



Bogotá D.C., 19 de marzo de 2023

Honorable Representante
MARIA EUGENIA LOPERA MONSALVE
Presidenta Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Ciudad

Referencia: Ponencia para segundo debate del proyecto de Ley No. 061 de 2023 Cámara “Por medio del cual se establece la atención móvil e itinerante en salud y se dictan otras disposiciones”

Respetada presidenta:

En cumplimiento de la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, por medio del presente escrito me permito rendir informe de ponencia positiva para segundo debate al proyecto de ley de la referencia.

La presente ponencia está compuesta por ocho (8) apartes:

1. **Antecedentes del proyecto**
2. **Objeto del proyecto de ley**
3. **Problema a resolver**
4. **Marco normativo**
5. **Impacto fiscal**
6. **Competencia del congreso**
7. **Conflicto de interés**
8. **Conclusiones**
9. **Pliego de modificaciones.**
10. **Proposición**

Cordialmente,

JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ
Representante a la Cámara
Coordinador Ponente



“Informe de ponencia positivo para segundo debate del proyecto de Ley No. 061 de 2023 Cámara “Por medio del cual se establece la atención móvil e itinerante en salud y se dictan otras disposiciones”

El presente informe de ponencia está compuesta por ocho (8) apartes:

- 1. ANTECEDENTES DEL PROYECTO**
- 2. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY**
- 3. PROBLEMA A RESOLVER**
- 4. MARCO NORMATIVO**
- 5. IMPACTO FISCAL**
- 6. COMPETENCIA DEL CONGRESO**
- 7. CONFLICTO DE INTERÉS**
- 8. CONCLUSIONES**
- 9. PLIEGO DE MODIFICACIONES**
- 10. PROPOSICIÓN**

1. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

La atención de salud en las zonas rurales de Colombia ha sido históricamente precaria y ha enfrentado numerosos desafíos, aunque ha habido esfuerzos para mejorar la situación, aún persisten varios problemas que afectan el acceso y la calidad de los servicios de salud en estas áreas remotas del país. Uno de los principales desafíos del sistema de salud colombiano, sino el más apremiante, tiene que ver con la disminución de las brechas existentes entre el campo y la ciudad. Dichas diferencias reflejan de un lado, las desigualdades en las condiciones socioeconómicas (p.ej. ausencia de vías de acceso a puestos de salud, baja calidad de la educación), y, del otro, las disparidades territoriales en la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud (DNP, 2014; Ocampo, 2014).

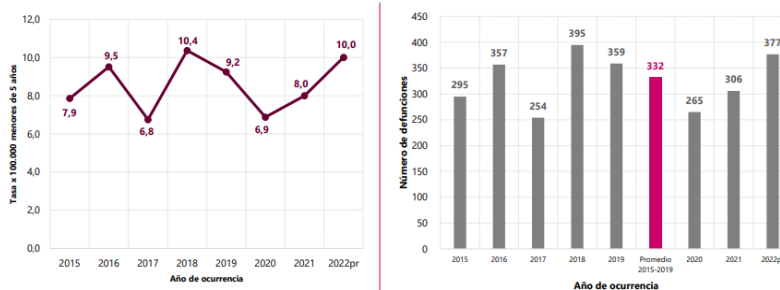
Si bien a nivel nacional el país ha alcanzado cobertura universal (95% de la población está afiliada), existen aún rezagos importantes en algunos territorios del país. Dicho rezago se concentra, por lo general, en los municipios con un alto grado de ruralidad y dispersión poblacional, con mayores índices de necesidades básicas insatisfechas, y en algunas ocasiones, con un alto grado de incidencia del conflicto armado.

Las diferencias en el acceso a servicios de salud entre áreas urbanas y rurales en Colombia, las comunidades rurales y dispersas a menudo enfrentan dificultades para acceder a centros de salud debido a la lejanía geográfica, la falta de transporte y la infraestructura limitada. La disponibilidad de equipos médicos avanzados y tecnología médica en áreas rurales suele ser limitada, esto puede dificultar el diagnóstico y tratamiento adecuado de ciertas condiciones de salud.

