

Bogotá D.C. Noviembre 12 de 2024

Honorable Representante
Gerardo Yepes Caro
Presidente Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN

Al texto para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 3, el cual quedara así:

Artículo 3. Atención Primaria en Salud (APS). Según lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, artículos 12 a 16, la Atención Primaria en Salud (APS) fue adoptada como estrategia dentro del Sistema de Salud y está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: Los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana.

La Atención Primaria en Salud (APS) se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud.

Se encuentra constituida de manera integrada e interdependiente por la acción transectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemática, permanente, **predictivo** y **resolutivo** e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.



Verde



Es transversal al Sistema de Salud y todos sus integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, y deberán realizar la abogacía correspondiente para lograr los objetivos de la APS.

Por tratarse de una acción intersectorial/transectorial, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, para la intervención de los determinantes sociales de la salud, destinarán recursos adicionales de fuentes diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud. En los territorios los gobernadores y alcaldes distritales y municipales serán los responsables de la coordinación y dirección de las acciones de intervención de los determinantes sociales.

Justificación:

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



Verde



Bogotá D.C. Noviembre 12 de 2024

Honorable Representante
Gerardo Yepes Caro
Presidente Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN

Al texto para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 4, el cual quedara así:

Artículo 4. Modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS). Se define el modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo como la política en salud del Estado para la población residente del territorio colombiano. Define el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud que permita la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social como pilares de la garantía del derecho a la salud.

Está fundamentado en la Atención Primaria en Salud y establece el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutivas cuyo centro son las personas, las familias y las comunidades; se organiza y funciona mediante Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS), integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado, enfoque de género y de transectorialidad.



Verde



El propósito del modelo es orientar el accionar de los agentes del Sistema de Salud para la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional haciendo efectiva la Atención Primaria en Salud (APS) a través de estrategias orientadas a fortalecer la integridad del sector salud, la soberanía sanitaria y la gobernanza territorial; fomentar el trabajo digno y decente; y conformar y organizar Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) en donde se fortalezca el nivel primario, como componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias, la comunidad y los sectores sociales. En el nivel primario operan los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos de salud territoriales, de acuerdo con las necesidades de la población.

El modelo es predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud, preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la morbilidad y la carga de la enfermedad; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.

Justificación:

Respetuosamente



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



Bogotá D.C. Noviembre 12 de 2024

Honorable Representante
Gerardo Yepes Caro
Presidente Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN

Al texto para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 5, el cual quedara así:

Artículo 5. Gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud. La gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector del sector.

El Ministerio de Salud y Protección Social será quien oriente la toma de decisiones en salud, la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud; así como la gestión de los procesos al interior del Sistema. Además, ejercerá la coordinación intersectorial y ejecutará las disposiciones legales vigentes.

En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones



Verde



orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.

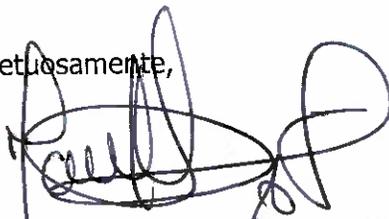
Parágrafo 1. Los órganos de dirección en los ámbitos nacional y territorial deberán atender las recomendaciones que formulen el Consejo Nacional de Salud y los respectivos Consejos Territoriales de Salud.

Parágrafo 2. Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y los departamentos, distritos y municipios, los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y predicción en salud, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector, la participación de entidades públicas, privadas y mixtas y la participación social en la salud.

Parágrafo 3. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción de la Política de Calidad en salud y del Plan Decenal de Mejoramiento de la Calidad en Salud, que servirán para transformar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) en el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA).

Justificación:

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



Verde



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proposición MODIFICATORIA al artículo N° 6 de la ponencia para primer debate del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”**

Modifíquese el artículo 6 en su parágrafo 1 de la siguiente forma:

Artículo 6. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social.

El Consejo Nacional de Salud estará conformado por:

1. Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá.
2. Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
3. Ministro del Trabajo o su delegado.
4. Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado
5. Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado.
6. El Director de Planeación Nacional o su delegado.
7. El Director de la ADRES o su delegado.
8. Un representante de los gobiernos territoriales.
9. Un representante de los trabajadores de la salud.
10. Un representante de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud.
11. Un representante de pacientes o usuarios.
12. Un representante de la academia, facultades y escuelas de salud.
13. Un representante de los grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado.
14. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida.
15. Un representante de las IPS.

El Superintendente Nacional de Salud, el Director del INVIMA y el Director del Instituto Nacional de Salud formarán parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. Asu vez, el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes.

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 siete (7) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con diez (10) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo.



AforeroM



Andres forerom



Andresforerocd

Handwritten signature

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.
2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.
4. Revisar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.
5. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley. El Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente Ley.
6. Adoptar su propio reglamento.

Parágrafo 1. ~~Las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministro de Salud y Protección Social justificará al Consejo Nacional de Salud su decisión, cuando decida apartarse de las recomendaciones realizadas por el Consejo Nacional de Salud~~

Parágrafo 2. El Gobierno nacional reglamentará, en un tiempo máximo de seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley, los mecanismos de elección, alternancia y participación en este Consejo.

Parágrafo 3. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo humano independiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito y previa convocatoria, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en su presupuesto el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que cubra los gastos de la Secretaría Técnica, honorarios y desplazamiento de los consejeros no gubernamentales, el soporte técnico, y



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

Handwritten signature



gastos para comunicación.

Parágrafo 5. Los Consejos Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Seguridad Social en Salud, se denominarán Consejos Territoriales en Salud y tendrán una conformación y funciones similares al Consejo Nacional de Salud.

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforeroccd



Bogotá D.C. Noviembre 12 de 2024

Honorable Representante
Gerardo Yepes Caro
Presidente Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN

Al texto para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 6, el cual quedara así:

Artículo 6. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social.

El Consejo Nacional de Salud estará conformado por:

1. Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá.
2. Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
3. Ministro del Trabajo o su delegado.
4. Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado.
5. Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado.
6. El Director de Planeación Nacional o su delegado.
7. El Director de la ADRES o su delegado.
8. Un representante de los gobiernos territoriales.
9. Un representante de los trabajadores de la salud.

Martha



Verde



10. Un representante de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud.
11. Un representante de pacientes o usuarios.
12. Un representante de la academia, facultades y escuelas de salud.
13. Un representante de los grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado.
14. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida.
15. Un representante de las IPS.

El Superintendente Nacional de Salud, el Director del INVIMA, **el director del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud** y el Director del Instituto Nacional de Salud formarán 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.

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 siete (7) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con diez (10) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo.

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.
2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.
4. Revisar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.
5. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley. El Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del

Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente Ley.

6. Adoptar su propio reglamento.

Parágrafo 1. Las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional reglamentará, en un tiempo máximo de seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley, los mecanismos de elección, **paridad o cuota de género**, alternancia y participación en este Consejo.

Parágrafo 3. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo humano independiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito y previa convocatoria, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en su presupuesto el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que cubra los gastos de la Secretaría Técnica, honorarios y desplazamiento de los consejeros no gubernamentales, el soporte técnico, y gastos para comunicación.

Parágrafo 5. Los Consejos Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Seguridad Social en Salud, se denominarán Consejos Territoriales en Salud y tendrán una conformación y funciones similares al Consejo Nacional de Salud.

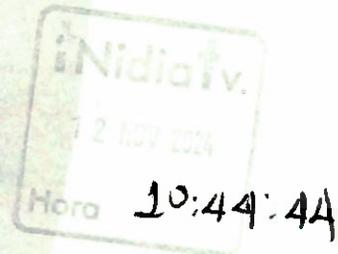
Justificación:

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO

Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



Verde



PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 6 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 6:

~~Artículo 6. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~El Consejo Nacional de Salud estará conformado por:~~

- ~~1. Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá.~~
- ~~2. Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.~~
- ~~3. Ministro del Trabajo o su delegado.~~
- ~~4. Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado.~~
- ~~5. Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado.~~
- ~~6. El Director de Planeación Nacional o su delegado.~~
- ~~7. El Director de la ADRES o su delegado.~~
- ~~8. Un representante de los gobiernos territoriales.~~
- ~~9. Un representante de los trabajadores de la salud.~~
- ~~10. Un representante de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud.~~
- ~~11. Un representante de pacientes o usuarios.~~
- ~~12. Un representante de la academia, facultades y escuelas de salud.~~
- ~~13. Un representante de los grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado.~~
- ~~14. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida.~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

15. Un representante de las IPS.

~~El Superintendente Nacional de Salud, el Director del INVIMA y el Director del Instituto Nacional de Salud formarán parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. Asu vez, el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes.~~

~~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 siete (7) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con diez (10) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo.~~

~~El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:~~

- ~~1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.~~
- ~~2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.~~
- ~~3. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.~~
- ~~4. Revisar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.~~
- ~~5. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley. El Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente Ley.~~
- ~~6. Adoptar su propio reglamento.~~

~~**Parágrafo 1.** Las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~**Parágrafo 2.** El Gobierno nacional reglamentará, en un tiempo máximo de seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley, los mecanismos de elección, alternancia y participación en este Consejo.~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~Parágrafo 3. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo humano independiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito y previa convocatoria, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.~~

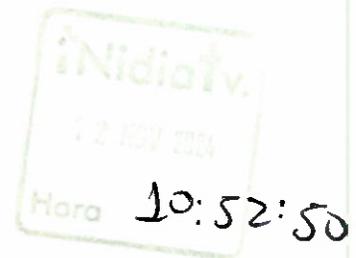
~~Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en su presupuesto el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que cubra los gastos de la Secretaría Técnica, honorarios y desplazamiento de los consejeros no gubernamentales, el soporte técnico, y gastos para comunicación.~~

~~Parágrafo 5. Los Consejos Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Seguridad Social en Salud, se denominarán Consejos Territoriales en Salud y tendrán una conformación y funciones similares al Consejo Nacional de Salud.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforeroccd

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el artículo 6 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual, en lo pertinente quedará así:

"Artículo 6. (...)

