión integral del riesgo en salud y operativo en el territorio de salud asignado, para lo cual cumplirán las siguientes funciones de administración:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En coordinación con los CAPS, desarrollar todas las acciones para identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión en salud, incluyendo la población sana.</li> <li>2. En coordinación con las direcciones Departamentales y Distritales de Salud la conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud para los Territorios de Salud, incluyendo los CAPS, de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.</li> <li>3. Coordinar la planeación estratégica del desarrollo de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.</li> <li>4. Gestionar el riesgo en salud en coordinación con 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 Redes Integrales e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIISS).</li> <li>5. Establecer los planes de intervención y articular la ejecución de la gestión operativa para responder a la demanda de servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS y a las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>19 de Septiembre (4:24 pm)</p> <p><i>Proposición 2:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p> <p><i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Catherine Juvinao - HR Camilo Ávila - HR Jennifer Pedraza - HR Martha Alfonso - HR Julia Miranda - HR Gloria Arizabaleta - HR Alfredo Mondragón - HR Erika Sánchez - HR Germán Rozo - HR David Racero - HR Juan Carlos Vargas 2 de octubre (4:12 pm)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>7. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.</li> <li>8. <del>Establecer</del> <b>Gestionar</b> un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarías departamentales, distritales o quienes hagan sus veces y los CAPS, <b>para la atención oportuna de los servicios de salud que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio asignado</b>; de acuerdo con las RIISS habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población.</li> <li>9. ejecutar en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RIISS.</li> <li>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.</li> <li>11. Entregar informes periódicos del funcionamiento de las Redes.</li> <li>12. Participar en el Consejo Asesor de Planeación y Evaluación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios en Salud.</li> <li>13. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.</li> <li>14. 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.</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<ol style="list-style-type: none"> <li>15. Gestionar, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras <u>o huérfanas y <del>incluyendo</del> su prevención, diagnóstico y manejo</u> según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.</li> <li>16. 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.</li> <li>17. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RIISS y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud, en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social</li> <li>18. Realizar la auditoría de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las RIISS.</li> <li>19. Validar la facturación del componente complementario de las RIISS, la cual será remitida a la ADRES para los pagos a que haya lugar.</li> <li>20. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población <u>articulado con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud</u> 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.</li> <li>21. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</li> <li>22. Solo podrán operar en los territorios donde hayan tenido autorización como Gestoras de Salud y Vida y donde tengan mayor desarrollo de su capacidad de operación, según necesidades que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p>23. Realizar la gestión para el pago de las prestaciones económicas.</p> <p>24. Gestionar la atención integral de la salud del usuario.</p>
<p><b>Artículo 50.</b> Transitorio.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se decide dejar el artículo como viene en la ponencia debido a que no hay acuerdo frente a los cambios.</p>	<p><b>Artículo 50. Transitorio.</b> Dentro de los 60 días hábiles siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Servicios de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud que se encuentren habilitadas para operar en alguno 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, teniendo en cuenta lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol> <p><b>Parágrafo:</b> En ambos casos, las Entidades Promotoras de Salud deberán presentar un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 48 meses contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y deberá garantizar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo.</p>
<p><b>Artículo 51.</b> Gobierno Corporativo y Rendición de Cuentas.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó acoger la <u>proposición modificatoria</u> que precisa que rendición de cuentas de EGSV será en audiencias “públicas”.</p>	<p><b>Artículo 51. Gobierno Corporativo y Rendición de Cuentas.</b> 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 <u>públicas</u> de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma en cuanto a los indicadores de servicio, resultados en salud de su gestión financiera, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b>  <i>Proposición 1:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p>	
<p><b>Artículo 52.</b> IVC para las Gestoras de Salud y Vida</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se acordó acoger la <u>proposición modificatoria</u> que define que la IVC de la SNS es sobre “el cumplimiento” de las funciones a cargo.</p> <p>HR Irma Luz Herrera: verificar que no se traspasen las facultades de la SNS con el literal 3.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b>  <i>Proposición 1:</i> HR Jose Octavio Cardona León</p>	<p><b>Artículo 52. Inspección, Vigilancia y Control para las Gestoras de Salud y Vida.</b>  La Superintendencia Nacional de Salud tendrá la responsabilidad de hacer la Inspección, Vigilancia y Control <u>del cumplimiento</u> de las funciones a cargo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, lo que incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El acceso efectivo a servicios de salud de mediana y alta complejidad para la población a su cargo referida por los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS.</li> <li>2. Monitoreo y seguimiento al cumplimiento de los estándares de proceso y resultado aplicables a la prestación de los servicios en salud.</li> <li>3. Las condiciones de gobierno corporativo, gestión operativa empresarial, indicadores financieros, constitución y administración.</li> <li>4. Vigilar el uso eficiente de los recursos públicos que se les reconozca</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	19 de septiembre (1:32 pm)	
<p><b>Artículo 53.</b> Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se decide dejar el artículo como viene en la ponencia debido a que no hay consensos frente a modificación de porcentajes.</p> <p>HR Catherine Juvinao solicita estudio sobre el costo administrativo de las gestoras.</p> <p>HR Jennifer Pedraza propone que el porcentaje debe derivarse de un estudio técnico y no ser arbitrario.</p> <p>HR Julia Miranda propone reducir 1.5% en caso de incumplimiento.</p>	<p><b>Artículo 53. Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida</b> Se reconocerá a las Entidades Gestoras de Salud y Vida hasta el 5% del valor del per cápita de la población adscrito a los CAPS a los cuales la Gestora articula la atención, en la mediana y alta complejidad, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca al efecto. Además, podrán recibir hasta 3% de incentivos por resultados según lo estipulado el artículo 13 de la presente ley.</p>
	<b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b>	<b>Artículo 54. Atención de los pacientes con patologías crónicas.</b> Las Entidades Gestoras de Salud al interior de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud,

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
<p><b>Artículo 54.</b> Atención de pacientes con patologías crónicas.</p>	<p>Se acordó acoger <u>proposición modificatoria</u> de forma.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b>  <i>Proposición 1:</i> HR Wilmer Castellanos  7 de junio (3:01 pm)</p>	<p>preservarán el manejo clínico de los pacientes en grupos con enfermedades crónicas de alto riesgo y tratamiento especializado en el nivel de complejidad que sea requerido, con su médico tratante, dentro de la Institución Prestadora de Salud o Institución de Salud del Estado (ISE) durante al menos seis (6) meses posteriores a su transformación. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas <del>dentro de este periodo de transición.</del></p>