Es preocupante la alta tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años descende levemente desde el año 2019 hasta el año 2020 en donde el indicador se sitúa en 6,9 defunciones por cada 100.000 niños y niñas menores de 5 años, para luego subir nuevamente a 8,0 en el 2021, y llegar a 10,0 en 2022pr. Por totales en el año 2022 se observan 377 defunciones versus 306 en el 2021.

Gráfica de mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de 5 años. 2015-2022:

Tasa de mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de 5 años y totales
Total, nacional
 Años 2015 - 2022pr



¹ DANE: Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones junio de 2023 Año acumulado 2022pr, Trimestre 2023pr y año corrido 2023pr

Para el año 2022pr la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en La Guajira es 8,5 veces la tasa nacional, en el Chocó esta tasa es 7,7 veces la nacional, y en el Vichada la tasa es 5,8 veces. A nivel nacional se observa un incremento considerable de la tasa que en el año 2022pr alcanzó niveles similares a los observados en el año 2018.

Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, según departamento de residencia. Total, nacional –

Departamento	Tasas x 100.000 habitantes menores de 5 años							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022pr
La Guajira	45,7	79,0	45,7	97,6	65,1	52,0	55,4	84,5
Chocó	40,4	46,9	24,3	68,5	51,4	34,8	87,4	77,1
Vichada	141,4	106,4	85,4	107,1	107,2	57,6	50,5	57,9
Guainía	74,4	133,5	29,5	29,2	59,0	14,5	14,5	57,9
Amazonas	20,1	10,1	20,3	20,5	20,7	31,1	10,4	41,8
Magdalena	17,1	15,6	17,2	16,3	16,7	15,5	18,7	25,4
Cesar	24,4	34,4	24,2	31,0	20,5	13,5	19,1	25,0
Risaralda	6,6	11,5	8,2	6,4	12,8	11,2	6,5	19,9
Meta	8,1	12,6	11,4	10,2	9,1	5,7	9,2	17,6
Vaupés	15,1	61,0	15,5	15,9	15,9	16,3	16,2	15,9
Bolívar	7,4	9,0	6,4	12,0	7,1	8,8	7,9	12,8
Guaviare	11,2	11,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,5
Total nacional	7,9	9,5	6,8	10,4	9,2	6,9	8,0	10,0
Casanare	2,6	0,0	2,6	7,6	2,5	5,0	5,0	7,7
Arauca	16,4	12,2	8,0	7,6	7,0	7,2	0,0	7,1
Putumayo	15,5	24,7	3,1	3,1	9,2	18,3	6,2	6,2
Atlántico	2,9	3,9	4,8	8,5	6,3	10,1	3,2	6,2
Córdoba	11,2	10,5	8,6	9,2	9,1	6,8	10,0	5,7
Cauca	5,1	5,1	4,2	5,1	1,7	4,2	5,1	5,2
Caquetá	13,9	11,7	11,9	4,9	2,5	2,5	5,1	5,2
Sucre	6,3	10,1	5,0	3,8	6,1	7,5	6,3	5,1
Tolima	5,1	7,3	1,1	0,0	3,3	4,4	2,3	4,7
Norte de Santander	4,9	4,9	7,3	9,4	15,6	3,0	8,2	4,5
Valle del Cauca	6,4	3,8	1,5	3,8	2,0	2,4	2,7	4,3
Boyacá	1,1	3,2	4,4	1,1	3,3	0,0	1,1	3,4
Antioquia	2,7	2,7	1,8	2,2	2,2	1,5	2,9	2,7
Nariño	5,5	3,2	6,3	3,9	11,9	5,5	3,2	2,4
Caldas	1,6	3,2	3,2	0,0	0,0	0,0	4,8	1,6
Santander	2,6	3,2	1,9	1,9	3,1	3,1	2,5	1,3
Huila	2,0	5,8	2,9	2,9	2,9	2,9	1,9	1,0
Cundinamarca	2,1	0,5	0,5	2,3	0,0	1,3	0,4	0,9
Bogotá	0,4	0,6	0,2	0,0	0,6	0,4	0,2	0,4
Quindío	0,0	3,3	0,0	3,1	3,0	0,0	6,1	0,0
San Andrés y Providencia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Años 2015 a 2022pr

El aumento en la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en ciertas regiones de Colombia, como La Guajira, Chocó y Vichada, puede estar

¹ DANE: Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones junio de 2023 Año acumulado 2022pr, Trimestre I 2023pr y año corrido 2023pr. [Mercado \(dane.gov.co\)](http://mercado.dane.gov.co)



relacionado con una serie de factores socioeconómicos, ambientales y de salud que afectan de manera desproporcionada a estas áreas.