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.
2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.
4. Revisar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.
5. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley. El Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente Ley.
6. Con base en un estudio técnico independiente, definir la metodología calcular el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC-, de manera que se garantice la financiación de la totalidad del Plan de Beneficios en Salud -PBS- al tenor de lo dispuesto en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.
7. Con base en la metodología establecida de acuerdo con los resultados del estudio técnico, definir cada año el valor de la UPC, incluyendo el reconocimiento de los gastos administrativos a las gestoras.
8. Adoptar su propio reglamento.

~~Parágrafo 1. Las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social.~~

RECEIVED
11/26/24
Hora 2:26:30

(...)"
Julia Miranda

Julia Miranda

JULIA MIRANDA LONDOÑO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Nuevo Liberalismo

6

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el artículo 6 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual, en lo pertinente quedará así:

"Artículo 6. (...)

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 siete (7) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite.

Tendrá quorum para sesionar con ~~diez (10)~~ ocho (8) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría ~~calificada~~ simple del total de los miembros del Consejo.

(...)"

Cordialmente,

Julia Miranda Julia Miranda

JULIA MIRANDA LONDOÑO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Nuevo Liberalismo

INICIA
2024
Hora 2:28:10

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el parágrafo 4 del artículo 6 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual, quedará así:

"Parágrafo 4. El presupuesto de funcionamiento del Consejo Nacional de Salud incluirá Ministerio de Salud y Protección Social ~~incluirá en su presupuesto el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que cubra los gastos de la Secretaría Técnica, honorarios, hospedaje, alimentación y desplazamiento de los consejeros no gubernamentales,~~ según corresponda de acuerdo con el reglamento del CNS, el soporte técnico, y gastos para comunicación".

Cordialmente,


JULIA MIRANDA LONDOÑO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Nuevo Liberalismo



INICIO
12/07/23
Hora 2:25:44



PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

Elimínese del artículo 6 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el párrafo 1, del siguiente tenor:

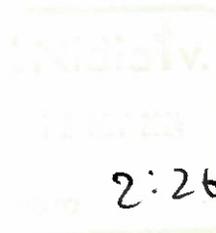
"Artículo 6. (...)

~~"Parágrafo 1. Las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social".~~

Julia Miranda *Julia Miranda*

JULIA MIRANDA LONDOÑO

Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Nuevo Liberalismo



2:26:05

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 7 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

Elimínese el artículo 7:

~~Artículo 7. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores participantes en el Sistema de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, desarrollará e implementará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) para garantizar acceso transparente, en línea y en tiempo real de las transacciones en salud y administrativas por parte de cada actor del Sistema de Salud, según sean sus responsabilidades operativas o estratégicas, en el orden nacional, territorial e institucional. Para ello deberá elaborar un plan estratégico de diseño, implementación y evaluación y podrá contar con la cooperación técnica del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, cuando lo considere pertinente y en el marco de sus competencias.~~

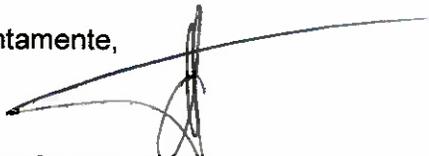
~~La incorporación de la información al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud tanto administrativa como asistencial será obligatoria para todos los integrantes del Sistema de Salud.~~

~~El sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país, priorizando territorios donde aún no hay conectividad, y deberá integrar los sistemas de información ya disponibles. Para el desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) se articularán los actores en una estructura multimodal de coordinación con un desarrollo por etapas secuenciales y armónicas con la incorporación de funcionalidades.~~

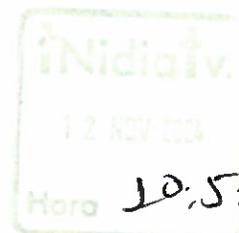
~~El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) deberá recoger los estándares y políticas de interoperabilidad para los sistemas de información definidas por el Gobierno nacional.~~

~~El manejo de la información confidencial sobre las condiciones de salud de las personas estará sujeto a la normatividad vigente, en especial a la Ley 2015 de 2020.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 9 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 9:

~~Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente Ley se denominará “Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES”, tendrá por objeto garantizar el adecuado recaudo, administración, flujo y control de los recursos públicos del Sistema de Salud y ejercerá las siguientes funciones:~~

- ~~1. Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al Fondo Único Público de Salud.~~
- ~~2. Administrar los recursos del Fondo Único Público en Salud, que financian el Sistema de Salud, de conformidad con lo previsto en la presente Ley.~~
- ~~3. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET).~~
- ~~4. Realizar los pagos de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, asumir como pagador único del Sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada y mixta,~~
- ~~5. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) o a las instituciones de las que dependan o los operen.~~
- ~~6. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas, pagos y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema, en los términos de la presente Ley.~~
- ~~7. Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de Salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para retroalimentar el régimen de tarifas y formas de pago, con el fin de garantizar el control del riesgo financiero y la sostenibilidad del sistema.~~
- ~~8. Realizar el pago de la remuneración por administración e incentivos a las Gestoras de Salud y Vida.~~
- ~~9. Realizar los pagos por incentivos a los prestadores de mediana y alta complejidad.~~
- ~~10. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías integrales que corresponda.~~
- ~~11. Administrar la información propia de sus operaciones financieras a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.~~
- ~~12. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

- ~~13. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria en Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a las entidades territoriales y otros agentes.~~
- ~~14. Garantizar el flujo oportuno de los recursos del Sistema de Salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles.~~
- ~~15. Hacer públicas todas las transacciones y reconocimientos del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.~~
- ~~16. Realizar las actividades de gestión administrativa necesarias para garantizar la administración del Fondo Único Público. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. La ejecución de los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud y protección social se realizará sin más formalidad que el reconocimiento de los servicios prestados y auditados por los diferentes prestadores y proveedores, de acuerdo a lo establecido en la presente Ley y las normas vigentes que regulan la ordenación de pagos a los distintos actores del sistema.~~
- ~~17. 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.~~
- ~~18. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.~~
- ~~19. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas auditorías aleatorias o dirigidas sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida.~~
- ~~20. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos.~~
- ~~21. Entregar al Ministerio de Salud y Protección Social insumos y análisis del gasto para el establecimiento y actualización del régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.~~
- ~~22. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud, de acuerdo con las auditorías que realicen las Gestoras de Salud y Vida, para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población.~~
- ~~23. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo.~~
- ~~24. Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión o funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social que este determine.~~
- ~~25. Diseñar mecanismos financieros y de crédito para contribuir a la liquidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud, siempre que se cumplan los criterios de respaldo en el monto y la frecuencia de los pagos realizados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos.~~
- ~~26. Suscribir los acuerdos marco con los prestadores, gestores farmacéuticos, y proveedores de servicios y tecnologías en salud.~~
- ~~27. Constituir un fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras que se puedan presentar.~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~Parágrafo 1. Todas las referencias legales vigentes relacionadas con la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se entienden referidas a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).~~

~~Parágrafo 2. A partir de la entrada en vigencia de la presente Ley el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional necesario para garantizar que en un plazo máximo de un (1) año la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) cuente con la capacidad operativa para asumir las funciones asignadas.~~

~~Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Administradora deberá realizar audiencias de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd



PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 9 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024C, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024C, el cual quedará así:

Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente Ley se denominará "Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES", tendrá por objeto garantizar el adecuado recaudo, administración, flujo y control de los recursos públicos del Sistema de Salud y ejercerá las siguientes funciones:

1. Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al Fondo Único Público de Salud.
2. Administrar los recursos del Fondo Único Público en Salud, que financian el Sistema de Salud, de conformidad con lo previsto en la presente Ley.
3. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET).
4. Realizar los pagos de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, asumir como pagador único del Sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada y mixta,
5. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) o a las instituciones de las que dependan o los operen.
6. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas, pagos y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema, en los términos de la presente Ley.
7. Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de Salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para retroalimentar el régimen de tarifas y formas de pago, con el fin de garantizar el control del riesgo financiero y la sostenibilidad del sistema.
8. Realizar el pago de la remuneración por administración e incentivos a las Gestoras de Salud y Vida.
9. Realizar los pagos por incentivos a los prestadores de mediana y alta complejidad.
10. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías integrales-aleatorias que correspondan.
11. Administrar la información propia de sus operaciones financieras a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.
12. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.
13. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria en Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a las entidades territoriales y otros agentes.



Partido de la **Unión**
por la gente.

de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos.

26. Suscribir los acuerdos marco con los prestadores, gestores farmacéuticos, y proveedores de servicios y tecnologías en salud.
27. Constituir un fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras que se puedan presentar.

Parágrafo 1. Todas las referencias legales vigentes relacionadas con la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se entienden referidas a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

Parágrafo 2. A partir de la entrada en vigencia de la presente Ley el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional necesario para garantizar que en un plazo máximo de un (1) año la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) cuente con la capacidad operativa para asumir las funciones asignadas.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Administradora deberá realizar audiencias de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma.

J. Torres

Carmito Avila

INSISTOR
11:46:15
Hora

~~INSISTOR
11:20:00
Hora~~

11:20:00

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el párrafo 3 del artículo 9 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

"Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Sin perjuicio de las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y demás organismos de control, la La Administradora deberá realizar audiencias de rendición de cuentas ante el Consejo Nacional de Salud, informando de su gestión y los resultados obtenidos de la misma".