**TÍTULO IV: FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA**

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
<p><b>Artículo 55.</b> Definición</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se acordó acoger <u>proposición modificatoria</u> de forma.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p>	<p><b>Artículo 55. Definición.</b> El financiamiento del Sistema de Salud integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones y aportes al Sistema de Salud y al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, para la garantía del derecho fundamental a la salud y la solidaridad en beneficio de toda la población, entre generaciones, géneros, empleados y desempleados, sanos y enfermos, población urbana y rural, regiones con distinto nivel de desarrollo y entre personas con alto y bajo ingreso.</p> <p>Los recursos aportados <del>para la</del> <u>al sistema de salud</u> son de naturaleza pública, imprescriptibles e inembargables y no podrán ser utilizados para fines diferentes a la destinación establecida por las disposiciones legales. Estos recursos estarán sometidos</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p><i>Proposición 1:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p>	<p>al control de la Contraloría General de la República y demás órganos de control, en lo de su competencia, y también sometidos al control social.</p>
<p><b>Artículo 56.</b> Cotizaciones y Aportes.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b></p> <p>Se acordó acoger dos <u>proposiciones</u> <u>modificatorias</u> de forma.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucía Velásquez</p> <p>19 de septiembre (21:01 pm)</p> <p><i>Proposición 2:</i> HR Irma Luz Herrera - HS Ana</p>	<p><b>Artículo 56. Cotizaciones y Aportes.</b> Son recursos que aportan a la financiación del Sistema de Salud, las contribuciones sobre el salario, los ingresos o la renta de las personas y las empresas, según su condición socioeconómica, denominadas cotizaciones <b>en salud</b>.</p> <p>Igualmente financian el sistema de salud los impuestos, transferencias, participaciones, tasas o contribuciones que se destinan o asignan al Sistema de Salud en los diferentes niveles del Estado; y los presupuestos del orden nacional, departamental, distrital o municipal que se asignen a la salud. Igualmente son recursos del sistema de Salud los demás ingresos y pagos que forman parte de la financiación de los servicios de salud.</p> <p>Las cotizaciones del sistema de salud serán las previstas en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993 y demás normas que la modifiquen, sustituyan o adicionen, en el entendido que ellas corresponderán al Sistema de Salud, así como el <b>uno punto cinco (1,5) punto</b> de las cotizaciones de los cotizantes <b>en salud</b> de los regímenes exceptuados y especiales. <b>Los dineros provenientes del recaudo de</b> <del>El</del> las cotizaciones constituyen recursos públicos de naturaleza parafiscal.</p> <p>Son aportantes al Sistema de Salud las empresas, los rentistas, los trabajadores con relación laboral de cualquier naturaleza, los independientes y los contratistas, y los pensionados. Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus cotizaciones ante los operadores del pago de aportes autorizados y con destino a la Cuenta Única de Recaudo determinada y administrada por la Administradora de Recursos de la Salud, ADRES. Así mismo todos los recursos que hagan parte a la fecha de aprobación de la presente ley de las fuentes que financian la ADRES.</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	Paola Agudelo 29 septiembre (12:21 pm)	
<p><b>Artículo 57.</b> Obligatoriedad del pago de cotizaciones y contribuciones</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó acoger una <u>proposición modificatoria</u> de forma.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b> <i>Proposición 1:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p>	<p><b>Artículo 57. Obligatoriedad del pago de cotizaciones y contribuciones.</b> La liquidación y pago de las cotizaciones y contribuciones al sistema de salud son obligatorias. El incumplimiento de las obligaciones formales y sustanciales del pago de las cotizaciones y contribuciones obligatorias al sistema de salud será objeto de control y cobro por parte del Estado, a cargo del órgano competente en la materia. En ningún caso el incumplimiento formal o sustancial de las obligaciones de pago de las cotizaciones y contribuciones al sistema de salud <u>por parte</u> de las empresas, trabajadores, pensionados o rentistas constituirá una barrera de acceso para solicitar y recibir los servicios de salud en el territorio nacional.</p> <p>La Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social, UGPP, será la entidad competente para adelantar las acciones de determinación y cobro de las Contribuciones Parafiscales en salud, respecto de las personas naturales con ingresos ordinarios no mensualizados o extraordinarios, los omisos e inexactos.</p>
<p><b>Artículo 58.</b> Funciones de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se elaboró y radicó <u>proposición modificatoria</u> recogiendo aportes de HR Karen Sánchez; HR Catherine Juvinao; HR Jennifer Pedraza, HR Julia Miranda y HR Alfredo Mondragón, para armonizar el Sistema de</p>	<p><b>Artículo 58. Funciones de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.</b> Para desarrollar el objeto la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud tendrá las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Administrar los recursos del Sistema de salud, de conformidad con lo previsto en la presente ley.</li> <li>2. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET.</li> <li>3. Realizar los pagos, asumir como pagador único del sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema.</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>Información, un plan de inversión para fortalecer ADRES y disposiciones para su gobierno corporativo.</p> <p>Se acogieron dos <u>proposiciones</u> <u>modificadorias</u> que precisan el numeral 17 y se elimina referencia a los fondos cuenta regionales que desaparecieron en primer debate.</p> <p>HR Andres Forero se encuentra por fuera del acuerdo.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1.</i> HR Jennifer Pedraza 6 de junio (3:27 pm)</p> <p><i>Proposición 2.</i> HR Alfredo Mondragón</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud o a las instituciones de que dependan o las operen.</li> <li>5. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas y pagos, en los términos de la presente Ley <del>a través de los fondos cuenta regionales.</del></li> <li>6. Realizar el análisis de los recursos gestionados <del>a través de los fondos cuenta regionales</del> mediante un sistema de información que evidencie anomalías o ineficiencias en el uso de los recursos por servicios o regiones, que permita ajustar el régimen tarifario y de formas de pago.</li> <li>7. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto deberá contratar las auditorías integrales que corresponda.</li> <li>8. Administrar la información propia de sus operaciones <b><u>financieras a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</u></b></li> <li>9. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.</li> <li>10. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS).</li> <li>11. Gestionar la Cuenta Única de Recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente Ley.</li> <li>12. Garantizar el flujo oportuno de recursos del sistema de salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles.</li> <li>13. Garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.</li> <li>14. Realizar las actividades necesarias para garantizar, <del>en el nivel nacional y en el nivel desconcentrado,</del> la gestión de los recursos, el sistema de pagos y la auditoría de las cuentas, entre otros procesos. Su régimen de</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>19 de septiembre (5:25 pm)</p> <p><i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Julia Miranda - HR Germán Rozo - HR Camilo Ávila - HR Catherine Juvinao - HR Alfredo Mondragón - HR Martha Alfonso</p> <p>2 de octubre (6:10 pm)</p>	<p>contratación para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública ley 80 de 1993.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.</li> <li>16. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el SOAT y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.</li> <li>17. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas financieras en salud <del>y/o gestión del riesgo financiero en salud</del>, incluidas las Gestoras de Salud y Vida, diferentes a las realizadas en el marco de sus funciones como Gestoras.</li> <li>18. Diseñar e implementar un modelo de seguimiento y evaluación del Sistema integral de administración de riesgos financieros en salud, que garanticen la sostenibilidad financiera del sistema de salud.</li> <li>19. 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 <b>pisos y techos</b> <del>presupuesto mínimos y máximos</del>.</li> <li>20. Establecerá en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.</li> <li>21. <b><u>Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud de acuerdo con las validaciones que realicen las Gestoras de Salud y Vida para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población afiliada.</u></b></li> <li>22. <b><u>Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud, talento</u></b></li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p><u>humano en salud y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos.</u></p> <p><u>Parágrafo 1: Dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en conjunto con la ADRES, reglamentarán y definirán el Plan de Inversiones necesario para el fortalecimiento de la Administradora con el fin de que pueda desarrollar las funciones asignadas.</u></p> <p><u>Parágrafo 2: Gobierno Corporativo y Rendición de Cuentas: El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la ADRES. La ADRES deberá realizar audiencias de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma en cuanto a las funciones de este artículo, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</u></p>
<p><b>Artículo 59.</b> Cuenta de recaudo de cotizaciones y aportes.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se acordó acoger <u>como viene en la ponencia.</u></p>	<p><b>Artículo 59. Cuenta de recaudo de cotizaciones y aportes.</b> La ADRES constituirá una cuenta bancaria para el recaudo de los aportes de cotizaciones en salud en todo el país, incluidos los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001 que se denominará “Cuenta Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR)”. Esta cuenta contará con un mecanismo de registro de tipo electrónico y con un sistema único de identificación de cotizantes, basado en el documento de identificación, según corresponda.</p>
<p><b>Artículo 60.</b> Fondo Único Público de Salud</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b></p> <p>Se acordó acoger <u>como viene en la ponencia.</u></p>	<p><b>Artículo 60. Fondo Único Público de Salud.</b> Los recursos administrados por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud - ADRES serán manejados como un Fondo Único Público de Salud, que se crea en la presente ley, sin personería jurídica ni planta de personal propia, el cual tendrá dos cuentas independientes, y con los demás recursos del Sistema de Salud se hará unidad de caja en el Fondo. La inspección, vigilancia y control será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos.</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p>Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud son las de “Atención Primaria Integral en Salud”, y de “Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria”.</p> <p>Los recursos de las cuentas de que trata el presente artículo no harán unidad de caja con los demás recursos del Fondo, pero sus excedentes podrán ser reasignados atendiendo las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones y los provenientes de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social en salud. Dicha reasignación será ordenada por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>
<p><b>Artículo 61.</b> Cuenta de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b></p> <p>Se acordó acoger <u>como viene en la ponencia.</u></p>	<p><b>Artículo 61. Cuenta de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud.</b> La Cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud integra los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria integral y resolutiva en salud, los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud 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, y los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la ADRES.</p> <p>Estos recursos se destinarán a financiar los servicios de atención primaria, soluciones de transporte y dotación de los equipos extramurales, la atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, y los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>
<p><b>Artículo 62.</b> Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se acordó acoger <u>como viene en la ponencia.</u></p>	<p><b>Artículo 62. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.</b> La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria integra las siguientes fuentes de recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos; 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 ADRES; los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos; los recursos</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p>correspondientes a las rentas cedidas; los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos; y los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud con cargo a esta cuenta, entre otros recursos.</p> <p>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 saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformarán en Instituciones de Salud del Estado, al fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento, al funcionamiento de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado de los departamentos y distritos, y al pago de los servicios de esta red de atención de urgencias y transporte medicalizado, y al pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad.</p>
<p><b>Artículo 63.</b> Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Público Único de Salud</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó acoger dos <u>proposiciones</u> <u>modificatorias</u> que mejoran la redacción. Sobre otros asuntos modificatorios del artículo no hay acuerdo. HR Andrés Forero no respalda el acuerdo.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p>	<p><b>Artículo 63. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público Único de Salud.</b> Los demás recursos que financian el sistema de salud y que están integrados en el Fondo <u>Único</u> Público <del>Único</del> de Salud, harán unidad de caja y deberán presupuestarse por conceptos, entre otros, para los siguientes usos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que harán parte de la red de servicios en cada región.</li> <li>2. El pago de las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad.</li> <li>3. El financiamiento de los servicios <u>de salud especiales</u> para enfermedades raras <u>o huérfanas</u> y su prevención, <u>diagnóstico y manejo</u>.</li> <li>4. El financiamiento de los programas de formación <u>e investigación</u> en salud.</li> <li>5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.</li> <li>6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que, a la vigencia de la presente ley, se reconocen por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p><i>Proposición 1:</i> HR Wilmer Guerrero, HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucía Velásquez 19 de septiembre (9:01 pm)</p> <p><i>Proposición 2:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p>	<p>7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.</p>
<p><b>Artículo 64.</b> Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b></p> <p>Se acordó acoger <u>como viene en la ponencia.</u></p>	<p><b>Artículo 64. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.</b> A la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud-ADRES le corresponde administrar los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud, los cuales se integrarán en un Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, entre otros, los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional.</li> <li>2. Los recursos provenientes de las cotizaciones para el aseguramiento social en salud correspondientes a salarios de los empleados o trabajadores dependientes, ingresos de los pensionados e ingresos de los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes y rentistas de capital.</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.</li> <li>4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos por los obligados.</li> <li>5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinado a financiar el sistema de salud.</li> <li>6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales.</li> <li>7. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a las entidades territoriales.</li> <li>8. 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 ADRES.</li> <li>9. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos provenientes de las rentas cedidas que, a la vigencia de la presente ley, deben ser girados a la ADRES.</li> <li>10. Los recursos propios de las entidades territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente ley, deben ser girados a la ADRES.</li> <li>11. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales del FONPET, correspondientes a excedentes o desahorro.</li> <li>12. Los rendimientos financieros.</li> <li>13. Los recursos de FONSAET</li> <li>14. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del sistema de salud.</li> </ol>
<p><b>Artículo 65.</b> Destinación de los recursos</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p>	

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
administrados por la ADRES	<p>Se acordó acoger tres <u>proposiciones</u> <u>modificatorias</u> con referencias normativas e incentivos para CAPS y EGSV.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elías Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)</p> <p><i>Proposición 2:</i> HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón - HR Olga Lucía Velásquez 19 de septiembre (9:01 pm)</p> <p><i>Proposición 3:</i> HR Jose Octavio Cardona León</p>	<p><b>Artículo 65. Destinación de los recursos administrados por la ADRES.</b> Los recursos administrados por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES serán destinados a lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La financiación de los servicios de atención primaria que comprende la atención básica en salud, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y la operación de los equipos territoriales de salud.</li> <li>2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales.</li> <li>3. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley.</li> <li>4. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</li> <li>5. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud <u>del</u> Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.</li> <li>6. El saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.</li> <li>7. El Fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento.</li> <li>8. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta.</li> <li>9. El funcionamiento, en departamentos y distritos, de la red de atención de urgencias, el transporte medicalizado de pacientes, interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo y de los laboratorios de salud pública.</li> <li>10. Pago de los servicios de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	19 de septiembre (1:32 pm)	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad <b><u>los CAPS y las gestoras de salud y vida.</u></b></li> <li>12. La formación del talento humano en salud.</li> <li>13. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad <b><u>y las consagradas en el artículo 237 del Código Sustantivo de Trabajo.</u></b></li> <li>14. El pago de las obligaciones derivadas de los recursos con destinación específica que, a la vigencia de la presente Ley, la ADRES debe girar o pagar.</li> <li>15. El pago por los gastos de administración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.</li> <li>16. El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a la implementación de lo concerniente a este tema el cual está contenido en el punto 1 del Acuerdo de Paz, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz.</li> </ol>
<b>Artículo 66.</b> Reserva Técnica del Estado para garantizar el giro directo	<b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó acoger <u>como viene en la ponencia.</u>	<b>Artículo 66. Reserva Técnica del Estado para garantizar el giro directo.</b> Con el objetivo de contar con una provisión del gasto por servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) constituirá y administrará una reserva técnica con base en lo establecido por el Gobierno Nacional en la materia.
<b>Artículo 67.</b> Servicios Sociales Complementarios en Salud.	<b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se acordó acoger dos <u>proposiciones modificatorias</u> para priorizar departamentos pobres y financiación de traslado de pacientes	<b>Artículo 67. Servicios Sociales Complementarios en Salud.</b> Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que necesita una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud en sitios diferentes de donde reside y su condición socioeconómica le impide proporcionárselos por sí misma. Entre otros, son servicios de transporte, hospedaje, acompañantes y cuidados crónicos de enfermería en casa. El Gobierno Nacional determinará la forma en que se asumen los servicios sociales, su fuente para financiarlos y su cobertura poblacional, geográfica de servicios