Las desigualdades socioeconómicas de estas regiones suelen enfrentar altos índices de pobreza, desempleo y falta de oportunidades económicas. La desigualdad socioeconómica puede tener un impacto directo en la alimentación y la nutrición de los niños, ya que las familias pueden tener dificultades para acceder a una dieta adecuada y nutritiva.

El acceso limitado a servicios de salud, en algunas zonas rurales o apartadas, puede haber dificultades para acceder a servicios de salud de calidad, lo que puede afectar la detección temprana y el tratamiento de la desnutrición en los niños.

También las condiciones ambientales y climáticas de algunas de estas regiones pueden estar más expuestas a condiciones climáticas extremas, como sequías o inundaciones, lo que puede afectar la disponibilidad de alimentos y el acceso a agua potable y saneamiento básico.

Los conflictos armados y los desplazamientos, en regiones apartadas de las zonas rurales, pueden empeorar y dificultar aún más el acceso a alimentos y servicios de salud.

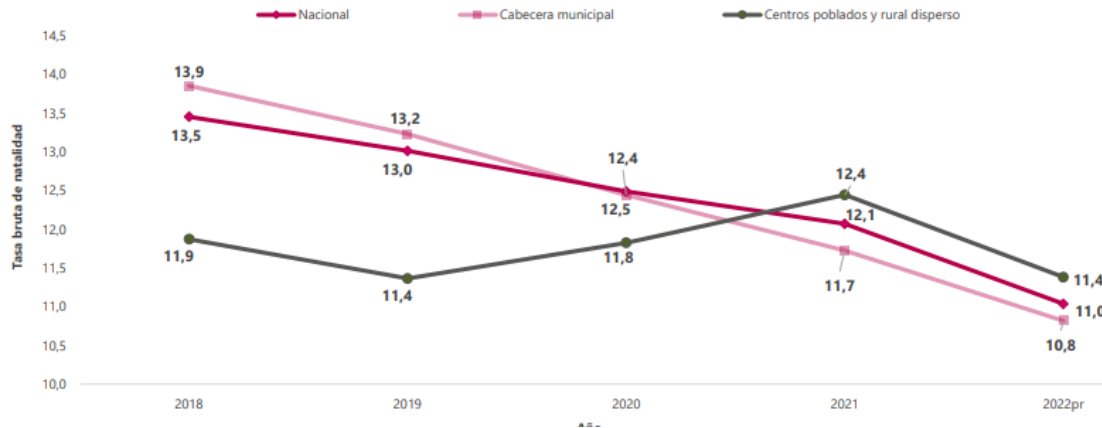
Es importante destacar que las disparidades en las tasas de mortalidad por desnutrición entre diferentes regiones pueden deberse a múltiples factores interrelacionados. Para abordar este problema de manera efectiva, se requiere una combinación de políticas y programas que enfoquen en mejorar el acceso a la salud de calidad. También es fundamental abordar las desigualdades socioeconómicas y mejorar las condiciones de vida en estas regiones para reducir la prevalencia de la desnutrición en los niños.

El descenso en la tasa bruta de natalidad en Colombia durante el año 2022pr, alcanzando el valor más bajo del quinquenio, puede estar relacionado con varios factores sociales, económicos y culturales que han afectado las decisiones reproductivas de las personas en el país.

Cambios demográficos y estructurales: En los últimos años, Colombia ha experimentado cambios demográficos, como una disminución en la tasa de fecundidad, un aumento en la urbanización y cambios en la estructura familiar. Las personas en áreas urbanas tienden a tener menos hijos en comparación con las áreas rurales.

Según cifras publicadas por el DANE, la tasa bruta de natalidad en Colombia para el año 2022pr alcanza el valor más bajo del quinquenio, situándose en 11,0

nacimientos por cada 1.000 habitantes. En 2022pr, por área de residencia de la madre, las tasas brutas de natalidad reportan el descenso anual más elevado de la serie, siendo del -7,7% para las cabeceras municipales y del -8,5% para los centros poblados y rural disperso.