Cordialmente,

Julia Miranda Julia Miranda

JULIA MIRANDA LONDOÑO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Nuevo Liberalismo

UNIDAD IV.
: 2:28:30

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 10 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

Elimínese el artículo 10:

~~Artículo 10. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. A la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) le corresponde administrar los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional y territorial, asignados para garantizar el aseguramiento social en salud, los cuales se consolidarán en el Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, y entre otros incluye los siguientes:-~~

- ~~1. Las cotizaciones sociales que al Sistema de Salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, rentas, trabajo independiente o por cuenta propia, contratos de prestación de servicios o pensiones.-~~
- ~~2. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.-~~
- ~~3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar el aseguramiento social en salud.-~~
- ~~4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 por los obligados.-~~
- ~~5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinados a financiar el Sistema de Salud.-~~
- ~~6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales.-~~
- ~~7. Los recursos de las Entidades Territoriales provenientes de las rentas cedidas asignadas, que a la vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud, incluyen los recaudos gestionados por entidades del orden nacional y los recaudados territorialmente, los cuales deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES.-~~
- ~~8. Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente Ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud.-~~
- ~~9. Los recursos de Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), que el Ministerio de Salud y Protección Social determine.-~~



AforeroM



Andres.forerom

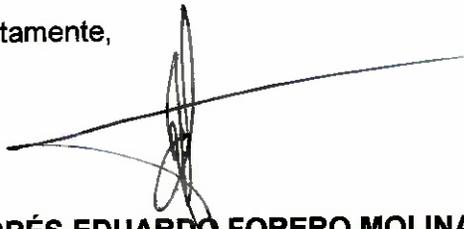


Andresforerocd

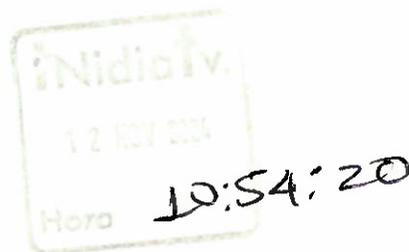


10. Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 52% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobra con adición a ella.
11. Los recursos del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) creado por el Decreto-Ley 1032 de 1991.
12. Los ingresos provenientes de cuotas moderadoras y copagos que deben ser descontados de las facturas presentadas y contabilizados por la ADRES.
13. Los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Entidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales serán transferidos directamente por la UGPP a la ADRES, sin operación presupuestal.
14. Los recursos destinados al financiamiento de los Residentes Médicos y otros programas de formación del talento humano en salud.
15. Los recursos del Presupuesto General de la Nación y otros recursos destinados a la financiación del aseguramiento social en salud.
16. Los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes.
17. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del Sistema de Salud.
18. Los recursos que se recauden por concepto de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley 2277 de 2022 o la norma que la sustituya, modifique o derogue.
19. Figura jurídica para la destinación específica del 0.5 del IVA social.

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforeroccd

100

Bogotá D.C 5 de noviembre de 2024

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese lo dispuesto en el **ARTÍCULO 10** del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara, "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"**, el cual quedará así:

Artículo 10. Recursos del Sistema de Salud ~~que le corresponde administrar a~~ **de competencia de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.** A la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) le corresponde administrar los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional y territorial, asignados para garantizar el aseguramiento social en salud, los cuales se consolidarán en el Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, y entre otros incluye los siguientes:

1. Las cotizaciones sociales que al Sistema de Salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, rentas, trabajo independiente o por cuenta propia, contratos de prestación de servicios o pensiones.
2. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.
3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar el aseguramiento social en salud.
4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 **pagadas** por los obligados.
5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinados a financiar el Sistema de Salud.
6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales.
7. Los recursos de las Entidades Territoriales provenientes de las rentas cedidas asignadas, que ~~a~~ **hasta la entrada en** vigencia de la presente Ley, venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud, ~~Estos recursos~~ incluyen los recaudos gestionados por entidades del orden nacional y los recaudados territorialmente, los cuales deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES.
8. Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, ~~a~~ **hasta la entrada en** vigencia de la presente Ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud.
9. Los recursos de Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), que el Ministerio de Salud y Protección Social determine.

10. Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 52% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobra con adición a ella.
11. Los recursos del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) creado por el Decreto-Ley 1032 de 1991.
12. Los ingresos provenientes de cuotas moderadoras y copagos que deben ser descontados de las facturas presentadas y contabilizados por la ADRES.
13. Los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Entidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales serán transferidos directamente por la UGPP a la ADRES, sin operación presupuestal.
14. Los recursos destinados al financiamiento de los Residentes Médicos y otros programas de formación del talento humano en salud.
15. Los recursos del Presupuesto General de la Nación y otros recursos destinados a la financiación del aseguramiento social en salud.
16. Los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes.
17. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del Sistema de Salud.
18. Los recursos que se recauden por concepto de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley 2277 de 2022 o la norma que la sustituya, modifique o derogue.
19. Figura jurídica para la destinación específica del 0.5 del IVA social.

Cordialmente,


GERMÁN ROGELIO ROZO ANIS
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca



11

Bogotá D.C 5 de noviembre de 2024

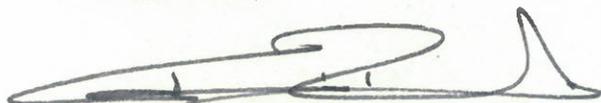
PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese lo dispuesto en el **ARTÍCULO 11** del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara, "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"**, el cual quedará así:

Artículo 11. Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud. ~~El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, definirá nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud que incluya a partir del año 2026, la siguiente:~~ Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario, **el cual quedará** así:

Artículo 513-14. Destinación de los impuestos saludables. El Gobierno nacional, a partir del primero (1°) de enero de 2026, destinará el cien por ciento (100%) del recaudo de los impuestos a las bebidas ultraprocesadas azucaradas (IBUA) y los impuestos a los productos comestibles ultraprocesados industrialmente y/o con alto contenido de azúcares añadidos (ICUI), al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Cordialmente,



GERMÁN ROGELIO ROZO ANÍS
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca



11:13:10

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 12 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 12:

~~Artículo 12. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Los recursos administrados por la Administradora de Recursos para la Salud (ADRES) serán destinados a lo siguiente:~~

- ~~1. La financiación de los servicios del nivel primario conforme a los presupuestos estándar en sus componentes fijo y variable, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y la operación de los equipos de salud territorial.~~
- ~~2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territorial.~~
- ~~3. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.~~
- ~~4. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente Ley.~~
- ~~5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta.~~
- ~~6. La atención de poblaciones especiales o migrantes que determine la norma legal.~~
- ~~7. Los servicios sociales complementarios en salud, según lo definido en la presente Ley.~~
- ~~8. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.~~
- ~~9. El saneamiento financiero de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.~~
- ~~10. El fortalecimiento de la infraestructura y la dotación de la red pública hospitalaria y su mantenimiento.~~
- ~~11. El fortalecimiento de la Red Nacional de Atención de Urgencias.~~
- ~~12. El pago de servicios de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental del paciente y su acompañante; ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.~~
- ~~13. El financiamiento de los laboratorios de salud pública y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, conforme a lo establecido en la presente Ley.~~
- ~~14. Pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad, y las Gestoras de Salud y Vida.~~
- ~~15. La formación del talento humano en salud.~~
- ~~16. El pago de las incapacidades por enfermedad general de origen común.~~
- ~~17. El pago de remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.~~



AforeroM



Andres.forerom



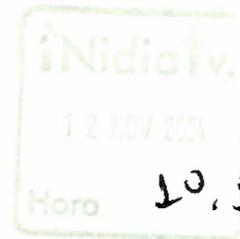
Andresforerocd

- ~~18. El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes.~~
- ~~19. El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a este propósito contenido en el punto 1 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz.~~
- ~~20. El pago de la atención de pacientes lesionados en accidentes de tránsito por vehículos sin póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) o no identificados, así como el pago en exceso de las aseguradoras del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) de tarifa reducida; o los ajustes que se deriven de la reglamentación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).~~
- ~~21. El pago de indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de accidente de tránsito según la reglamentación, eventos terroristas o eventos catastróficos, así como los gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011 y la Ley 2078 de 2021.~~
- ~~22. El aporte inicial y el ahorro anual en el Fondo de Catástrofes y Epidemias, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para tal efecto.~~
- ~~23. El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemias, con cargo al Fondo creado para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.~~
- ~~24. Las medidas de atención en Salud de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para las cuales, los recursos asignados serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas.~~
- ~~25. Otros programas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) con recursos de inversión o funcionamiento.~~
- ~~26. El pago de las obligaciones que surjan de decisiones judiciales u obligaciones previas reconocidas legalmente, previo a la entrada en vigencia de la presente Ley.~~
- ~~27. Los gastos de funcionamiento de la ADRES de acuerdo con las normas legales vigentes.~~
- ~~28. Los recursos que por vigilancia corresponda transferir a la Superintendencia Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno nacional.~~
- ~~29. Los demás gastos que por disposición legal se determinen para el Sistema de Salud.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd



Bogotá D.C. Noviembre 12 de 2024

Honorable Representante
Gerardo Yepes Caro
Presidente Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN

Al texto para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 12, el cual quedara así:

Artículo 12. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Los recursos administrados por la Administradora de Recursos para la Salud (ADRES) serán destinados a lo siguiente:

1. La financiación de los servicios del nivel primario conforme a los presupuestos estándar en sus componentes fijo y variable, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y la operación de los equipos de salud territorial. 2
2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territorial.
3. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente Ley.
5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta.
6. La atención de poblaciones especiales o migrantes que determine la norma legal.
7. Los servicios sociales complementarios en salud, según lo definido en la presente Ley.

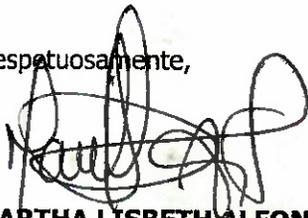
Martha

8. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
9. El saneamiento financiero de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.
10. El Fortalecimiento de la infraestructura y la dotación de la red pública hospitalaria y su mantenimiento.
11. El fortalecimiento de la Red Nacional de Atención de Urgencias.
12. El pago de servicios de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental del paciente y su acompañante; ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.
13. El financiamiento de los laboratorios de salud pública y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, conforme a lo establecido en la presente Ley.
14. Pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad, y las Gestoras de Salud y Vida.
15. La formación del talento humano en salud.
16. El pago de las incapacidades por enfermedad general de origen común.
17. El pago de remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.
18. El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes.
19. El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a este propósito contenido en el punto 1 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una de-Paz Estable y Duradera, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz.
20. El pago de la atención de pacientes lesionados en accidentes de tránsito por vehículos sin póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) o no identificados, así como el pago en exceso de las aseguradoras del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) de tarifa reducida; o los ajustes que se deriven de la reglamentación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).
21. El pago de indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de accidente de tránsito según la reglamentación, eventos terroristas o eventos catastróficos, así como los gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011 y la Ley 2078 de 2021.
22. El aporte inicial y el ahorro anual en el Fondo de Catástrofes y Epidemias, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para tal efecto.
23. El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemias, con cargo al Fondo creado para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
24. **El financiamiento del alojamiento en albergues, cuando sea necesario, en razón de la referencia de pacientes y acompañantes a instituciones de salud en ciudades distintas a su ciudad de residencia.**
25. Las medidas de atención en Salud de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para las cuales, los recursos asignados serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas.