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>fallecidos fuera de su ciudad de residencia.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i></p> <p>HR James Mosquera 7 junio (2:19 pm)</p> <p><i>Proposición 2:</i></p> <p>HR Yenica Acosta - HR Juan Felipe Corzo - HR Hugo Danilo Lozano - HR Armando Zabaraín - HR Mauricio Cuéllas - HR Juan Espinal - 19 de septiembre (5:20 pm)</p>	<p><u>priorizando los departamentos que presentes altos índices de pobreza multidimensional.</u></p> <p><u>Parágrafo. Para los pacientes que, por condiciones de salud son trasladados y/o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallecen, el gobierno nacional determinará la forma en que serán asumidos los servicios del transporte para el traslado del cadáver, responsable y fuente de financiación; con el fin de que retorne a su lugar de origen</u></p>
<p><b>Artículo 68.</b> Nivel Regional</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se acordó acoger <u>dos</u> <u>proposiciones</u> <u>modificatorias</u> que incluyen territorios de</p>	<p><b>Artículo 68. Nivel Regional.</b> La agrupación de los departamentos y distritos se efectuará <del>adecuando al sector las</del> <u>atendiendo los Territorios de Gestión de Salud</u> <del>Regiones</del> definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de forma que, al interior de las mismas, se logre el mayor nivel de autosuficiencia en la prestación de los servicios en red que no logra cada departamento aisladamente y se incentive un sano desarrollo de la oferta de servicios en salud a través de las redes integrales e integradas</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>salud y criterios de cooperación con municipios con pobreza multidimensional.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR James Mosquera 7 junio (2:19. pm)</p> <p><i>Proposición 2:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p>	<p>de servicios de salud. <u>Los departamentos y distritos deberán tener en cuenta en sus agrupaciones el criterio de cooperación con los municipios con mayores índices de pobreza multidimensional.</u></p>
<p><b>Artículo 69.</b> Autorización de pago de servicios</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se acordó acoger una <u>proposición modificatoria</u> para eliminar la alusión a los fondos cuenta regional.</p> <p>La HR Erika Sánchez presenta proposición acordada con Ministerio de Salud pero no hubo acuerdo con otros partidos.</p>	<p><b>Artículo 69. Autorización de pago de servicios.</b> La Administradora de Recursos para la 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 de servicios de salud de la región, según el régimen de tarifas y formas de pago que fije el Gobierno Nacional para el sistema de salud y los acuerdos de voluntades. El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regular el uso y costos de los recursos públicos del sistema de salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas.</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:25 pm)</p>	<p><del>La ADRES</del> A través del Fondo Cuenta Regional de Salud se 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 y del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.</p> <p>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.</p> <p>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 a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p> <p>En la gestión privada realizada por las Gestoras de Salud y Vida, previa auditoría de los servicios de salud prestados por las Redes Integrales e Integrales de Salud, certificarán ante la ADRES el cumplimiento para el pago de dichos servicios de salud de mediana y alta complejidad.</p> <p>La ADRES, dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia de Salud para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias, a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la red integral e integrada de servicios de salud. Sus informes se gestionarán a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p>De encontrarse irregularidades continuadas 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 a través del Sistema Público Unificado e Interoperable Información en Salud, las cuales podrán exigir a las Coordinaciones Departamentales de la Red la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución.</p> <p><b>Parágrafo.</b> El Gobierno Nacional establecerá mecanismos para que la facturación electrónica por prestación de servicio 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.</p>
<p><b>Artículo 70.</b> Gestión de cuentas por prestación de servicios de salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se acordó acoger una <u>proposición modificatoria</u> que aumenta el porcentaje de pago a IPS y establece tiempos límites para el pago del restante.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Wilmer Guerrero, HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR</p>	<p><b>Artículo 70. Gestión de cuentas por prestación de servicios de salud.</b> Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados a la instancia de la Administradora de Recursos para la Salud ADRES que corresponda, <del>según su forma desconcentrada de operación,</del> el cual pagará <u>mínimo</u> el <u>85%</u> de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, y el pago del <del>20%</del> <u>porcentaje</u> restante estará sujeto a la revisión y auditoría de las cuentas <u>cuyo pago, sin no se encuentran inconsistencias en la auditoría, no deberá superar los 90 días calendario contados a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría.</u></p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>Támara Argote - HR  Alfredo Mondragón- HR  Martha Alfonso - HR  Olga Lucía Velásquez - HR  Maria Eugenia Lopera - HR  Olga Beatriz González - HR  Karime Cotes</p> <p>19 de septiembre (21:01 pm)</p>	
<p><b>Artículo 71.</b> Prestaciones económicas.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se sugiere acoger dos <u>proposiciones modificatorias</u> para eliminar la barrera de los controles prenatales, hacer más incluyente el texto y remitir al Código del Trabajo.</p> <p>Se difiere decisión sobre acuerdo hasta tanto se revise el aval del Ministerio de Hacienda.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p>	<p><b>Artículo 71. Prestaciones económicas.</b> Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad y paternidad y por incapacidad derivada de una enfermedad general.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones <del>de a</del> la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la <u>entrada en</u> vigencia de la presente Ley.</p> <p>Toda mujer <u>y persona gestante</u> en Colombia recibirá prestaciones económicas por licencia de maternidad <u>y relacionadas previstas en los artículos 236 y 237 del Código Sustantivo del Trabajo</u>; aquellas <u>mujeres y personas</u> gestantes que no son <u>cotizantes</u> <del>aportantes económicas</del> del Sistema de Salud tendrán derecho a un subsidio monetario equivalente a medio salario mínimo legal vigente durante los tres (3) meses siguientes al parto, <del>siempre y cuando haya asistido a los controles prenatales respectivos durante el embarazo.</del> <u>De acuerdo con reglamentación que para tal efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.</u></p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p><i>Proposición 1:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p> <p><i>Proposición 2:</i> HR Wilmer Guerrero, HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucía Velásquez 19 de septiembre (9:01 pm)</p>	
<p><b>Artículo 72.</b> Recursos de las entidades territoriales.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se acordó acoger <u>como viene en la ponencia.</u></p>	<p><b>Artículo 72. Recursos de las entidades territoriales.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la operación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – APIRS y determinará las condiciones para la ejecución municipal y distrital de los recursos destinados a la misma. Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – APIRS se podrán destinar los recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.</p>
<p><b>Artículo 73.</b> Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se acordó acoger <u>proposición modificatoria</u> con ajustes de forma.</p>	<p><b>Artículo 73. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.</b> Las direcciones departamentales y distritales <u>de Salud</u> 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</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i></p> <p>HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p>	<p>Unidades Zonales se constituirán tomando como referencia asentamientos poblacionales de acuerdo con las características y necesidades del territorio.</p> <p>Las Unidades Zonales analizarán periódicamente las actividades y recursos ejecutados por cada municipio o localidad que supervisan para cumplir la responsabilidad de la Atención Primaria, así como los objetivos y metas alcanzados, rendirán informes trimestrales de evaluación a cada municipio o Distrito, así como a la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, a las organizaciones de la comunidad y a los organismos de control en los términos en que lo establezca el reglamento.</p> <p>Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación contarán con profesionales expertos en salud pública, administración de salud, saneamiento ambiental, información y sistemas, para asesorar el diseño y formulación de los planes de salud municipales y los correspondientes presupuestos de los Fondos Municipales de salud en su área de influencia.</p> <p>Para financiar las unidades zonales de planeación y evaluación en salud, se destinará hasta el 1 % del presupuesto asignado por la ADRES, del valor anual calculado para cubrir la atención en salud de la población, en cada entidad territorial según reglamentación que expida el ministerio de salud protección social.</p>
<p><b>Artículo 74.</b> Carácter de los informes de las instancias y órganos del Sistema de Salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b></p> <p>Se acordó acoger <u>como viene en la ponencia.</u></p>	<p><b>Artículo 74. Carácter de los informes de las instancias y órganos del Sistema de Salud.</b> Los informes que se generen por parte de las instituciones y Consejos del Sistema de Salud deben ajustarse a los plazos específicos que cada uno de sus indicadores determine, el tipo de información analizada y la materia objeto de revisión y estudio, reconociendo el tipo de evaluaciones que se requieren, discriminando los componentes e indicadores.</p> <p>En la ley para la asignación de recursos del Sistema de Salud, la medición de resultados debe ser anual, incluido el informe público sobre ingresos y gastos por cada unidad territorial.</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p>La periodicidad de los informes no definidos en la presente Ley se establecerá por medio de reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando un procedimiento de rendición de cuentas por cada vigencia fiscal e información oportuna para la planificación y el acceso a la ciudadanía.</p> <p>Para cumplir con su obligación de generar informes, las instancias y órganos del Sistema de Salud estarán conectados permanentemente al Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS, que es abierto, transparente y accesible, con la información disponible en línea para todos los interesados.</p>
<p><b>Artículo 75.</b> Acreencias de las EPS</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b></p> <p>Se acordó acoger una <u>proposición modificatoria</u> de la HR Catherine Juvinao y el HR Germán Rozo respaldada conjuntamente como Comisión.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Catherine Juvinao - HR Jennifer Pedraza - HR Alfredo Mondragón - HR</p>	<p><b>Artículo 75. Acreencias de las EPS.</b> Las acreencias que las EPS liquidadas han dejado <del>en los hospitales públicos</del> <b>con las Empresas Sociales del Estado</b> serán pagadas gradualmente, con vigencias futuras acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p><b><u>En todos los casos se garantizará el pago de la remuneración al talento humano en salud que los prestadores adeuden con los profesionales sanitarios al momento de la cancelación de las deudas, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.</u></b></p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	Gloria Arizabaleta - HR Julia Miranda - HR Germán Rozo - HR Martha Alfonso - HR Juan Carlos Vargas  2 de octubre (6:10 pm)	