En las zonas rurales de Colombia, la atención en salud presenta un panorama precario y constituye un importante desafío para el sistema de salud del país. A pesar de los avances logrados en términos de cobertura y acceso a servicios médicos en las últimas décadas, las comunidades rurales siguen enfrentando barreras significativas que afectan su bienestar y calidad de vida.

Para mejorar la situación y lograr un acceso adecuado y servicios de calidad en estas áreas, es de vital importancia reconocer y entender la diversidad de los territorios. Cada zona rural tiene particularidades únicas que deben ser abordadas de manera específica y sensible a sus necesidades.

Un paso clave en esta dirección es el fortalecimiento de la gobernanza institucional por medio de la atención móvil e itinerante. La participación activa de la población es esencial, ya que los habitantes locales poseen un conocimiento profundo del territorio, su contexto social y cultural, lo cual puede ser valioso para diseñar estrategias de atención médica más efectivas y pertinentes.

Tomar en cuenta las diferencias y singularidades de cada territorio permitirá adaptar y mejorar la prestación de los servicios de salud, asegurando que las necesidades específicas de la población rural sean atendidas de manera más efectiva y equitativa. La colaboración estrecha entre las instituciones de salud y la comunidad es fundamental para desarrollar programas y políticas que se ajusten a la realidad de cada lugar, garantizando así un acceso equitativo y una atención de calidad para todos los ciudadanos, sin importar su ubicación geográfica.



Con un enfoque más inclusivo y participativo, es posible abordar los desafíos que enfrentan las zonas rurales en materia de salud y avanzar hacia un sistema más justo y eficiente que promueva el bienestar y la calidad de vida de todos los habitantes de Colombia.

El acceso progresivo a servicios de salud es crucial para mejorar el ingreso y la calidad de vida de las personas que se residen en las zonas rurales, o de difícil acceso geográfico. Es fundamental promover iniciativas que garanticen que estas comunidades rurales tengan un acceso cada vez más amplio y equitativo a servicios médicos de calidad.

Para lograr este objetivo, es necesario implementar estrategias que aborden las barreras existentes, como la distancia geográfica, la falta de infraestructura adecuada, la escasez de profesionales de la salud en zonas rurales, entre otras dificultades. Se deben fortalecer y ampliar las redes de atención médica en estas áreas, asegurando que todas las comunidades tengan acceso a consultas médicas, medicamentos, exámenes y tratamientos adecuados.

Por ello surge la idea de la presente iniciativa legislativa, con el fin de promover el acceso progresivo a servicios de salud en las zonas rurales y mejorar la calidad de atención médica para todas las comunidades, ya que es una tarea prioritaria para mejorar su ingreso y calidad de vida.

2. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

Promover la implementación de servicios de atención móvil e itinerante en salud de las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico del orden nacional.

3. PROBLEMA A RESOLVER

Uno de los problemas a resolver, sería que los profesionales de salud, llegarían a brindar atención en las áreas en las zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, garantizando la atención de todas las personas independientemente de su ubicación. Una atención oportuna, sería una salud preventiva, brindando atención inmediata a aquellos que la necesitan.

La implementación de servicios móviles de atención médica también puede facilitar el monitoreo continuo de pacientes con enfermedades crónicas o condiciones de salud que requieren seguimiento regular. Los profesionales de la salud pueden realizar visitas regulares a las comunidades para evaluar y ajustar el tratamiento, lo que puede mejorar los resultados y la calidad de vida de los pacientes.



4. MARCO NORMATIVO

Constitución Política Colombia

De acuerdo con lo señalado en el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, la atención de la salud y el saneamiento ambiental, son servicios públicos a cargo del Estado, que garantizan a todas las personas el acceso y los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”²

Jurisprudencia

A partir de la sentencia T 760 de 2008 de la Corte Constitucional, se reconoció la salud como derecho fundamental.