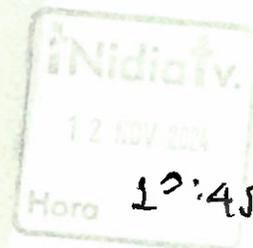
26. Otros programas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) con recursos de inversión o funcionamiento.
27. El pago de las obligaciones que surjan de decisiones judiciales u obligaciones previas reconocidas legalmente, previo a la entrada en vigencia de la presente Ley.
28. Los gastos de funcionamiento de la ADRES de acuerdo con las normas legales vigentes.
29. Los recursos que por vigilancia corresponda transferir a la Superintendencia Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno nacional.
- 30. Los recursos que para vigilancia comunitaria corresponda transferir al Instituto Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno nacional.**
31. Los demás gastos que por disposición legal se determinen para el Sistema de Salud.

Justificación: Si bien, en la justificación de la modificación se explica que "el numeral 24 se elimina, para evitar duplicidad, toda vez que el mismo se encuentra en los servicios complementarios de que trata el artículo 21 del texto propuesto para primer debate". En el artículo 21 no se establece tácitamente un pagador de estos servicios sociales complementarios, dejando en limbo el quién los pagará. El párrafo 2 del artículo 21 no es claro. En el numeral 19 se corrige la redacción. Se agrega el numeral 30 para garantizar los recursos de vigilancia comunitaria

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



Verde



Bogotá D.C 6 de noviembre de 2024

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese lo dispuesto en el **ARTÍCULO 12** del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara, "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"**, el cual quedará así:

Artículo 12. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Los recursos administrados por la Administradora de Recursos para la Salud (ADRES) serán destinados a lo siguiente:

1. La financiación de los servicios del nivel primario conforme a los presupuestos estándar en sus componentes fijo y variable, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y la operación de los equipos de salud territorial.
2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa y **la prestación** de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territoriales.
3. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente Ley.
5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta.
6. La atención de poblaciones especiales o migrantes que determine la norma legal.
7. Los servicios sociales complementarios en salud, según lo definido en la presente Ley.
8. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
9. El saneamiento financiero de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.
10. El fortalecimiento de la infraestructura y la dotación de la red pública hospitalaria y su mantenimiento.
11. El fortalecimiento de la Red Nacional de Atención de Urgencias.
12. El pago de servicios de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental del paciente y su acompañante; ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.

13. El financiamiento de los laboratorios de salud pública y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, conforme a lo establecido en la presente Ley.
14. **El** Pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad, y **para** las Gestoras de Salud y Vida.
15. La formación del talento humano en salud.
16. El pago de las incapacidades por enfermedad general de origen común.
17. El pago de remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.
18. El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes.
19. El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a este propósito contenido en el punto 1 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz.
20. El pago de la atención de pacientes lesionados en accidentes de tránsito por vehículos sin póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) o no identificados, así como el pago en exceso de las aseguradoras del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) de tarifa reducida; o los ajustes que se deriven de la reglamentación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).
21. El pago de indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de accidente de tránsito según la reglamentación, eventos terroristas o eventos catastróficos, así como los gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011 y la Ley 2078 de 2021 **o de las que las sustituya, modifique o derogue.**
22. El aporte inicial y el ahorro anual en el Fondo de Catástrofes y Epidemias, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para tal efecto.
23. El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemias, con cargo al Fondo creado para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
24. Las medidas de atención en Salud de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para las cuales, los recursos asignados serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas.
25. Otros programas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) con recursos de inversión o funcionamiento.

26. El pago de las obligaciones que surjan de decisiones judiciales u obligaciones previas reconocidas legalmente, previo a la entrada en vigencia de la presente Ley.
27. Los gastos de funcionamiento de la ADRES de acuerdo con las normas legales vigentes.
28. Los recursos que por vigilancia corresponda transferir a la Superintendencia Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno nacional.
29. Los demás gastos que por disposición legal se determinen para el Sistema de Salud.

Cordialmente,



GERMÁN ROGELIO ROZO ANÍS
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca



10/10/10

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 13 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 13:

~~Artículo 13. Fondo Único Público de Salud. 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, serán administrados por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y 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 tres cuentas, dos independientes y una general con los demás recursos del Sistema de Salud que se harán unidad de caja en el Fondo.~~

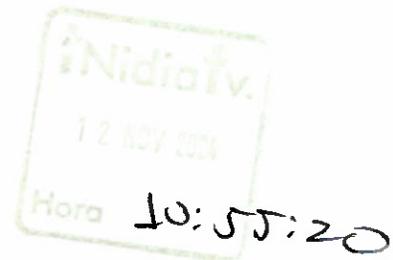
~~La inspección, vigilancia y control será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos.~~

~~Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud son las de “Atención Primaria en Salud”, y de “Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria”.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

Bogotá D.C 12 de noviembre de 2024

13

PROPOSICIÓN SUSTITUTIVA

Sustitúyase lo dispuesto en el **ARTÍCULO 13** del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara, “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”**, el cual quedará así:

Artículo 13. Fondo Único Público de Salud. Créese el Fondo Único Público de Salud cuya fuente serán los recursos a los que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud. Será administrado por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES), sin personería jurídica ni planta de personal propia.

El Fondo Único Público de Salud tendrá tres cuentas, dos de ellas serán independientes y una será de carácter general integrada por los demás recursos del Sistema de Salud que harán unidad de caja en el Fondo.

Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud serán las de:

- a. Atención Primaria en Salud.
- b. Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.

La cuenta de carácter general se denominará como Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud.

La inspección, vigilancia y control del Fondo Único Público de Salud será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y de las demás autoridades competentes establecidas por la Constitución y la Ley en la vigilancia de los recursos públicos.

~~**Artículo 13. Fondo Único Público de Salud.** 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, serán administrados por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y 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 tres cuentas, dos independientes y una general con los demás recursos del Sistema de Salud que se harán 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.~~

~~Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud son las de "Atención Primaria en Salud", y de "Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria".~~

Cordialmente,

GERMÁN ROGELIO ROZO ANIS

Representante a la Cámara
Departamento de Arauca



JUSTIFICACIÓN

Se hacen modificaciones de forma para mejorar la comprensión del artículo sin alterar el sentido ni la esencia del mismo. Además, se armoniza con lo dispuesto en el artículo 14 del proyecto que define como se denomina la cuenta de carácter general del Fondo.





Bogotá D.C. Noviembre 12 de 2024

Honorable Representante
Gerardo Yepes Caro
Presidente Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN

Al texto para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 13, el cual quedara así:

Artículo 13. Fondo Único Público de Salud. 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, serán administrados por la Administradora de Página 470 de 526

Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y 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 tres cuentas, dos independientes y una general con los demás recursos del Sistema de Salud que se harán 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.



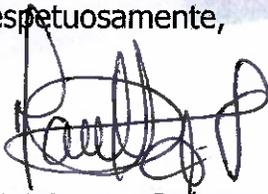
Verde



Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud son las de "Atención Primaria en Salud", y de "Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria".

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 o recursos no ejecutados podrán ser trasladados 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. Dichos traslados serán ordenados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



Verde



Bogotá D.C 12 de noviembre de 2024

PROPOSICIÓN SUSTITUTIVA

Sustitúyase lo dispuesto en el **ARTÍCULO 13** del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara, "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"**, el cual quedará así:

Artículo 13. Fondo Único Público de Salud. Créese el Fondo Único Público de Salud cuya fuente serán los recursos a los que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud, sin personería jurídica ni planta de personal propia. Será administrado por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

El Fondo Único Público de Salud tendrá tres cuentas, dos de ellas serán independientes y una será de carácter general integrada por los demás recursos del Sistema de Salud que harán unidad de caja en el Fondo.

Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud serán las de:

- a. Atención Primaria en Salud.
- b. Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.

La cuenta de carácter general se denominará como Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud.

La inspección, vigilancia y control del Fondo Único Público de Salud será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y de las demás autoridades competentes establecidas por la Constitución y la Ley en la vigilancia de los recursos públicos.

~~**Artículo 13. Fondo Único Público de Salud.** 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, serán administrados por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y 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 tres cuentas, dos independientes y una general con los demás recursos del Sistema de Salud que se harán 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.~~

~~Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud son las de "Atención Primaria en Salud", y de "Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria".~~

Cordialmente,


GERMÁN ROGELIO ROZO ANIS
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca



JUSTIFICACIÓN

Se hacen modificaciones de forma para mejorar la comprensión del artículo sin alterar el sentido ni la esencia del mismo. Además, se armoniza con lo dispuesto en el artículo 14 del proyecto que define como se denomina la cuenta de carácter general del Fondo.

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 14 del Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 14. Traslado presupuestal entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud. Con el fin de optimizar el uso de los recursos y garantizar la atención en salud en todo el territorio nacional, la ADRES podrá realizar traslados presupuestales entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

1. Los traslados presupuestales podrán realizarse entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud: la de Atención Primaria en Salud, la de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria y la Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud.
2. Los traslados deberán estar orientados a atender las necesidades más urgentes del sistema de salud, priorizando la atención en salud de la población más vulnerable, la mejora en la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria.
3. ~~No podrán trasladarse los recursos provenientes del Sistema General de Participaciones, ni los recursos generados por las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social en salud, ni aquellos que por disposición legal o reglamentaria estén destinados a un fin específico.~~ ^{recursos}
4. El traslado de los recursos entre las cuentas debe ser aprobado por la Junta Directiva de la ADRES, previa evaluación técnica y financiera que justifique la necesidad del traslado, garantizando el equilibrio financiero del Fondo y la cobertura de las obligaciones priorizadas.
5. Cada traslado presupuestal deberá ser reportado de manera detallada a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los treinta (30) días siguientes a la autorización, con el fin de garantizar la transparencia en el manejo de los recursos públicos y permitir la adecuada inspección, vigilancia y control.
6. El traslado de recursos entre las cuentas no podrá afectar las metas previamente establecidas por la ADRES, ni comprometer los compromisos adquiridos con el Fondo para la atención en salud en sus diferentes niveles.