#### MESA DE DIÁLOGO # 5

### TÍTULO II: MODELO DE SALUD BASADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
<b>Artículo 4.</b> Definición del modelo de salud.	<b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b>  Se acordó acoger dos <u>proposiciones modificatorias</u> que incluyen el enfoque diferencial y de género y adicionan los componentes de diagnóstico y tratamiento.  HR. Julia Miranda deja constancia de que para ella	<b>Artículo 4. Definición del modelo de salud.</b> El modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo se fundamenta en la Atención Primaria en Salud universal, centrado en las personas, las familias y las comunidades, integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación, <u>en enfoque diferencial y de género</u> y la dignidad e implementa las estrategias de atención primaria en salud integral, salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y Transectorialidad.  Desarrolla una configuración territorial para la organización de la respuesta a las necesidades, potencialidades y expectativas de la población, ordena las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>no son claros los enfoques diferencial y territorial</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Martha Alfonso 15 de Junio (6:35 pm).</p> <p><i>Proposición 2:</i> HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elías Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)</p>	<p>El modelo de salud establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el territorio, con un nivel primario constituido con equipos de salud territorial y centros de atención primaria en salud como el primer contacto con el sistema de salud, que integra y coordina la atención incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, <del>la atención,</del> <b><u>diagnóstico y tratamiento</u></b>, rehabilitación, paliación y muerte digna en el contexto de las redes integrales e integradas de servicios de salud.</p> <p>El modelo es preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la carga de la enfermedad; predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.</p>
<p><b>Artículo 5.</b> Ejes centrales del modelo de salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b></p> <p>Se acordó y radicó conjuntamente <u>proposición modificatoria</u> y se acogieron dos <u>proposiciones modificatorias</u> que incluyen el autocuidado y ajustan redacción.</p>	<p><b>Artículo 5. Ejes centrales del modelo de salud.</b> La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la predicción basada en información <b>y la atención integral en salud</b> constituyen los ejes centrales del Modelo de atención y las políticas transectoriales para la calidad de vida y el bienestar, con enfoque territorial y diferencial.</p> <p>La promoción de la salud es un proceso que comprende acciones orientadas a fortalecer las capacidades de las personas, familias y comunidades y la transformación positiva de las condiciones y entornos de desarrollo mediante la participación transectorial y el empoderamiento comunitario <b>y el autocuidado</b>. La prevención es el conjunto de acciones, estrategias y medidas socio sanitarias, orientadas a disminuir oportunamente</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elías Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)</p> <p><i>Proposición 2:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (2:32 pm)</p> <p><i>Proposición de la Comisión Accidental:</i> HR Catherine Jovinao - HR Julia Miranda - HR Germán Rozo - HR Camilo Ávila - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón - HR Jennifer Pedraza - HR Juan Carlos Vargas - HR Gloria Arizabaleta. 2 de octubre (7:54 pm)</p>	<p>la aparición y desarrollo de una enfermedad o situación de desequilibrio <b><u>mental o físico</u></b> en las personas y comunidades.</p> <p>La predicción se refiere a que el modelo, con base en información sociodemográfica, epidemiológica, de cartografía y participación social e intersectorial, identifica e interviene con anticipación las dinámicas protectoras y aquellas que vulneran la vida y la salud de una población en un territorio, a partir de la gestión de la salud pública liderada y conducida por la autoridad sanitaria a través de políticas, planes, programas y proyectos en forma dinámica, integral, sistemática y participativa, siendo fundamental para la operación del modelo de salud.</p> <p><b><u>La atención integral en salud es un proceso que comprende la provisión de servicios en salud de forma eficaz, segura y centrada en las personas, y que comprende el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, ciudadanos paliativos y muerte digna.</u></b></p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
<p><b>Artículo 6.</b> Atención Primaria en Salud (APS).</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se acordó acoger cinco <u>proposiciones</u> <u>modificatorias</u> que mejoran la redacción y precisan enfoques diferenciales.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Irma Luz Herrera - HS Ana Paola Agudelo - HS Miguel Virgüez - HS Carlos Eduardo Guevara 30 de mayo (2:58 pm)</p> <p><i>Proposición 2:</i> HR Carlos Felipe Quintero 7 de junio (2:42 pm)</p> <p><i>Proposición 3:</i> HR Jorge Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elías Vidal 29 de agosto (10:04 am)</p>	<p><b>Artículo 6. Atención Primaria en Salud (APS).</b> La Atención Primaria en Salud se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Se encuentra constituida de manera integrada e interdependiente por la acción transectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las redes integrales e integradas de servicios de salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemática, permanente y resolutive e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y muerte digna. Es transversal al sistema de salud y todos los integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, lo cual debe evidenciarse en cada interacción del sistema con las personas, familias y comunidades.</p> <p>El desarrollo de la atención primaria en salud contemplará, entre otros aspectos, los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación, con participación comunitaria, de las condiciones sociales que inciden en la calidad de vida y en la salud, así como de las inequidades existentes entre grupos de población según su ubicación territorial.</li> <li>2. Formulación, con participación comunitaria, de políticas y planes transectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud <del>en territorios específicos,</del> con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, espacio público, salud ocupacional y control de violencia interpersonal, de género e intrafamiliar.</li> <li>3. La provisión integral e integrada, con financiación del sistema de salud, de los servicios de salud individuales y colectivos.</li> <li>4. La atención domiciliaria y en los entornos comunitario, escolar, laboral e institucional en salud a través de equipos de salud territorial con el propósito de eliminar barreras de acceso a los servicios de salud, a toda la población del territorio nacional, incluyendo la atención de personas con dependencia funcional <del>alta</del> por discapacidad, curso de vida, o situaciones</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p><i>Proposición 4:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (2:32 pm)</p> <p><i>Proposición 5:</i> HR Maria Fernanda Carrascal - HR Juan Carlos Vargas - HR Alfredo Mondragón - HR Susana Gomez 19 de septiembre (3:37 pm)</p>	<p>de salud agudas o crónicas. En caso de procedimientos que requieran el desplazamiento a instituciones de salud se garantizará el traslado requerido del usuario y cuidador.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. El fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia y seguimiento de las personas asegurando así la continuidad de la atención y coordinando la adecuada derivación a los equipos de salud territorial.</li> <li>6. La coordinación con otros sectores para su integración en el sistema de referencia y contrarreferencia y generación de respuestas transectoriales según caracterización de salud familiar y comunitaria.</li> <li>7. Se tendrá una perspectiva de salud mental en todas las actuaciones <b><u>sectoriales y transectoriales</u></b> y se buscará el fortalecimiento de las capacidades de las personas, familias y comunidades en todo el curso de vida, para transitar la vida cotidiana, establecer relaciones significativas y ser productivos para sí mismos y sus comunidades. <b><u>Garantizando el componente predictivo y preventivo en la atención integral de salud mental.</u></b></li> <li>8. Implementar las disposiciones de la Política Nacional de Cuidado y el Sistema Nacional de Cuidado, según competencia, <b><u>incluyendo los enfoques diferencial y de género.</u></b></li> <li>9. Garantizar la información requerida para la atención primaria en salud, permanente en línea y en tiempo real a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</li> <li>10. Fortalecimiento al acceso efectivo a servicios de salud, en especial, en zonas rurales, zonas con población dispersas, con vulnerabilidades socioeconómicas y desigualdades en salud, y poblaciones con presencia de grupos étnicos.</li> <li>11. La Atención Primaria <del>en</del> de Salud integrará los enfoques <del>de puerta de entrada, familiar, comunitario, longitudinalidad, continuidad</del> <b><u>diferencial, territorial y de género.</u></b></li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p><b>Parágrafo 1.</b> El componente predictivo del modelo estará desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y los prestadores de Salud.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El diseño, implementación y mantenimiento del Modelo de Atención en Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo al igual que las intervenciones de los Equipos Territoriales de Salud deberán estar basadas en la evidencia y demás recursos disponibles, contar con un sistema de monitoreo y evaluación de coberturas y resultados, en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) y hacer uso eficiente y transparente de los recursos.</p>
<p><b>Artículo 7.</b> Identificación de determinantes sociales de la salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se acordó acoger una <u>proposición modificatoria</u>, ampliando un numeral que incluye el enfoque interseccional y de género.</p> <hr/> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Ermes Pete</p> <p>1 de Junio (1:35 pm)</p>	<p><b>Artículo 7. Identificación de determinantes sociales de la salud.</b> Para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud el Estado incidirá coordinadamente sobre los determinantes sociales de la salud, con el fin de mejorar las condiciones generales, familiares e individuales de vida de los habitantes del territorio nacional; reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades y disminuir su carga socio económica; elevar el nivel de la calidad de vida de la población; y alcanzar y preservar la salud en cada territorio.</p> <p>Son determinantes sociales de la salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas.</li> <li>2. Seguridad y soberanía alimentaria, que conlleva la accesibilidad y suficiencia de alimentos sanos y nutritivos para una buena y adecuada nutrición.</li> <li>3. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas.</li> <li>4. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas.</li> <li>5. Ambiente sano.</li> <li>6. Acceso al transporte.</li> <li>7. Acceso a la educación.</li> <li>8. Enfoques diferenciales basados en la perspectiva de género.</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p><b>9. <u>Enfoques de interseccionalidad</u></b></p> <p>10. <del>9.</del> Control de vectores, control zoonosis y tenencia adecuada de mascotas.</p> <p>11. <del>10.</del> Los demás que tengan incidencia sobre la salud.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Los determinantes de la salud no son taxativos, por lo cual podrán establecerse nuevos determinantes que exijan su reconocimiento por su relación con el derecho fundamental a la salud de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública y sus expresiones en el ámbito territorial.</p>
<p><b>Artículo 8.</b> Territorio para la gestión en salud</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se acordó acoger <u>proposición modificatoria</u> en que territorios de salud que acudan a esquemas asociativos será de conformidad con la Ley 1454 de 2011 (LOOT).</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elías Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo</p>	<p><b>Artículo 8. Territorio para la gestión en salud.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social definirá Territorios para la Gestión en Salud, como estructuras funcionales, promoviendo el fortalecimiento del diseño y aplicación de las políticas públicas adecuadas a la realidad territorial; la focalización y priorización efectiva de la inversión territorial y el cierre de brechas e inequidades en salud. Los agentes del sistema de salud desarrollarán sus funciones desde las acciones promocionales de salud, pasando por la prestación de servicios de salud, operado en Redes Integrales e Integradas, el aseguramiento social en salud, hasta la definición de intervenciones y metas, las cuales se ajustarán a las distintas necesidades y problemas en salud de las personas, familias y comunidades que allí habitan.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social en un término no superior a un año posterior a la entrada en vigencia de la presente ley definirá los Territorios de gestión de salud, usando métodos y algoritmos de estadística espacial que incluyan como mínimo los siguientes elementos: i) organización de tipologías de municipios y distritos usando variables socio económicas, ii) ajuste de modelos de territorialización basados en distancias entre municipios o distritos de distintas tipologías, iii) validación de divisiones territoriales basadas en distancias y diferencias de capacidades territoriales, y iv) criterios a partir de los cuales se definen los territorios PDET y ZOMAC.</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	Hurtado 29 de agosto (10:04 am)	<b>Parágrafo 2.</b> Los Territorios para la gestión en salud podrán acudir a esquemas asociativos territoriales <b><u>de conformidad con lo previsto en la ley 1454 de 2011 o la norma que la sustituya, derogue o modifique.</u></b>
<b>Artículo 9.</b> Centro de Atención Primaria en Salud	<b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b>  Tras la explicación sobre universalidad del modelo se acordó acoger el artículo <u>como viene en la ponencia.</u>	<b>Artículo 9. Centro de Atención Primaria en Salud.</b> 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 de Servicios de Salud; junto con los equipos de salud territoriales se constituyen en la puerta de entrada de la población al sistema de salud. Todos los CAPS de naturaleza pública, privada y mixta serán financiados por oferta.  Los CAPS hacen parte de la territorialización del accionar del sector salud partiendo del reconocimiento de las necesidades, características y potencialidades del territorio y la persona, familias y comunidades, la articulación para facilitar el acceso de la población adscrita a otros sectores del Estado, y la promoción de la participación social y comunitaria.  Las acciones de los CAPS, incluidas las de los equipos de salud territoriales son universales, territoriales, sistemáticas y permanentes, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales, y en el marco del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo del que trata esta ley.  Los CAPS desarrollarán los procesos de adscripción poblacional, administración y atención al ciudadano, prestación de servicios de salud, vigilancia en salud pública, gestión intersectorial y participación social y darán cumplimiento a todos los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad normados por el Ministerio de Salud y Protección Social  Los CAPS prestan servicios de salud individuales, servicios de salud colectivos y de salud ambiental en modalidad intramural, extramural y telemedicina, y podrán incluir