“El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamental del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el

² Artículo 49 [Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad \[CONSTITUCION POLITICA 1991_PR001\] \(secretariassenado.gov.co\)](#)



*cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna”.*³

Decreto

Decreto 780 de 2016: Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

5. IMPACTO FISCAL

De conformidad con el Artículo 7 de la Ley 819 de 2003, los gastos que genere la presente iniciativa se entenderán incluidos en los presupuestos y en el Plan Operativo Anual de Inversión de las entidades competentes. Es relevante mencionar, para el caso en concreto, que no obstante lo anterior, la Corte Constitucional en Sentencia C-911 de 2007, puntualizó que:

“El impacto fiscal de las normas, no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa, afirmando: “En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el art. 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo”. “(...) Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento.

*Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda”.*⁴

³ Sentencia T 760 de 2008 [Sentencia T760-08.pdf \(corteconstitucional.gov.co\)](#)

⁴ Sentencia C-911 de 2007 [C-911-07 Corte Constitucional de Colombia](#)



6. COMPETENCIA DEL CONGRESO.

CONSTITUCIONAL:

ARTICULO 114. Corresponde al Congreso de la República reformar la Constitución, hacer las leyes y ejercer control político sobre el gobierno y la administración.

El Congreso de la República, estará integrado por el Senado y la Cámara de Representantes:

ARTICULO 150. Corresponde al Congreso hacer las leyes. Por medio de ellas ejerce las siguientes funciones:

1. Interpretar, reformar y derogar las leyes.
2. Expedir códigos en todos los ramos de la legislación y reformar sus disposiciones.
3. Aprobar el plan nacional de desarrollo y de inversiones públicas que hayan de emprenderse o continuarse, con la determinación de los recursos y apropiaciones que se autoricen para su ejecución, y las medidas necesarias para impulsar el cumplimiento de los mismos.
7. Definir la división general del territorio con arreglo a lo previsto en esta Constitución, fijar las bases y condiciones para crear, eliminar, modificar o fusionar entidades territoriales y establecer sus competencias.

7. CONFLICTO DE INTERÉS

Dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992, se hacen las siguientes consideraciones:

Se estima que la discusión y aprobación del presente Proyecto de ley podría generar conflictos de interés en razón de beneficios particulares, actuales y directos a los congresistas conforme a lo dispuesto en la ley, que cuenten con instituciones privadas de salud, o que estén en algún cargo directivo de un hospital que puedan beneficiarse por el Proyecto de ley en mención.

Sobre este asunto ha señalado el Consejo de Estado (2019):

“No cualquier interés configura la causal de desinvestidura en comento, pues se sabe que sólo lo será aquél del que se pueda predicar que es directo, esto es, que per se el alegado beneficio,



provecho o utilidad encuentre su fuente en el asunto que fue conocido por el legislador; particular, que el mismo sea específico o personal, bien para el congresista o quienes se encuentren relacionados con él; y actual o inmediato, que concurra para el momento en que ocurrió la participación o votación del congresista, lo que excluye sucesos contingentes, futuros o imprevisibles. También se tiene noticia que el interés puede ser de cualquier naturaleza, esto es, económico o moral, sin distinción alguna”.

De igual forma, es pertinente señalar lo que la Ley 5 de 1992 dispone sobre la materia en el artículo 286, modificado por el artículo 1 de la Ley 2003 de 2019:

“Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.

a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.

b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.

c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.”

Se recuerda que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite del presente proyecto de ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la ley 5 de 1992 modificado por la ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales.

8. CONCLUSIONES

La atención móvil e itinerante en salud puede tener varios beneficios significativos para mejorar el acceso y la calidad de la atención médica, especialmente en áreas rurales y remotas. Llevar servicios médicos directamente a comunidades alejadas, lo que facilitaría el acceso a la atención médica para personas que de otra manera tendrían dificultades para llegar a los centros de salud más cercanos.



La atención móvil e itinerante puede facilitar la detección temprana de problemas de salud y la implementación de medidas preventivas, lo que podría reducir la incidencia de enfermedades y mejorar la salud a largo plazo de la población.

Esta ley podría contribuir a reducir las brechas en el acceso a la atención médica entre áreas urbanas y rurales, lo que ayudaría a abordar desigualdades en salud y mejorar la equidad en el sistema de salud.