De los Honorables Representantes,

[Handwritten signature]

[Stamp: INIDIOLV, Hora 1:30:42pm]

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 15 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

Elimínese el artículo 15:

~~Artículo 15. Cuenta de Atención Primaria en Salud. La Cuenta de Atención Primaria en Salud tendrá las siguientes fuentes:~~

- ~~1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar la prestación de servicios de salud y los destinados, a la vigencia de la presente Ley, al régimen subsidiado, que pertenecen a los distritos y municipios.~~
- ~~2. Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, que a la entrada en vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.~~
- ~~3. Los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).~~
- ~~4. Los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, incluidos los de regímenes exceptuados.~~
- ~~5. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud.~~

~~Estos recursos deberán considerarse en la definición de la Unidad de pago por Capitación (CAPS) con destino a la Atención Primaria en Salud y su crecimiento progresivo, luego de que el Ministerio de Salud y Protección defina técnicamente los alcances, inclusiones, costeo de la atención y costo de la disponibilidad de servicios. Estos recursos se destinarán a financiar:~~

- ~~1. Los servicios prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).~~
- ~~2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial.~~
- ~~3. La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos.~~
- ~~4. Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.~~



Aforerom



Andres.forerom



Andresforerocd

~~Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) se podrán destinar los recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

Bogotá D.C. Noviembre 12 de 2024

Honorable Representante
Gerardo Yepes Caro
Presidente Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN DE ELIMINACIÓN

Al texto para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Elimínese el artículo 14, el cual quedara así:

~~Artículo 14. Traslado presupuestal entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud. Con el fin de optimizar el uso de los recursos y garantizar la atención en salud en todo el territorio nacional, la ADRES podrá realizar traslados presupuestales entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:~~

~~1. Los traslados presupuestales podrán realizarse entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud: la de Atención Primaria en Salud, la de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria y la Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud.~~

~~2. Los traslados deberán estar orientados a atender las necesidades más urgentes del sistema de salud, priorizando la atención en salud de la población más~~

vulnerable, la mejora en la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria.

3. No podrán trasladarse los recursos provenientes del Sistema General de Participaciones, ni los recursos generados por las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social en salud, ni aquellos que por disposición legal o reglamentaria estén destinados a un fin específico.

4. El traslado de los recursos entre las cuentas debe ser aprobado por la Junta Directiva de la ADRES, previa evaluación técnica y financiera que justifique la necesidad del traslado, garantizando el equilibrio financiero del Fondo y la cobertura de las obligaciones priorizadas.

5. Cada traslado presupuestal deberá ser reportado de manera detallada a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los treinta (30) días siguientes a la autorización, con el fin de garantizar la transparencia en el manejo de los recursos públicos y permitir la adecuada inspección, vigilancia y control.

6. El traslado de recursos entre las cuentas no podrá afectar las metas previamente establecidas por la ADRES, ni comprometer los compromisos adquiridos con el Fondo para la atención en salud en sus diferentes niveles.

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



Bogotá D.C 12 de noviembre de 2024

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese lo dispuesto en el **ARTÍCULO 15** del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara, "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"**, el cual quedará así:

Artículo 15. Cuenta de Atención Primaria en Salud. La Cuenta de Atención Primaria en Salud tendrá las siguientes fuentes:

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar la prestación de servicios de salud y los destinados, a la vigencia de la presente Ley, al régimen subsidiado, que pertenecen a los distritos y municipios.
2. Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, que a la entrada en vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.
3. Los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente Ley, deben girar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).
4. Los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, incluidos los de regímenes exceptuados.
5. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud.

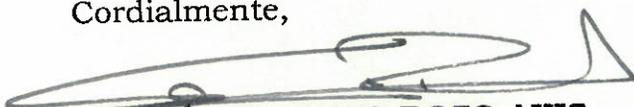
Estos recursos deberán considerarse en la definición de la Unidad de pago por Capitación (**CAPS**) con destino a la Atención Primaria en Salud y su crecimiento progresivo, luego de que el Ministerio de Salud y Protección defina técnicamente los alcances, inclusiones, costeo de la atención y costo de la disponibilidad de servicios.

Estos recursos se destinarán **a para** financiar:

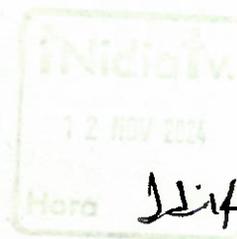
1. Los servicios prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).
2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial.
3. La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos.
4. Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) se podrán destinar los recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.

Cordialmente,



GERMÁN ROGELIO ROZO ANIS
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca



11:10

0308 W-100

0308 W-100

0308 W-100

Bogotá D.C. Noviembre 12 de 2024

Honorable Representante
Gerardo Yepes Caro
Presidente Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN

Al texto para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 15, el cual quedara así:

Artículo 15. Cuenta de Atención Primaria en Salud. La Cuenta de Atención Primaria en Salud tendrá las siguientes fuentes:

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar la prestación de servicios de salud y los destinados, a la vigencia de la presente Ley, al régimen subsidiado, que pertenecen a los distritos y municipios.
2. Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, que a la entrada en vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.

3. Los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).
4. Los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, incluidos los de regímenes exceptuados.
5. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud.

Estos recursos deberán considerarse en la definición de la Unidad de pago por Capitación (CAPS) **(UPC)** con destino a la Atención Primaria en Salud y su crecimiento progresivo, luego de que el Ministerio de Salud y Protección defina técnicamente los alcances, inclusiones, costeo de la atención y costo de la disponibilidad de servicios.

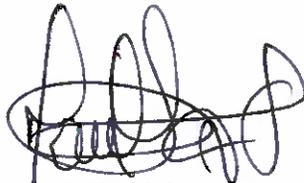
Estos recursos se destinarán a financiar:

1. Los servicios prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).
2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial,
3. La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos.
4. Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) se podrán destinar los recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.

Justificación: Se corrige la expresión CAPS (Centro de Atención Primaria en Salud) por UPC (Unidad de Pago por Capitación).

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 16 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

Elimínese el artículo 16:

~~Artículo 16. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria tendrá las siguientes fuentes:~~

- ~~1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y de los distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos.~~
- ~~2. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).~~
- ~~3. Los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.~~
- ~~4. Los recursos correspondientes a las rentas cedidas, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.~~
- ~~5. Los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.~~
- ~~6. Los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud con cargo a esta cuenta.~~

~~Estos recursos se destinarán a los siguientes usos:~~

- ~~1. Al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.~~
- ~~2. Al fortalecimiento y mantenimiento de la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria de mediana y alta complejidad.~~
- ~~3. Al transporte intermunicipal, interdepartamental medicalizado de los departamentos y distritos.~~

~~Las fuentes se integrarán de forma progresiva a la Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria de mediana y alta complejidad.~~

Atentamente,

ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd



Bogotá D.C. Noviembre 12 de 2024

Honorable Representante
Gerardo Yepes Caro
Presidente Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN

Al texto para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 16, el cual quedara así:

Artículo 16. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria tendrá las siguientes fuentes:

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y de los distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos.
2. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).
3. Los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.
4. Los recursos correspondientes a las rentas cedidas, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.

5. Los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.
6. Los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud con cargo a esta cuenta.

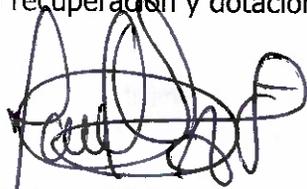
Estos recursos se destinarán a los siguientes usos:

1. Al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Al fortalecimiento y mantenimiento de la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria de **baja (CAPS)**, mediana y alta complejidad.
3. Al transporte intermunicipal, interdepartamental medicalizado de los departamentos y distritos.

Las fuentes se integrarán de forma progresiva a la Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria de **baja**, mediana y alta complejidad.

Justificación: Se agrega la en el numeral dos del tercer inciso la expresión baja (CAPS), porque esta cuenta no sólo debería estar destinada al fortalecimiento y mantenimiento de la infraestructura y dotación de la red de mediana y alta. En la subcuenta de APS sólo está permitido el pago para los servicios prestados en los CAPS, esto supone que todos los CAPS ya están recuperados y dotados para la prestación de los servicios de salud, siendo esto ajeno a la realidad. ¿Si no es a través de esta subcuenta, porqué subcuenta se van a destinar los recursos para la recuperación y dotación de los CAPS?.

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



Verde



PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 17 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

Elimínese el artículo 17:

~~Artículo 17. Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. Los demás recursos que financian el Sistema de Salud y que están integrados en el Fondo Único Público de Salud, deberán presupuestarse por conceptos los siguientes usos obligatorios:~~

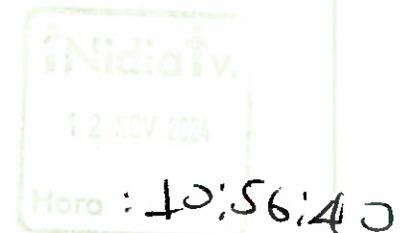
- ~~1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis.~~
- ~~2. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, y la prestación económica por maternidad a las mujeres y personas no cotizantes según lo definido en la presente Ley.~~
- ~~3. El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo.~~
- ~~4. El financiamiento para la formación en salud.~~
- ~~5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.~~
- ~~6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que se deban reconocer por Accidentes de Tránsito y eventos terroristas, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras del SOAT.~~
- ~~7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.~~
- ~~8. Pago de remuneración por la administración a las Gestoras de Salud y Vida.~~
- ~~9. Pago de incentivos para los prestadores de mediana y alta complejidad y Gestoras de Salud y Vida.~~

~~Estos recursos harán unidad de caja, excepto los presupuestados para el fondo para la atención de catástrofes y epidemias.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

Bogotá D.C. Noviembre 12 de 2024

Honorable Representante
Gerardo Yepes Caro
Presidente Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN

Al texto para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 17, el cual quedara así:

Artículo 17. Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. Los demás recursos que financian el Sistema de Salud y que están integrados en el Fondo Único Público de Salud, deberán presupuestarse por conceptos los siguientes usos obligatorios:

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 las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis **que se deriven de la atención integral en salud a los pacientes.**
2. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, y la prestación económica por maternidad a las mujeres y personas no cotizantes según lo definido en la presente Ley.