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p>progresivamente especialidades básicas, medicina familiar y se articulan con los servicios sociosanitarios y de cuidado disponibles en el territorio.</p> <p>El Gobierno Nacional reglamentará su conformación, tipologías, funcionamiento e integración en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud 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.</p> <p>La financiación de los CAPS se hará con recursos a la oferta, provenientes de la Cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de acuerdo con presupuestos estándar que financie 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.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social regulará el rol de los CAPS de naturaleza privada o mixta incluidas las que sean propiedad de las Gestoras de Salud y Vida en el cumplimiento de las funciones de salud pública y prestación de servicios de conformidad con la normativa vigente a la expedición de la presente Ley.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> Los Centros de Atención Primaria en Salud de naturaleza pública se organizarán como Instituciones de Salud del Estado - ISE del nivel primario, podrán tener y operar sedes en el ámbito de su territorio y población adscrita para garantizar el acceso a servicios de salud y podrán ser una unidad funcional de otra Institución de Salud del Estado, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>
<p><b>Artículo 10.</b> Estructura y funciones de los Centros de</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p>	<p><b>Artículo 10. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS.</b> Los Centros de Atención Primaria en Salud independiente de su naturaleza</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
Atención Primaria en Salud - CAPS.	<p>Se elaboró y radicó <u>proposición modificatoria</u> que garantiza selección dentro de la oferta disponible de CAPS. Se acordó acoger cuatro <u>proposiciones modificatorias</u> que incluyen enfoque diferencial, salud mental y enfermedades huérfanas.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Liliana Rodríguez Valencia 1 de junio (10:37 AM)</p> <p><i>Proposición 2:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (12:30 pm)</p> <p>HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p>	<p>jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:</p> <p>1. Adscripción poblacional:          Todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un CAPS de su preferencia en función del <u>municipio o distrito</u> su lugar <del>de residencia</del>. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, <u>garantizando la selección dentro de la oferta disponible de CAPS en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente según</u> <del>que serán reglamentación</del> <u>de expedid</u> por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>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.</p> <p>Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, debe adscribirse en el CAPS del respectivo municipio, barrio o sector donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán al CAPS cambios en la población del territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita.</p> <p>2. Prestación de servicios de salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Recolectará la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales, apoyado en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud, <u>incluyendo enfoques diferencial y de género.</u></li> <li>b. Elaborar los planes de salud familiar y comunitaria <u>y mental</u> con base en necesidades y potencialidades identificadas, <u>teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género.</u></li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p><i>Proposición 3:</i> HR Maria Fernanda Carrascal - HR Juan Carlos Vargas - HR Alfredo Mondragón - HR Susana Gomez, HR Martha Alfonso 19 de septiembre (3:27 pm)</p> <p><i>Proposición 4:</i> HR Carolina Giraldo Botero 21 de septiembre (5:35 pm)</p> <p><i>Proposición Comisión Accidental:</i> HR Catherine Juvinao; HR Jennifer Pedraza; HR Juan Carlos Vargas; HR David Racero; HR Julia Miranda; HR Martha Alfonso; HR Germán Rozo; HR Germán Gómez; HR Alfredo Mondragón.  3 de Octubre,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias y saberes ancestrales <b>y aquellos asociados a la salud mental</b> autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.</li> <li>d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos con apoyo de los operadores farmacéuticos.</li> <li>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 <b>o huérfanas</b> y para su prevención, <b>diagnóstico y manejo</b> según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.</li> <li>f. Contribuir a la ejecución de los programas de salud pública, en especial, los eventos de interés en salud pública, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, <b>salud sexual y reproductiva</b>, 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, <b>con enfoques diferencial y de género.</b></li> <li>g. Brindar y articular en las RIISS la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes, <b>incluyendo los enfoques territorial y de género.</b></li> <li>h. Asegurar la pertinencia sociocultural de los servicios de salud a las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.</li> </ul> <p>3. Administración y atención al ciudadano:</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p>Los CAPS son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita <b><u>y de los que temporalmente requieran atención urgente</u></b>, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p> <p>Los servicios de salud de los CAPS públicos podrán contratarse temporalmente con terceros, mientras se desarrolla la capacidad instalada requerida en el marco del modelo de salud.</p> <p>Además, en el marco de este proceso serán responsables de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población <b><u>teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género</u></b>.</li> <li>b. Organizar la operación del CAPS en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio.</li> <li>c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad en articulación con las Gestoras de Salud y Vida cuando aplique.</li> </ol> <p>4. Gestión intersectorial y participación social:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio.</li> <li>b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.</li> <li>c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente.</li> </ol> <p>5. Articulación y coordinación del CAPS con las Gestoras de Salud y Vida:</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p>a. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia teniendo en cuenta el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p> <p>b. Los CAPS y las Gestoras 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.</p> <p>c. Los CAPS y las Gestoras evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población adscrita para garantizar la calidad de la atención en salud, <b><u>con enfoques diferencial, territorial y de género.</u></b></p> <p>d. Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio <del>sanitario</del> <b><u>de salud</u></b> asignado, de acuerdo con las RIISS establecidas 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.</p> <p>e. Los CAPS desarrollarán mecanismos de coordinación de las redes integrales e integradas de servicios de salud RIISS, 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.</p> <p><b><u>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará dentro de los primeros seis meses (6) de entrada en vigencia de la presente Ley, el procedimiento que cualquier ciudadano, familia o grupos deberá realizar para notificar y recibir atención médica por motivos de viaje dentro del territorio nacional.</u></b></p> <p><b><u>Parágrafo 2. Los Centros de Atención Primaria en Salud implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y</u></b></p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<u>congestiones. Para ello privilegiarán el uso de tecnologías de la información cuando corresponda.</u>
<p><b>Artículo 11.</b> Equipos de salud territorial.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se acordó acoger tres <u>proposiciones</u> <u>modificatorias</u> que proponen mejoras en la redacción y precisan un año para la reglamentación de equipos de salud.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elías Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)</p> <p><i>Proposición 2:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p>	<p><b>Artículo 11. Equipos de salud territorial.</b> Los equipos de salud territorial son grupos interdisciplinarios conformados por <u>personas con</u> perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especializados para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades de manera permanente, sistemática, continua y contigua en territorios determinados y sus entornos de la vida cotidiana, en los diferentes momentos del curso de la vida, considerando la diversidad poblacional, los enfoques y principios del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud.</p> <p>Cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un <del>pequeño</del> <b>determinado</b> territorio, <b>donde el</b> <del>cuyo</del> número <b>de familias</b> variará según condiciones de dispersión geográfica, ruralidad, aspectos socio culturales, ambientales, demográficas, entre otros. La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias.</p> <p>La asignación del equipo de salud territorial a un grupo de personas, familias y comunidades favorece un mayor conocimiento de las dinámicas de salud y bienestar de dichas poblaciones, la integralidad y oportunidad de la atención, así como la continuidad del cuidado centrado en las personas en los ámbitos de vida cotidiana.</p> <p>Los equipos de salud territorial son organizados por los Centros de Atención Primaria en Salud y realizan acciones permanentes de caracterización, detección temprana, protección específica, servicios de salud de carácter resolutivo <b>prestados</b> a través de <b>cualquiera de</b> las modalidades <del>intramural y extramural</del> <b>consideraras en la norma de habilitación</b> con apoyo de <b>todas las formas de</b> telesalud y <del>telemedicina</del>, intervenciones colectivas, así como procesos de gestión de la salud pública.</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p><i>Proposición 3:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p>	<p>Los equipos de salud territorial aportan a las dinámicas comunitarias de salud y la organización social del cuidado de la vida, teniendo como eje articulador del trabajo sectorial y transectorial la garantía de los derechos que permiten materializar una vida digna.</p> <p>La información poblacional y territorial identificada por el equipo de salud territorial permitirá adoptar decisiones sobre la planificación de la salud, predecir posibles afectaciones, gestionar los resultados de salud y contribuir a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud. La información en mención hará parte del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social <b><u>dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley</u></b>, establecerá las disposiciones normativas y técnicas para la operación de los equipos de salud territorial.</p>
<p><b>Artículo 12.</b> Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se decide dejar el artículo <u>como viene en la ponencia</u> debido a que no hay acuerdo frente a los cambios.</p> <hr/> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p>	<p><b>Artículo 12. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS.</b> La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios o hacen acuerdos de voluntades para prestar atención sanitaria con calidad, equitativos, integrales, integrados, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, con una orientación familiar y comunitaria a una población ubicada en un espacio poblacional determinado. Las redes integradas e integrales, debidamente habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la coordinación de las Entidades Territoriales y las Gestoras de Salud y Vida deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirven, estarán conformadas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud, que harán acuerdos de voluntades que reglamentará 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</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p>el modelo preventivo y predictivo, basado en la Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria, intercultural y diferencial.</p> <p>Los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna se suministrarán por las Redes con la suficiencia técnica y administrativa necesarias. Sin perjuicio de la adscripción a un Centro de Atención Primaria en Salud -CAPS, las personas podrán acceder a la consulta médica cerca del sitio de trabajo, dentro de la oferta de CAPS disponible del agente público, privado o mixto responsable de la gestión de sus riesgos de salud y financiero.</p> <p>Las Redes se soportarán en las tecnologías de la información y la comunicación, cuya reglamentación técnica y operativa le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Las Gestoras de Salud y Vida desarrollarán mecanismos de coordinación de las redes integrales e integradas de servicios de salud RIISS, en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y CAPS se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> Las Direcciones Departamentales y Distritales supervisarán el desempeño de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>
<p><b>Artículo 13.</b> Criterios determinantes de las redes integrales e integradas de servicios de salud – RIISS.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b> Se decide dejar el artículo <u>como viene en la ponencia</u> debido a que no hay acuerdo frente a los cambios.</p>	<p><b>Artículo 13. Criterios determinantes de las redes integrales e integradas de servicios de salud – RIISS.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares, criterios y mecanismos para la conformación de las RIISS en los Territorios para la gestión de salud. La habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en</p>