Instamos a los honorables miembros del Congreso de la República, considerar favorablemente este proyecto de ley y trabajar en conjunto para garantizar la atención médica en áreas rurales y remotas, promover la prevención y la equidad en el sistema de salud, y brindar una respuesta más efectiva en situaciones de emergencia.

9. PLIEGO DE MODIFICACIONES.

Dadas las circunstancias del desarrollo del primer debate en comisión VII, no se aplican modificaciones al texto.

10. PROPOSICIÓN

Con base en las anteriores consideraciones, presento ponencia positiva y solicito respetuosamente a la plenaria de la Cámara de Representantes, dar segundo debate al Proyecto de Ley No. 061 de 2022 Cámara, “por medio del cual se establece la atención móvil e itinerante en salud y se dictan otras disposiciones

Atentamente,

JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ
Representante a la Cámara
Coordinador Ponente



**TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE
PROYECTO DE LEY No. 061 DE 2023 CÁMARA**

“POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE LA ATENCIÓN MÓVIL E ITINERANTE EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

ARTÍCULO 1. OBJETO: La presente Ley tiene por objeto establecer un marco legal, promover la implementación de servicios de atención móvil e itinerante en salud de las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico del orden nacional, las cuales prestarán atención básica, preventiva y primaria, los cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes.

ARTÍCULO 2. DEFINICIÓN: ATENCIÓN MÓVIL E ITINERANTE EN SALUD: Comprende la provisión de servicios de salud a través de unidades móviles e itinerante equipadas con personal médico, equipos médicos y suministros necesarios para brindar atención médica básica, diagnóstico, tratamiento y derivación en las zonas rurales y dispersas.

ARTÍCULO 3. CREACIÓN DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN MÓVIL E ITINERANTE EN SALUD: El Ministerio de Salud y Protección Social será responsable de diseñar y coordinar la implementación de programas de atención móvil e itinerante en salud para las zonas rurales y dispersas. Los programas deberán contemplar la asignación de recursos financieros, humanos y técnicos necesarios para el funcionamiento de las unidades móviles de salud. Se fomentará la participación de entidades públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales y comunidades locales en la implementación de los programas.

ARTÍCULO 4. FUNCIONES DE LAS UNIDADES MÓVILES E ITINERANTE DE SALUD:

- a) Brindar servicios de atención médica básica, incluyendo consulta general, atención de enfermedades comunes, prevención, promoción y educación para la salud.
- b) Realizar diagnósticos y pruebas de laboratorio sencillos.
- c) Facilitar la derivación de pacientes que requieran atención especializada a centros de salud de mayor complejidad.
- d) Garantizar el suministro de medicamentos esenciales y vacunas.



ARTÍCULO 5. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL: El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá mecanismos de coordinación con otras entidades del Estado para facilitar la implementación de los programas de atención móvil e itinerante en salud. Se promoverá la articulación con las secretarías de salud departamentales y municipales, las EPS (Entidades Promotoras de Salud), IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) y demás actores relevantes. Se desarrollarán programas de capacitación y formación del personal médico y de salud que trabajará en las unidades móviles. Se promoverá la actualización continua de conocimientos y habilidades para garantizar una atención de calidad.

ARTÍCULO 6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO: El Ministerio de Salud y Protección Social llevará a cabo evaluaciones periódicas de los programas de atención móvil e itinerante en salud para verificar su eficacia y realizar las mejoras necesarias. Se establecerán indicadores de calidad y rendimiento para medir el impacto de los servicios y la satisfacción de los usuarios. **PARÁGRAFO:** El Ministerio de Salud y Protección social, deberá presentar un informe semestral a las Comisiones Séptimas del Congreso de la República, con el fin de realizar seguimiento al cumplimiento de la presente Ley.

ARTÍCULO 7. FINANCIAMIENTO: Los recursos necesarios para la implementación y sostenibilidad de los programas de atención móvil e itinerante en salud serán asignados en el Presupuesto General de la Nacional y en los planes de desarrollo departamentales y municipales.

ARTÍCULO 8. VIGENCIA Y REGLAMENTACIÓN: Esta ley entrará en vigencia a partir de su promulgación y el Gobierno Nacional reglamentará su aplicación en un plazo no superior a 6 meses.

Atentamente,

JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ
Representante a la Cámara
Coordinador Ponente