3. El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo.
4. El financiamiento para la formación en salud.
5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.
6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que se deban reconocer por Accidentes de Tránsito y eventos terroristas, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras del SOAT.
7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.
8. Pago de remuneración por la administración a las Gestoras de Salud y Vida.
9. Pago de incentivos para los prestadores de mediana y alta complejidad y Gestoras de Salud y Vida.

Estos recursos harán unidad de caja, excepto los presupuestados para el fondo para la atención de catástrofes y epidemias.

Justificación: Se agrega en el numeral la expresión "que se deriven de la atención integral a los pacientes" para precisar que los medicamentos, suministros, prótesis y ortesis financiados por esta subcuenta son para los pacientes y no para otros usos (ej: investigación clínica)

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



Verde



PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 18 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

Elimínese el artículo 18:

~~Artículo 18. Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación. El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población y sus prestaciones económicas, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral. Este valor se determinará mediante estudios técnicos, que consideren ajustadores de riesgo en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, y demás factores determinantes para cubrir la atención en salud de la población.~~

~~El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios de salud.~~

~~Para garantizar la suficiencia de recursos, la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los residentes en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará la UPC así:~~

~~1. Se asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en territorio para la Atención Primaria en Salud, que le corresponde al Sistema de Salud. La financiación del nivel primario se hará vía oferta, para garantizar los servicios de salud territoriales según las necesidades. El total de los recursos asignados deberá garantizar la sostenibilidad de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).~~

~~2. Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad, aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes.~~

~~Parágrafo 1. En casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, el Gobierno~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd



~~nacional dispondrá los recursos financieros adicionales para asumir costos y gastos derivados de la misma.~~

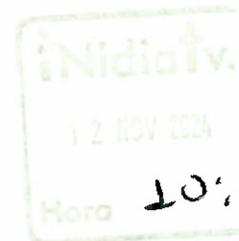
~~Parágrafo 2. Los recursos que financian el aseguramiento en salud de que trata el numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2010, integran la subcuenta de Atención Primaria en Salud para la financiación del per cápita destinado a la Atención Primaria en Salud.~~

~~Parágrafo 3. Los recursos complementarios de cofinanciación previstos en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 se destinarán a la financiación del per cápita definido para la atención en salud de la mediana y alta complejidad.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd





PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 18 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024C, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024C, el cual quedará así:

Artículo 18. Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación. El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población ~~y sus prestaciones económicas~~, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral, lo cual implica la no fragmentación de la misma para la atención en salud en todos sus niveles de complejidad. Este valor se determinará mediante estudios técnicos y cálculos actuariales, que consideren ajustadores de riesgo en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, y demás factores determinantes para cubrir la atención en salud de la población.

El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios de salud, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, demográficas como edad o grupo etario y sexo, patologías prevalentes y costosas en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en territorio nacional. Igualmente, se deberá tener en cuenta para el cálculo actuarial, el crecimiento de los eventos adversos secundarios al mayor número de actividades y procedimientos requeridos para la recuperación de la Salud de la población y del aumento de las actividades del sistema de salud, para su prevención y control.

Los estudios necesarios para definir la Unidad de Pago por Capitación que requieran, deberán ser desarrollados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y por un consorcio o unión temporal en donde participen como mínimo dos universidades públicas y dos privadas acreditadas en Colombia y que cuenten con programas en áreas de la salud y la economía y una universidad internacional que cuente igualmente con estos programas.

~~Para garantizar la suficiencia de recursos, la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los residentes en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará la UPC así:~~



Partido de la **Unión**
por la gente.

~~1. Se asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en territorio para la Atención Primaria en Salud, que le corresponde al Sistema de Salud.~~

~~La financiación del nivel primario se hará vía oferta, para garantizar los servicios de salud territoriales según las necesidades. El total de los recursos asignados deberá garantizar la sostenibilidad de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).~~

~~2. Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes,~~

Parágrafo 1. ~~En casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, la Unidad de Pago por Capitación (UPC), no se utilizará para financiación de eventos catastróficos o un desastre natural, lo cual será financiado con el fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras, establecido en el numeral 27 del artículo 9. El Gobierno nacional dispondrá los recursos financieros adicionales para asumir costos y gastos derivados de la misma.~~

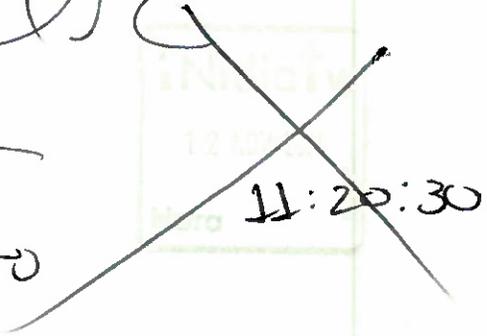
Parágrafo 2. ~~Los recursos que financian el aseguramiento en salud de que trata el numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, integran la subcuenta de Atención Primaria en Salud para la financiación del per cápita destinado a la Atención Primaria en Salud.~~

Parágrafo 3. ~~Los recursos complementarios de cofinanciación previstos en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 se destinarán a la financiación del per cápita definido para la atención en salud de la mediana y alta complejidad.~~


Camilo Avila

Director 

11:44:50


11:20:30

18

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el artículo 18 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

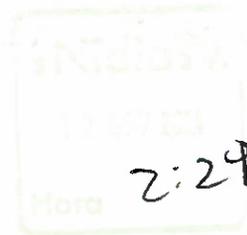
Artículo 18. Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación. El Consejo Nacional de Salud Ministerio de Salud y Protección Social, aplicando los resultados de los estudios técnicos a que se refiere el artículo 6 de la presente ley, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población y sus prestaciones económicas, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral. Este valor se determinará mediante estudios técnicos, que consideren ajustadores de riesgo en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, y demás factores determinantes para cubrir la atención en salud de la población.

El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios y tecnologías en de salud.

(...)"

Julia Miranda Julia Miranda

JULIA MIRANDA LONDOÑO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Nuevo Liberalismo



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara

“Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”

Modifíquese el artículo 19 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *“Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”*, el cual quedará así:

Artículo 19. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.

Una vez registrado y certificado en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), cada prestador y/o proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorías tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente Ley.

Una vez prestado el servicio de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán concomitantemente las cuentas a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y a la Gestora de Salud y Vida correspondiente. A partir de esa fecha la Adres dispondrá de 30 días para pagar mínimo el 85% de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un

Handwritten signature



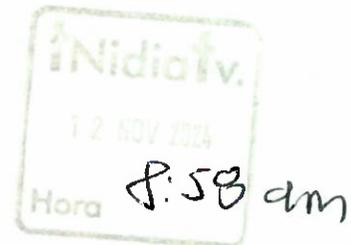


plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.

En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor.

Atentamente,

MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE
Representante a la Cámara
Departamento de Antioquia
Partido Liberal



AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Carrera 7 No 8 – 68 Of. 535B
Edificio Nuevo del Congreso de la República
maria.lopera@camara.gov.co

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 19 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 19:

~~Artículo 19. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.~~

~~Una vez registrado y certificado en la las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorías tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente Ley.~~

~~Una vez prestado el servicio de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados ante la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), la cual pagará mínimo el 85% del valor de las facturas presentadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud dentro de los 30 días calendario siguientes a su radicación. Las Gestoras de Salud y Vida dispondrán de un plazo máximo de 60 días calendario para realizar la auditoría de las cuentas y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd



~~En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor.~~

~~Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, en un plazo no superior a seis (6) meses.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

2000

19

Bogotá D.C. Noviembre 12 de 2024

Honorable Representante
Gerardo Yepes Caro
Presidente Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN

Al texto para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 19, el cual quedara así:

Artículo 19. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.

Una vez registrado y certificado en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorias tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente Ley.

Una vez prestado el servicio de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados ante la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), la cual pagará mínimo el 85% del valor de las facturas presentadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud dentro de los 30 días calendario siguientes a su radicación. Las Gestoras de Salud y Vida dispondrán de un plazo máximo de 60 días calendario para realizar la auditoría de las cuentas y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.

En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor.

Parágrafo 1: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, así como **las condiciones de recobro para aquellos prestadores o proveedores que se declaren en insolvencia o cambien de razón social y tengan deudas con el Sistema de Salud en virtud del presente artículo**, en un plazo no superior a seis (6) meses.

Justificación:

Se agrega el parágrafo 2 para establecer el mecanismo por medio el cual un prestador, o proveedor, que se declare en insolvencia económica y tengan deudas con el sistema de salud

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



Verde



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el artículo 19 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara “Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”, el cual quedará así:

Artículo 19. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.

Una vez registrado y certificado en la las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), cada prestador y proveedor procederá a celebrar un acuerdo de voluntades con una Entidad Gestora de Salud y Vida firmar un acuerdo marco con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), pagador único, celebrar un acuerdo de voluntades con una Gestora de Salud y Vida, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo que incluye de voluntades deberá incluir los servicios a proveer, las condiciones de calidad esperadas y la modalidad de pago, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad, desempeño institucional, y la auditoría para el giro directo por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorías tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente Ley.

Una vez prestado el servicio de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados ante la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), la cual pagará mínimo el 85% del valor de las facturas presentadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud dentro de los 30 días calendario siguientes a su radicación. Las Gestoras de Salud y Vida dispondrán de un plazo máximo de 60 días calendario para realizar la auditoría de las cuentas y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.

En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor.

Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, en un plazo no superior a seis (6) meses”.