<b>ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE</b>	<b>RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL</b>	<b>TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL</b>
	<b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b>	<p>resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá los criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS, con fundamento en los siguientes parámetros:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modelo de atención. Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales y diferenciales, establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental. El modelo contará con un nivel primario como primer contacto que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas, 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.</li> <li>2. Rectoría y Gobernanza de la red. Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario con servicios de mediana y alta complejidad, y garantizar la continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios de las redes se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.</li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p>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.</p> <p>4. Sistema de asignación e incentivos. Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la Red, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales 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 entre los prestadores, los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida. Se calculará un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores, los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al 3%. Se considerarán los resultados en salud, satisfacción de los usuarios y uso eficiente de los recursos.</p> <p>5. Resultados. Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del Sistema Integral para la Calidad en Salud (SICA). Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.</p> <p>6. Los modelos de acuerdos de voluntades al interior de las redes, deben ser modelos de generación de valor, que eviten la fragmentación en la atención y cuiden los recursos del sistema.</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, así como los requisitos y condiciones para su organización y conformación.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de su función de articuladores de las RIISS.</p>
<p><b>Artículo 14.</b> Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud – RIISS.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se sugiere acoger tres <u>proposiciones modificatorias</u> que incluye que las RIISS se integrarán “servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Se adiciona el apoyo de direcciones municipales. Se integra apartado en el que las ISE de carácter universitario tendrán asesoría del MinSalud y MinEducación.</p>	<p><b>Artículo 14. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud – RIISS.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud <u>-RIISS</u> en los territorios para la gestión en salud. <u>En estas RIISS se integrarán los servicios de promoción, prevención detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental.</u> Para tal efecto contará con el apoyo de las direcciones Departamentales y Distritales <u>y Municipales</u> que coordinarán con los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio de Gestión en Salud, en el marco de la operación mixta. Las RIISS se deberán registrar en el aplicativo que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p><u>Todas las Instituciones de Salud del Estado de carácter universitario, deberán contar con asesoría y apoyo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con el Ministerio de Educación Nacional, en formación y componentes pedagógicos para los profesionales quienes imparten cátedra o hacen seguimiento y acompañamiento a los estudiantes en dichas instituciones de salud.</u></p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>No hay acuerdo en relación con ajuste de la “habilitación y organización de las Redes”</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Jaime Raúl Salamanca 31 de mayo (4:37 PM)</p> <p><i>Proposición 2:</i> HR Olga Lucia Velásquez 2 de Junio (2:19 pm)</p> <p><i>Proposición 3:</i> HR Alfredo Mondragón - HR Martha Alfonso 19 de septiembre (5:16 pm)</p>	
<p><b>Artículo 15.</b> Fortalecimiento del nivel primario de atención</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se acordó acoger <u>proposición modificatoria</u> que incluye el enfoque diferencial y de género.</p>	<p><b>Artículo 15. Fortalecimiento del nivel primario de atención.</b> El nivel primario de atención es el componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias y la comunidad, y con el resto de los sectores sociales, facilita la participación social y la acción intersectorial, y su fortalecimiento constituye el medio y fin para la operación de la atención primaria en salud en el modelo de atención en salud preventivo, predictivo y resolutivo. Para tal efecto, el Gobierno Nacional desarrollará planes, programas y proyectos intersectoriales, territoriales <u>con enfoques</u> y</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b>  <i>Proposición 1:</i> HR Maria Fernanda Carrascal - HR Juan Carlos Vargas- HR Alfredo Mondragón, HR Susana Gomez, y HR Martha Alfonso  19 de septiembre (3:27 pm)</p>	<p>diferenciales <b>y de género</b>, que promuevan condiciones de desarrollo social, cultural, económico, político, ambiental, así como la atención física y mental en salud; para ello se apoyará en tecnologías de la información y la comunicación, equipamiento e infraestructura social, investigación social y clínica aplicada, entre otras.</p>
<p><b>Artículo 16.</b> Acceso y continuidad de la atención en el nivel complementario.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b>  Se acordó aprobar el artículo <u>como viene en el articulado</u>.</p>	<p><b>Artículo 16. Acceso y continuidad de la atención en el nivel complementario.</b> El acceso y continuidad de la atención con el nivel complementario de mediana y alta complejidad, se debe establecer teniendo en cuenta la capacidad y los recursos humanos, técnicos y tecnológicos para responder a las necesidades de atención especializada de las personas, mediante la gestión clínica e integral basada en el conocimiento científico a lo largo del tiempo, de forma coordinada y sin interrupciones. El acceso y continuidad de la atención con el nivel complementario, de mediana y alta complejidad, se debe brindar a todas las poblaciones, urbanas, rurales y dispersas de un territorio, complementándose con las modalidades de prestación de servicios extramural y telemedicina y el apoyo de telesalud. La atención en salud del nivel complementario debe contemplar a la familia o sus cuidadores como sujetos de atención, y también como criterio de humanización en la continuidad del cuidado de la persona.</p>
<p><b>Artículo 17.</b> Apoyo al interior de las redes.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b>  Se elaboró y radicó <u>proposición modificatoria</u></p>	<p><b>Artículo 17. Apoyo al interior de las redes.</b> Las instituciones de las redes integradas e integrales que presten servicios de mediana complejidad deberán prestar apoyo permanente a los Centros de Atención Primaria en Salud de su área de influencia para fomentar el acercamiento de la tecnología especializada a los pacientes mediante <b>telesalud. Cuando se trate de la prestación de servicios podrán apoyarse en</b></p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>que mejora redacción y marco conceptual. Se acordó acoger dos <u>proposiciones</u> <u>modificatorias</u> que mejoran la redacción.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elías Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)</p> <p><i>Proposición 2:</i> HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)</p> <p><i>Proposición de la comisión accidental:</i> HR Germán Rozo - HR Julia Miranda - HR Germán Gómez - HR David Racero - HR Juan Carlos</p>	<p><u>cualquier modalidad en</u> la telemedicina <u>o telexperticia con el fin de</u> <del>evitar su</del> <u>evitar el</u> traslado innecesario <u>de los pacientes</u> o promoverlo cuando sea pertinente. En cualquier caso, coordinarán con tales centros las rutas y los protocolos de atención de las enfermedades agudas o por accidentes, y de las enfermedades prevalentes, en especial las patologías crónicas. Se establecerán por parte del Ministerio de salud y Protección social, los mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de la Red Integral e Integrada de servicios de salud, con espacios de interlocución y participación que desarrollen acciones conjuntas, coordinadas y sinérgicas entre los CAPS con los demás integrantes de la Red, asegurando el continuo de la atención de los pacientes.</p> <p><b>Parágrafo.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social fomentará la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades con mayor incidencia y prevalencia en los territorios para la gestión en salud, <del>como los trastornos del espectro autista,</del> con el objeto de garantizar y optimizar el diagnóstico preciso y oportuno, <u>así como el tratamiento adecuado;</u> <del>y la respuesta terapéutica adecuada;</del> sin importar la ubicación geográfica de los prestadores y del paciente.</p> <p>La prestación de servicios se hará mediante la atención directa a pacientes utilizando la <u>telesalud</u> <del>telemedicina</del> u otras TIC o por medio de convenios que permitan el desplazamiento temporal de especialistas a territorios con mayor incidencia y prevalencia, para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio.</p> <p>La Administradora de Recursos del Sistema de Salud - ADRES garantizará la financiación de prestación de los servicios para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos de alto costo indispensables en el tratamiento de estas enfermedades.</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	Vargas - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón 3 de octubre	
<b>Artículo 21.</b> Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria.	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b></p> <p>Se acordó acoger <u>proposición modificatoria</u> que mejora la redacción.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Jose Octavio Cardona y el HR Germán Rozo. 3 de octubre (1:32 pm)</p>	<p><b>Artículo 21. Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria.</b> Las Direcciones Municipales con el apoyo del CRUE del nivel seccional y las entidades Distritales de Salud tendrán bajo su responsabilidad el servicio único de atención prehospitalaria de urgencias, el que podrá integrarse con otros servicios de emergencia <b>tales</b> como los cuerpos de bomberos, o la Cruz Roja, y Defensa Civil, <b>entre otros</b>.</p> <p>Así mismo, les corresponde la coordinación de la red de urgencias.</p>
<b>Artículo 22.</b> Prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras y su prevención.	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b></p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i> HR Erika Sánchez - HR Juan Carlos Vargas - HR Gloria Elena Arizabaleta - HR Martha Alfonso - HR David Racero - HR Martha</p>	<p><b>Artículo 22. Prestación de servicios especializados para personas con enfermedades huérfanas/raras y su prevención.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social fomentará y organizará la red de las instituciones y Centros <b>especializados de referencia</b> en enfermedades <b>huérfanas/raras</b>, con el objeto de <b>hacer prevención, tamización</b> y optimizar el diagnóstico preciso y oportuno y garantizar la <b>respuesta terapéutica el manejo oportuno</b> para estas <b>condiciones de salud</b> patológicas, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente, <b>así como diseñar e implementar programas de investigación tendientes a generar evidencia en promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento.</b></p> <p>La prestación de servicios se hará <b>de forma integral</b>, mediante <b>un modelo diferencial de atención que incluya prevención, tamización diagnóstico temprano, manejo, rehabilitación, cuidado paliativo y acceso efectivo a tratamientos, terapias y</b></p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>Alfonso 2 de octubre (10:00 am)</p>	<p><b><u>procedimientos que se requieran y que permita</u></b> la atención directa de pacientes remitidos desde las coordinaciones departamentales y regionales desde el sistema de referencia y contrarreferencia o <b><u>se apoyará</u></b> utilizando la <b><u>telemedicina</u></b> u otras TIC para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio, en articulación con las 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. <b><u>Este modelo deberá ser diseñado y desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de veinticuatro (24) meses a partir de la entrada en vigencia de esta ley.</u></b>  <b><u>El Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de Recursos del Sistema de Salud – ADRES</u></b> garantizará la financiación de prestación de los servicios <b><u>de salud</u></b> para <b><u>la atención integral de las enfermedades huérfanas/raras, así como el diagnóstico</u></b> la adquisición y la distribución de medicamentos <b><u>y tecnologías en salud</u></b> indispensables en el tratamiento de estas enfermedades.  <b><u>Parágrafo 1. Para el diseño e implementación del modelo se deberá tener en cuenta la participación de la Mesa Nacional de Enfermedades Huérfanas/Raras, con todos los actores que la conforman, incluidas las asociaciones de pacientes y sociedades científicas, conforme a lo dispuesto en la Resolución 1871 de 2021 o la que la modifique o sustituya; y deberá estar alineado y articulado con el Plan Nacional para la Gestión de las Enfermedades Huérfanas/Raras.</u></b>  <b><u>Parágrafo 2. Mientras se define e implementa el modelo diferencial para la atención de enfermedades huérfanas/raras, se deberá garantizar la continuidad de la atención integral de los pacientes en tratamiento y de los nuevos pacientes como casos sospechosos o casos confirmados.</u></b>  <b><u>Parágrafo 3. Se deberá diseñar e implementar un programa de capacitación a los profesionales de salud tanto de puerta de entrada como los que hagan parte del proceso de atención para la tamización, diagnóstico temprano de enfermedades huérfanas/raras; y se deberá facilitar la consejería genética.</u></b></p>
<p><b>Artículo 31.</b> Consejo Nacional de Salud.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b></p>	<p><b>Artículo 31. Consejo Nacional de Salud.</b> Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	Hay disenso	<p>Protección Social, que tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de política pública de salud, presentar iniciativas normativas de carácter reglamentario, evaluar y generar informes periódicos sobre el funcionamiento del Sistema de Salud.</p> <p>El Consejo Nacional de Salud estará conformado por cinco (5) representantes del Gobierno Nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien lo presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público; el Ministro del Trabajo; el Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible y el Director de Planeación Nacional.</p> <p>Igualmente se dará representación en la conformación del Consejo a los siguientes estamentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gobiernos Territoriales</li> <li>2. Trabajadores</li> <li>3. Sociedades científicas y colegios profesionales</li> <li>4. Pacientes</li> <li>5. Academia, facultades y escuelas de salud</li> <li>6. Empresarios</li> <li>7. Grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado</li> </ol> <p>El Superintendente Nacional de Salud y el director de la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES formará parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. A su vez el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes.</p> <p>El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de cinco (5) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite.</p>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
		<p><b>Parágrafo 1.</b> El Gobierno Nacional reglamentará el número de integrantes por cada estamento sin que el total supere los 15 integrantes. Se procurará la paridad de género en la conformación del mismo. Los representantes no gubernamentales serán elegidos por un período de tres (3) años, y podrán postularse para su reelección por máximo un período; su elección se realizará por cada una de las organizaciones correspondientes, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en principios democráticos, de representatividad, transparencia, e imparcialidad.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir dicha reglamentación en los seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley. Igualmente, reglamentará la designación de los representantes de los Centros de Atención Primaria en Salud.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> Los representantes gubernamentales serán los funcionarios que ejerzan el cargo de jefe de la entidad con el derecho a participar en el Consejo Nacional de Salud.</p> <p><b>Parágrafo 3.</b> La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo idóneo, no dependiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito, previa convocatoria pública, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud. La respectiva ley anual definirá un presupuesto de funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros, el soporte técnico, y gastos para comunicación. Los consejeros no gubernamentales recibirán los gastos de transporte, hospedaje y alimentación y honorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según el reglamento establecido por el mismo Consejo.</p>
<b>Artículo 47.</b> Plan Nacional de Equipamiento en Salud.	<b>RESUMEN DEFINICIÓN:</b>	<b>Artículo 47. Plan Nacional de Equipamiento en Salud.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social estructurará un Plan decenal de Equipamiento y dotación en Salud