Cordialmente,

Julia Miranda

JULIA MIRANDA LONDOÑO

Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Nuevo Liberalismo

Julia Miranda



PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 20 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 20:

~~Artículo 20. Autorización de pago de servicios. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis, según el régimen de tarifas y formas de pago del sistema de salud y los convenios de desempeño.~~

~~El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y 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.~~

~~La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados, del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.~~

~~Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas.~~

~~Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud.~~

~~Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías a las facturas presentadas por los integrantes de las Redes.~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), y certificarán ante la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) el cumplimiento para el pago.~~

~~La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), dentro de su competencia, pedrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud, para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias o dirigidas a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), de acuerdo con las tendencias de gasto identificadas. Sus informes serán dispuestos a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) para su consulta.~~

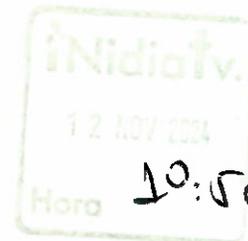
~~De encontrarse irregularidades en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud, las cuales podrán exigir la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución.~~

~~Parágrafo. El Gobierno nacional establecerá mecanismos para que la facturación electrónica por prestación de servicios de salud sea informada a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para efectos de llevar un control sobre el orden de los pagos y la resolución de las glosas.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

Bogotá, 12 de noviembre de 2024

Honorable Representante
GERARDO YEPES CARO
Presidente
Comisión Séptima Constitucional Permanente
Cámara de Representantes

ASUNTO: PROPOSICIÓN modificatoria al artículo 20 del proyecto de Ley No. 312 de 2024

En atención a lo dispuesto en los artículos 112, 113, 114 y 115 de la Ley 5 de 1992, me permito realizar la siguiente proposición de modificación:

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUENSE los incisos segundo, séptimo, octavo y noveno del Artículo 20 del texto propuesto para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

Modifíquese el artículo 20, así:

Artículo 20. Autorización de pago de servicios. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis, según el régimen de tarifas y formas de pago del sistema de salud y los convenios de desempeño.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B
Teléfono (601) 3904050 – ext. 3198

agmeth.escaf@camara.gov.co / utl.agmeth-escaf@camara.gov.co

Vertical line of text on the left side.

Vertical line of text in the middle.

Horizontal line of text near the bottom.



El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regular **regulará** el uso y costos de los recursos públicos del Sistema de Salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas.

La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados, del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas.

Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías a las facturas presentadas por los integrantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), y certificarán ante la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) el cumplimiento para el pago.

La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud, para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias o dirigidas a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la Red Integral e

AQUIVIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3198

agmeth.escaf@camara.gov.co / utl.agmeth-escaf@camara.gov.co





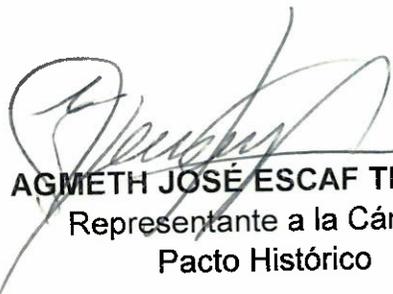
REPRESENTANTE
AGMETH
E S C A F

Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), de acuerdo con las tendencias de gasto identificadas. Sus informes serán dispuestos a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) para su consulta pública y gratuita.

De encontrarse irregularidades en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud, las cuales podrán exigir la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución.

Parágrafo. El Gobierno nacional establecerá mecanismos para que la facturación electrónica por prestación de servicios de salud sea informada a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para efectos de llevar un control sobre el orden de los pagos y la resolución de las glosas.

Atentamente,


AGMETH JOSÉ ESCAF TIJERINO
Representante a la Cámara
Pacto Histórico



AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B
Teléfono (601) 3904050 – ext. 3198
agmeth.escaf@camara.gov.co / utl.agmeth-escaf@camara.gov.co

10/10/00

Bogotá D.C. Noviembre 12 de 2024

Honorable Representante
Gerardo Yepes Caro
Presidente Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN

Al texto para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 20, el cual quedara así:

Artículo 20. Autorización de pago de servicios. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis, según el régimen de tarifas y formas de pago del sistema de salud y los convenios de desempeño.

El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y 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.

La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados, del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas.

Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías a las facturas presentadas por los integrantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), y certificarán ante la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) el cumplimiento para el pago.

La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud, para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias o dirigidas a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), de acuerdo con las tendencias de gasto identificadas. Sus informes serán dispuestos a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) para su consulta.

De encontrarse irregularidades en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud, las cuales podrán exigir la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución.

Parágrafo. El Gobierno nacional establecerá mecanismos para que la facturación electrónica por prestación de servicios de salud sea informada a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para efectos de llevar un control sobre el orden de los pagos y la resolución de las glosas.

Parágrafo. Por ningún motivo se podrá usar el mecanismo de autorizaciones en salud para la prestación de un servicio, como control previo por parte de las Gestoras de Salud y Vida.

Justificación: Se agrega la frase "**No se podrá usar el mecanismo de autorizaciones en salud, para la prestación de un servicio, como control previo por parte de las Gestoras de Salud y Vida**". Esto debido a que las autorizaciones en salud han sido un mecanismo de las hoy EPS y que se transformarán en Gestoras, para hacer control previo del gasto en salud y que ha terminado constituyéndose en barreras administrativas de acceso a los servicios de salud de manera oportuna y expedita y por tanto, en un mecanismo violatorio del derecho fundamental a la salud.

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde

12:52:20



Verde





PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 22 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

Elimínese el artículo 22:

~~Artículo 22. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad, paternidad y por incapacidad derivada de una enfermedad de origen común.~~

~~El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente Ley.~~

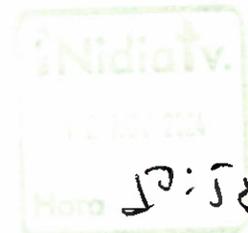
~~Las mujeres y personas gestantes no cotizantes, categorizadas en los niveles A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, recibirán el equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta protección alcanzará de manera progresiva los cuatro (4) meses a partir del año 2030. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el aumento progresivo de cobertura en función del nivel socioeconómico de los hogares, hasta alcanzar la universalidad en el año 2029.~~

~~El procedimiento administrativo de auditoría y revisión de documentos soporte para el pago de las prestaciones económicas, realizado por las Gestoras de Salud y Vida, no podrá exceder los treinta (30) días calendario, y la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud -ADRES realizará el pago efectivo de dichas prestaciones económicas en un máximo de ocho (8) días hábiles contados a partir de la aprobación.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd



Bogotá D.C. Noviembre 12 de 2024

Honorable Representante
Gerardo Yepes Caro
Presidente Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN

*Al texto para primer debate del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"***

Modifíquese el artículo 22, el cual quedara así:

Artículo 22. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad, paternidad y por incapacidad derivada de una enfermedad de origen común.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente Ley.

Las mujeres y personas gestantes no cotizantes, categorizadas en los niveles A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, recibirán el equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta protección alcanzará de manera progresiva los cuatro (4) meses a partir del año 2030. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el aumento progresivo de

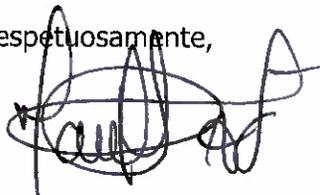
cobertura en función del nivel socioeconómico de los hogares, hasta alcanzar la universalidad en el año 2029.

El procedimiento administrativo de auditoría y revisión de documentos soporte para el pago de las prestaciones económicas, realizado por las Gestoras de Salud y Vida, no podrá exceder los treinta (30) días calendario, y la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES realizará el pago efectivo de dichas prestaciones económicas en un máximo de ocho (8) días hábiles contados a partir de la aprobación.

Parágrafo. El sistema de salud deberá garantizar el adecuado control prenatal a todas las mujeres y personas gestantes, eliminando las barreras de acceso a los servicios y procurando la corresponsabilidad de las mismas para la protección de la vida y la salud. Las mujeres y personas gestantes no cotizantes se comprometerán a asistir a por lo menos un control prenatal trimestral garantizado por el sistema de salud.

Justificación: Se crea el parágrafo para procurar un ejercicio de corresponsabilidad entre el subsidio por maternidad y el deber de asistir a controles prenatales. Esto es debido a que cerca del 12.5% de las mujeres en el régimen subsidiado no asisten a controles prenatales¹. La proposición parte de la obligatoriedad del sistema de salud, de garantizar la prestación del servicio y las condiciones de acceso para la gestante, pero también propone una medida de corresponsabilidad de las mujeres y gestantes no cotizantes, para asistir al control prenatal como una medida que ayude a aumentar el porcentaje de gestantes con control prenatal en el país.

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde

¹ <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2017.v59n2/176-182/es?form=MG0AV3>



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proposición MODIFICATORIA al artículo N° 25 de la ponencia para primer debate del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”**

Modifíquese el artículo 25 en su numeral 3 de la siguiente forma:

Artículo 25. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, el cual quedara así:

“Artículo 2: Uso de los Recursos de Saldos de las Cuentas Maestras. Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse conforme a la prioridad de usos que se señala a continuación siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias derivados del Régimen Subsidiado de Salud:

1. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud, independiente de la vigencia de causación. Estos recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
2. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada, el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios y el pago de la atención de urgencia a la población migrante no asegurada a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, sin importar la fecha de causación de la obligación, previa auditoría de cuentas conforme a lo establecido por las normas legales y reglamentarias vigentes.
3. En el pago de pasivos de ~~Empresas Sociales del Estado~~ Instituciones de Salud del Estado a cargo de las entidades territoriales. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud.
4. El saneamiento fiscal y financiero. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud.
5. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

for



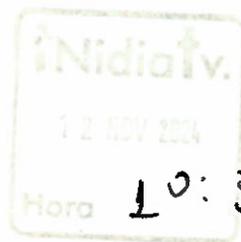
estar incluidas en el Plan Maestro de inversiones en infraestructura y dotación en salud del respectivo departamento o distrito.

PARÁGRAFO. Para usar los recursos de acuerdo con lo definido en los numerales 3, 4 y 5 las entidades territoriales deberán tener garantizada la cofinanciación del esfuerzo propio del Régimen Subsidiado de Salud que les corresponda efectuar. Asimismo haber previsto en el caso que proceda, la inversión a que hace referencia el numeral 2 del presente artículo.”