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	<p>Hay acuerdo de acoger la proposición elaborada en la comisión.</p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p>HR Catherine Juvinao, German Rozo, Juan Carlos Vargas, Julia Miranda, Jennifer Pedraza, Camilo Ávila, Alfredo Mondragón, Gloria Arizabaleta, Martha Alfonso.</p>	<p>con criterios de equidad regional, con la participación de las Direcciones Territoriales de Salud, quienes deberán presentar cada cuatro (4) años los planes de inversión en infraestructura y dotación, en concordancia con el período de gobierno, y podrán hacer ajustes a dichos planes por contingencias que ameriten una revisión y ajuste. Este plan se financiará con recursos específicos de la ADRES.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social podrá ejecutar los recursos, del Plan Nacional de Equipamiento en Salud, cualquiera que sea su fuente mediante fiducia mercantil con una sociedad fiduciaria de carácter público.</p> <p><b><u>En un plazo máximo de seis meses (6) de expedida la siguiente Ley, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá hacer público el plan de fortalecimiento de la infraestructura en salud, en relación con el desarrollo e implementación de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS; el cual deberá incluir los respectivos mecanismos de seguimiento, auditoría, veeduría y de rendición de cuentas.</u></b></p>
<p><b>Artículo 128.</b> Facultades extraordinarias.</p>	<p><b>RESUMEN DEFINICIÓN :</b></p> <p><b>AUTORES DE PROPOSICIONES QUE SE SUGIERE A ACOGER:</b></p> <p><i>Proposición 1:</i>HR Martha Alfonso 19 de septiembre (4:27 pm)</p> <p><i>Proposición 2:</i> HR Julia Miranda - HR Jennifer Pedraza - HR Juan Carlos</p>	<p><b>Artículo 128. Facultades extraordinarias.</b> Facultades extraordinarias. Facultase al Presidente de la República por el término de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley para:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dictar las disposiciones y realizar las operaciones presupuestales que se requiera para capitalizar a la Nueva EPS en el periodo de transición, así como dictar las disposiciones orgánicas que corresponda para su adecuada operación.</li> <li>2. <b><u>Expedir las disposiciones laborales para garantizar condiciones laborales que garanticen igualdad, estabilidad, seguridad y continuidad laboral, tanto del sector privado como del sector público. Dichas disposiciones deberán asegurar, como mínimo, el pago oportuno de los trabajadores, una jornada laboral de 42 horas, una prima técnica en circunstancias especiales, la seguridad social y el control de riesgos sobre exposición a radiaciones</u></b></li> </ol>

ARTÍCULO PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	RESUMEN DE DEFINICIÓN DE LA COMISIÓN ACCIDENTAL	TRANSCRIPCIÓN DE PROPOSICIONES SUGERIDAS ACOGER POR LA COMISIÓN ACCIDENTAL
	Vargas HR Gloria Elena Arizabaleta - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón - HR David Racero 2 de octubre (10:18 am)	<p><u>ionizantes. Para el sector público, se expedirá una carrera administrativa del sector salud y un régimen salarial especial.</u></p> <p>3. <u>Dictar las normas orgánicas del Instituto Nacional de Salud tendientes a fortalecer la soberanía sanitaria del país; fortalecer sus competencias como instituto de investigación y ciencia para su desarrollo técnico, tecnológico, científico y de innovación en salud; establecer los incentivos para el Instituto y sus servidores que desarrollen y fomenten la ciencia y tecnología en salud conforme a lo dispuesto en el artículo 71 de la Constitución Política; determinar el régimen especial de sus investigadores; y dictar su régimen específico de carrera.</u></p>

### ARTÍCULOS NUEVOS QUE LA COMISIÓN PROPONE

AUTORES DE PROPOSICIONES DE ARTÍCULO NUEVO QUE SE SUGIERE A ACOGER:	TRANSCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO PROPUESTO
HR Irma Luz Herrera - HR Julia Miranda - HR Érika Sánchez - HR Germán Rozo - HR Juan Carlos Vargas - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón - HR David Racero - HR Norman Bañol - HR Jennifer Pedraza - HR Daniel Carvalho. 29 de septiembre (9:50 am)	<p><u>Artículo nuevo: El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Educación, con el fin de fortalecer la oferta de especialistas médico quirúrgicas, establecerán estrategias de manera transitoria para aumentar los cupos tanto en universidades públicas como privadas a nivel nacional, que permitan alcanzar los mínimos requeridos de talento humano de acuerdo con las necesidades de atención en salud de cada territorio.</u></p>

En los anteriores términos esta comisión accidental se permite presentar el informe que le fuere encomendado por la mesa directiva de Honorable Cámara de Representantes.

Atentamente,



## **ANEXOS:**

**Anexo 1.** La HR Julia Miranda hace entrega de un documento en donde expresa sus impresiones sobre el proyecto de ley “ACUERDOS Y DESACUERDOS INFORME DE SUBCOMISIÓN” el cual se incluye a continuación.

**Anexo 2.** Constancia de la Honorable Representante Ana Rogelia Monsalve Álvarez.

### **Anexo 1. ACUERDOS Y DESACUERDOS INFORME DE SUBCOMISIÓN, radicado por la HR Julia Miranda, Daniel Carvalho y Jenifer Pedraza**

Acudimos a la subcomisión con la genuina intención de lograr un acuerdo político que le permita al país tener una Reforma a la Salud. Durante estos días, hemos escuchado a distintos actores y hemos realizado propuestas que no tienen otra intención que construir una reforma que mejore notablemente nuestro sistema y mejore en lo que consideramos la ponencia para Segundo Debate. Pese al ánimo de conciliación y, reconociendo la necesidad de adelantar reformas sociales, no logramos conciliar todas nuestras propuestas con los ponentes. En este pequeño informe estarán consagrados aquellos puntos que fueron concertados, y aquellos en donde no se lograron acuerdos:

**Aquello que se ha acogido y en lo que coincidimos:** Es importante aclarar que de nuestras proposiciones sólo fueron acogidas parcialmente y no en su integralidad.

- Coincidimos en la necesidad de eliminar la intermediación financiera en cabeza de las EPS y prohibir la integración vertical en segundo y tercer nivel. Reconocemos que estos beneficios y delegación de funciones han generado incentivos perjudiciales y perversos para el sistema: la gravedad de que esta intermediación hoy sea la responsable de que a las IPS se les deba 16 billones de pesos; así como de la precarización del Talento Humano en Salud.
- Por lo anterior propusimos que la gestión integral en salud estuviera en cabeza de las Gestoras, mientras la gestión del riesgo financiero la encabezara la institucionalidad del Estado.
- Hicimos propuestas para dignificar las condiciones del Talento Humano en Salud. Por eso, logramos precisar no las facultades extraordinarias al Presidente para establecer un régimen especial para el talento humano, con mínimos establecidos por ley para la expedición de dicho régimen.
- Propusimos que en el proceso de pagos de deudas de las hoy EPS tenga prelación el pago del talento humano en salud, lo cual fue acogido por la Subcomisión. Este criterio rige igualmente en el saneamiento financiero de las Instituciones Prestadoras de Salud públicas por parte del Ministerio de Hacienda.
- Reconocimos la importancia de implementar, después de varios años, un sistema de información unificado para el sector salud. Por eso, propusimos la interoperabilidad de los sistemas de información actuales, con el fin de salvaguardar la inversión e información de los sistemas actuales. Igualmente valoramos necesario se estimen tiempos, capacidades y presupuesto para garantizar la interoperabilidad; teniendo en cuenta que a través de este sistema se implementará la historia clínica única y que tendrá múltiples usuarios finales.
- En el marco de la discusión sobre la naturaleza y funciones de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, logramos establecer precisiones sobre competencias asociadas al sistema de

referencia y contrarreferencia, especificando que su gestión estará en cabeza de las gestoras, con supervisión de las Direcciones Territoriales.

- Logramos salvaguardar el principio de libre elección a la hora de hacer la adscripción al CAPS. Ahora, los usuarios podrán elegir, con preferencia a la cercanía a su lugar de residencia o trabajo.

#### **Aquello que no fue acogido:**

- Nuestra propuesta buscaba que las gestoras mantuvieran aquellas funciones relacionadas a la gestión integral del riesgo en salud (afiliación, gestión del usuario a través del sistema, conformación de las redes, entre otras). No obstante, en esta propuesta, la gestión del riesgo en salud queda atomizada a varios actores, como ADRES, Gestoras de Salud y Vida, Entidades Territoriales y CAPS. Consideramos que esto es preocupante, en tanto la información y agencia del usuario se diluye; adicionalmente no especifica responsables claros que mantengan la continuidad de la prestación del servicio..
- Propusimos ajustar las tareas de los nuevos Centros de Atención Primaria en Salud, con el fin de concentrar sus tareas en fortalecer la atención en nivel primaria, articular programas de prevención y apoyar la caracterización de la población en el territorio, en coordinación con las Gestoras de Salud y Vida. Coincidimos en la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención, no solo intramural, también con equipos territoriales que puedan fortalecer programas de prevención, atención y salud pública. No obstante, que estos centros asuman tareas administrativas y de gestión del riesgo como la adscripción poblacional o la remisión de los pacientes a la mediana y alta complejidad hace que estos necesiten adquirir capacidades administrativas que hoy no necesariamente tienen, máxime que una gran cantidad de ellos hoy no se encuentran construídos.
- Resaltamos la poca claridad sobre la conformación y contratación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. Según el proyecto, quedan claras tareas en la habilitación y autorización, así como en la coordinación. No obstante, no es claro quién es el actor específico que suscribe los acuerdos de voluntades y no fue una pregunta clarificada tampoco de parte del Viceministerio.
- Insistimos en la necesidad de establecer, amparados en el modelo de aseguramiento, modelos diferenciales de atención para las zonas urbanas y rurales, entendiendo que el sistema actual tuvo serias dificultades para asegurar la prestación del servicio en las zonas rurales y dispersas.
- Reconocemos la necesidad de implementar subsidio a la oferta en aquellas regiones donde la demanda es insuficiente e igual se requiere la garantía del derecho fundamental. No obstante, en zonas urbanas, con alta concentración de prestadores, el primer nivel de atención podría financiarse con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, salvaguardando los valiosos recursos con los que se financia el sistema.
- Consideramos, en línea con gremios médicos, que el Consejo Nacional en Salud debe ser una instancia vinculante en la definición de la Unidad de Pago por Capitación. De igual forma, consideramos que debe ampliarse su composición, para incluir representantes de las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

- No hay claridad sobre el régimen de transición y los costos reales y concretos que implicaría la reforma. La construcción y puesta en marcha de los sistemas de información y los costos asociados y el tiempo necesario para ampliar la capacidad de la ADRES para asumir las nuevas funciones no son claras.

### **Aquello con lo que no estamos de acuerdo de la ponencia de Segundo Debate:**

- No estamos de acuerdo sobre la proposición modificatoria al artículo 97, debido a que se elimina la participación de la academia en las ternas del Comité Técnico-Científico sobre tecnologías en salud.
- No estamos de acuerdo sobre el Artículo 81 “Desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud”, debido a que no tiene en cuenta en el desarrollo del Sistema de Información al Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - TIC ni se adapta al avance en la implementación del Plan Nacional de Conectividad. Además, debe especificarse los costos del Sistema: Hoy se estima que anualmente serían 70 mil millones de pesos, los cuales consideramos insuficientes, pues aunque hoy haya varios sistemas que serán parte del nuevo sistema; el SPUIIS es más que la suma de sus partes.
- El Artículo 53 no tiene ningún sustento técnico al proponer un pago de entre el 5% y el 8% de la UPC para las gestoras cuando la Reforma elimina varias de las funciones que han justificado en el pasado cifras cercanas a estos datos por costos administrativos o de operación. Esto debería ser fruto de un estudio técnico a manos del Ministerio de Salud. Tampoco se acogió nuestra proposición de que haya también un marco de desincentivos, es decir que, por ejemplo si las Gestoras no cumplen con sus funciones se les reduzca hasta en un 1,5% el valor que se les reconoce de la UPC.
- En el Artículo 31 no fue acogida la propuesta de que los conceptos del Consejo Nacional de Salud, especialmente en lo referente al valor de la UPC, fueran vinculantes. Esto es fundamental porque el CNS representa la pluralidad del sector médico y su criterio podría blindar al país de irs y venires orientados por visiones muy disímiles en el Ministerio de Salud, independientemente del Gobierno. Operaría como una especie de ancla que garantice una voz profesional.
- En el artículo 70, si partimos de eliminar la gestión del riesgo financiero en manos de las Gestoras o EPS y se aprueba el giro directo y el manejo de los recursos en ADRES, auditar únicamente el 20% de la facturación, como propone este artículo, podría implicar un incentivo a la corrupción de parte de prestadores y no existe justificación técnica alguna. Esto merece una evaluación con el fin de no asfixiar a las IPS por falta de giro fruto de la excesiva revisión (como hoy ocurre) pero tampoco crear incentivos perversos que puedan inflar excesivamente el gasto en salud sin que esto implique efectivamente mejoras en la garantía de la prestación del derecho.
- En el artículo 4, se habla de modelo, pero en realidad debería hablarse de modelos de salud; teniendo en cuenta los enfoques diferenciales que establece la reforma.
- En el artículo 14, no nos recogemos en el acuerdo: La organización y conformación de las RIISS debería estar a cargo de las Gestoras de Salud y Vida, con la supervisión del Ministerio

de Salud, para aprovechar las capacidades administrativas instaladas con las que cuentan estas entidades.

- Nuestro disenso es claro con el artículo 31: Consideramos que el Consejo Nacional de Salud debe ser plenamente vinculante para la definición del valor de la Unidad de Pago por Capitación y que su composición debe ampliarse para incluir otros actores como los CAPS y la Gestoras.

Pese al ánimo de conciliación, y reconociendo que la ciudadanía ha demandado adelantar reformas sociales que mejoren su calidad de vida, no logramos conciliar parte de las propuestas con los ponentes.

Nos preocupa la financiación de la reforma, especialmente para dotar a la ADRES de todas las capacidades técnicas y de personal que requerirá para asumir todas las nuevas funciones que esta reforma plantea: Serán siete regionales en 33 seccionales; de igual forma es claro que el Sistema Único e Interoperable requerirá de amplios recursos para lograr su llegada a todos los municipios del país y esto debe ir de la mano del Plan de Conectividad Nacional. Es fundamental clarificar la contratación y coordinación de las redes, a nuestra consideración debería ser asumida por las Gestoras; siempre con el ánimo de garantizar la continuidad en la prestación del derecho a la salud en todos sus niveles.

No obstante, creemos que la Subcomisión fue un espacio sumamente valioso para que distintas partes pudiesen expresar sus visiones frente a esta reforma. Creemos que las reformas deben seguir abriendo dichos espacios. Seguiremos insistiendo en nuestras propuestas en la plenaria. No nos mueve otro objetivo que construir una Reforma a la salud que mejore notablemente nuestro sistema. El diálogo debe ser el camino para cambiar a Colombia.

## **Anexo 2:**

### **Constancia de la Necesidad de Consulta Previa para Garantizar los Derechos de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras Reforma a la Salud**

Fecha: octubre 3 de 2023

Por medio de la presente constancia, manifiesto mi profunda preocupación por la ausencia de la garantía del Derecho fundamental a la consulta previa de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en el trámite dado a la Reforma a la Salud.

Esta reforma tiene un impacto significativo en las comunidades y hasta el momento, el derecho a la consulta previa, libre, informada y de buena fe, como se establece en los Decretos 1372 de 2018 y 2957 de 2010, ha sido ignorado.

El pasado 22 de septiembre de 2023, el presidente y delegado de la comisión III del Espacio Nacional de Consulta previa de Salud, ICBF, Mujer Genero y Generación De las comunidades Negras Afrocolombianas Raizales y Palenqueras me informó que:

*“Que el gobierno del presidente Petro comenzó a tramitar la ley de reforma laboral y la pensional y debemos manifestar que como comisión, no tenemos conocimiento alguno si al Espacio Nacional de Consulta Previa, haya sido enviada la socialización de los decretos*

*antes mencionados, como iniciativa, conociendo el alcance de susceptibilidad de afectación y el impacto que puedan generar sobre nuestras comunidades”*

Por su parte, el Ministerio del Interior contestó en relación con el procedimiento de la consulta previa a la reforma a la salud que:

*“Con respecto a lo particular, se acordó convocar al Espacio Nacional de Consulta Previa, entre la última semana de septiembre y la primera semana del mes de octubre, para llevar a cabo la fase de preconsulta, donde se realizará la presentación del texto de la reforma a la salud y coordinar lo pertinente para la construcción de la ruta metodológica en el marco de lo estipulado en el artículo 2.5.1.4.5. del Decreto 1372 de 2018.”*

En el mismo sentido, el Ministerio de Salud respondió que:

*“En consecuencia de ello, con la precisión de su conformación, en conjunto con Ministerio del Interior se hará la convocatoria al Espacio Nacional de Consulta Previa, en la primera semana del mes de octubre de 2023 con el fin de adelantar lo estipulado en el artículo 123 del proyecto de Ley 339 de 2023.”*

Es esencial recordar que la consulta previa es un derecho fundamental para las comunidades étnicas consagrado tanto en la Constitución Política de Colombia como en normativas internacionales. Esta consulta debe llevarse a cabo antes de tomar decisiones administrativas y legislativas que afecten sus territorios, su cultura, su salud y su bienestar en general.

Lamentablemente, hasta la fecha, no se ha cumplido con este deber fundamental a pesar de que la reforma a la salud ya se encuentra en segundo debate ante la Plenaria de la Honorable Cámara de Representantes e infortunadamente la premura en la presentación del informe de la Comisión Accidental, tampoco permitió discutir el artículo 123 sobre la consulta previa e informada a las comunidades NARP. Esto constituye una grave omisión que afecta directamente a nuestras comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Hago un llamado al Gobierno Nacional para que el espacio consultivo programado para la primera semana de octubre, que se realizará, según información del Ministerio de Salud el próximo domingo 8 de octubre de 2023, efectivamente se lleve a cabo. Esto permitirá que nuestras comunidades participen de forma significativa en la toma de decisiones que afectan sus vidas y su futuro.

No se trata solo de consultar el artículo 123 del texto de ponencia para el segundo debate de la reforma a la salud, sino de comprender el funcionamiento del nuevo sistema de salud colombiano y su régimen de transición, con el objetivo de garantizar el sistema propio intercultural al que tenemos derecho, de reconocer y fortalecer la medicina ancestral de nuestras comunidades.

La consulta previa e informada es un paso esencial en la construcción de un país más inclusivo y equitativo para todos.

Atentamente  
ANA ROGELIA MONSALVE ALVAREZ  
Representante a la Cámara  
Circunscripción Especial Afrodescendientes  
Partido Demócrata Colombiano