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara

“Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”

Modifíquese el artículo 28 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara **“Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”**, el cual quedará así:

Artículo 28. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, que surgen en virtud de la transformación de las EPS y creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Gestoras de Salud y Vida para la gestión integral del riesgo en salud y operativo y la representación del usuario en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones:

1. Identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión integral del riesgo en salud incluyendo la población sana. Estas acciones las coordinará con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).
2. Organizar y conformar con las Direcciones Departamentales y Distritales o Municipales las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) para las subregiones funcionales para la gestión en salud, incluyendo los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Participar en la planeación estratégica del desarrollo de la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Gestionar el riesgo en salud conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, incluyendo a los Centros de Atención Primaria en Salud (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 Territoriales de Salud (RIITS).
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 Territorial de Salud (RIITS).
6. Desarrollar modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo que identifiquen patrones de comportamiento para ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo.

[Handwritten signature]

7. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.
8. Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarías departamentales y distritales o municipales y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de acuerdo con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el traslado cuando por condiciones del territorio y de la Red así lo requiera la población.
9. Ejecutar articuladamente con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).
10. Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales.
11. Entregar informes periódicos del funcionamiento de las Redes.
12. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.
13. Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de la Red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud.
14. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.
15. Garantizar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.
16. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.
17. Realizar la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), con sujeción a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio.
18. **Auditar** ~~Validar~~ la facturación del componente complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para los pagos a que haya lugar.
19. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población articulado con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) a través del cual interactúen con las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, para poder dar soluciones efectivas a las no conformidades manifestadas.

1/24/11



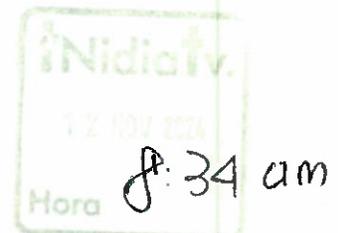
20. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
21. Realizar la gestión y validaciones necesarias para el pago de las prestaciones económicas.
22. Gestionar la atención integral de la salud del usuario, de manera que se disponga de un sistema de atención, que incluya como mínimo: i) una línea nacional gratuita de información, ii) una página web, iii) estrategias de comunicación electrónica o digital personalizada, iv) información en sus canales de atención y en su red de prestadores.
23. Suscribir conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal los convenios de desempeño con todos los prestadores de servicios de salud, según lo definido en la presente Ley, dentro de la Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) correspondiente, con criterios de eficiencia, calidad y resultados en salud de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades territoriales Departamentales y Distritales o municipales de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención.
24. En conjunto con las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación adelantar la revisión periódica del desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), que conduzca al mejoramiento continuo.
25. Representar al usuario en lo relativo al agenciamiento de los ciudadanos en su tránsito al interior de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), de acuerdo con las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud y su participación en el sistema de referencia y contrarreferencia, garantizando el mayor nivel de resolutivez en el primer nivel.

Parágrafo 1: Lo dispuesto en el presente artículo no implica manejo de recursos, ni ordenación del gasto por parte de las Gestoras de Salud y Vida.

Parágrafo 2: El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia. Las Gestoras de Salud y Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de 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. El Gobierno nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.

Atentamente,


MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE
Representante a la Cámara
Departamento de Antioquia
Partido Liberal



PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 28 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 28:

~~Artículo 28. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, que surgen en virtud de la transformación de las EPS y creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.~~

~~Las Gestoras de Salud y Vida para la gestión integral del riesgo en salud y operativo y la representación del usuario en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones:~~

- ~~1. Identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión integral del riesgo en salud incluyendo la población sana. Estas acciones las coordinará con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).~~
- ~~2. Organizar y conformar con las Direcciones Departamentales y Distritales o Municipales las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) para las subregiones funcionales para la gestión en salud, incluyendo los Centros de atención primaria en Salud (CAPS) de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~
- ~~3. Participar en la planeación estratégica del desarrollo de la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.~~
- ~~4. Gestionar el riesgo en salud conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, incluyendo a los Centros de Atención Primaria en Salud (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 Territoriales de Salud (RIITS).~~
- ~~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 Territorial de Salud (RIITS).~~
- ~~6. Desarrollar modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo que identifiquen patrones de comportamiento para ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo.~~
- ~~7. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd



- ~~8. Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarías departamentales y distritales o municipales y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de acuerdo con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el traslado cuando por condiciones del territorio y de la Red así lo requiera la población.~~
- ~~9. Ejecutar articuladamente con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).~~
- ~~10. Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales.~~
- ~~11. Entregar informes periódicos del funcionamiento de las Redes.~~
- ~~12. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.~~
- ~~13. Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de la Red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud.~~
- ~~14. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.~~
- ~~15. Garantizar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.~~
- ~~16. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.~~
- ~~17. Realizar la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), con sujeción a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio.~~
- ~~18. Validar la facturación del componente complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para los pagos a que haya lugar.~~
- ~~19. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población articulado con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) a través del cual interactúen con las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, para poder dar soluciones efectivas a las no conformidades manifestadas.~~
- ~~20. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.~~
- ~~21. Realizar la gestión y validaciones necesarias para el pago de las prestaciones económicas.~~
- ~~22. Gestionar la atención integral de la salud del usuario, de manera que se disponga de un sistema de atención, que incluya como mínimo: i) una línea nacional gratuita de información, ii)~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~una página web, iii) estrategias de comunicación electrónica o digital personalizada, iv) información en sus canales de atención y en su red de prestadores.~~

~~23. Suscribir conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal los convenios de desempeño con todos los prestadores de servicios de salud, según lo definido en la presente Ley, dentro de la Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) correspondiente, con criterios de eficiencia, calidad y resultados en salud de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades territoriales Departamentales y Distritales o municipales de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención.~~

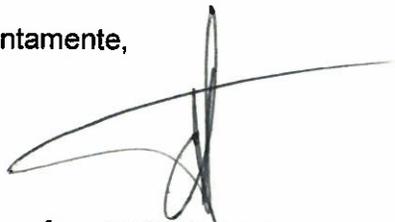
~~24. En conjunto con las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación adelantar la revisión periódica del desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), que conduzca al mejoramiento continuo.~~

~~25. Representar al usuario en lo relativo al agenciamiento de los ciudadanos en su tránsito al interior de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), de acuerdo con las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud y su participación en el sistema de referencia y contrarreferencia, garantizando el mayor nivel de resolutivez en el primer nivel.~~

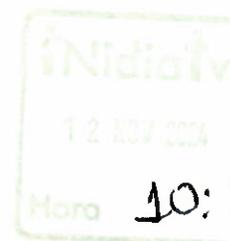
~~Parágrafo 1: Lo dispuesto en el presente artículo no implica manejo de recursos, ni ordenación del gasto por parte de las Gestoras de Salud y Vida.~~

~~Parágrafo 2: El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia. Las Gestoras de Salud y Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de 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. El Gobierno nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd



PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 28 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024C, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024C, el cual quedará así:

Artículo 28. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, que surgen en virtud de la transformación de las EPS y creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones **civiles**, legales y normativas que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Gestoras de Salud y Vida para la gestión integral del riesgo en salud y operativo y la representación del usuario en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones:

- 1. Representar al afiliado ante los prestadores de servicios en salud y los demás actores del Sistema de Salud.**
- 2. Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus usuarios en las fases de identificación, caracterización e intervención, directamente o a través de la red de prestadores, para lo cual deberá, desarrollar todas las acciones para identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión integral del riesgo en salud incluyendo la población sana, en todos los niveles de atención. Estas acciones las coordinará con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). **Dentro de la evaluación de la red que realice el Ministerio de Salud y Protección Social, deberá tener en cuenta el concepto emitido por las entidades territoriales en relación con la suficiencia de oferta habilitada en el territorio, garantizando la cercanía para el afiliado.****
- Organizar y conformar con las Direcciones Departamentales y Distritales o Municipales las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) para las subregiones funcionales para la gestión en salud, incluyendo los Centros de atención primaria en Salud (CAPS) de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Participar en la planeación estratégica del desarrollo de la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Gestionar el riesgo en salud conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, incluyendo a los Centros de Atención Primaria en Salud (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 Territoriales de Salud (RIITS).
- 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





Partido de la **Unión**
por la gente.

- Primaria en Salud (CAPS) y a las Redes Integrales e Integradas Territorial de Salud (RIITS).
7. 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.
 8. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.
 9. Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarías departamentales y distritales o municipales y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de acuerdo con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el traslado cuando por condiciones del territorio y de la Red así lo requiera la población.
 10. Ejecutar articuladamente con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).
 11. 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.
 12. Entregar informes periódicos del funcionamiento de las Redes.
 13. **Adoptar mecanismos de conformación de** Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) **que conjuntamente con la gestión del riesgo en salud permitan racionalidad y control de costos para** Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.
 14. **Garantizar el acceso a los servicios de atención inicial de urgencias a nivel nacional con independencia del territorio en el cual opere.**
 15. **Auditar por delegación de la ADRES las incapacidades por enfermedad general, licencias de maternidad y paternidad y remitirlas a la ADRES para que se proceda a su pago. Cuando hay sospecha sobre origen laboral, la IPS o los CAPS, según sea el caso, deberán remitir a la ADRES la Historia Clínica y demás soportes requeridos para que ésta proceda a la calificación en primera oportunidad y solicite el reembolso de las prestaciones y servicios pagados por la ADRES.**
 16. 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.
 17. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas, incluyendo su prevención,



- diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.
18. 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.
 19. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.
 20. Realizar la auditoría integral ~~de calidad~~, de cuentas médicas **suministradas de manera previa, concurrente y posterior** de las prestaciones de servicios de salud ~~componente complementario de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS)~~, con sujeción a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio.
 21. Validar la facturación del componente complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para los pagos a que haya lugar.
 22. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población articulado con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) a través del cual interactúen con las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, para poder dar soluciones efectivas a las no conformidades manifestadas.
 23. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
 24. Realizar la gestión y validaciones necesarias para el pago de las prestaciones económicas.
 25. Gestionar la atención integral de la salud del usuario, **incluyendo su representación ante la red para resolver cualquier inquietud**, de manera que se disponga de un sistema de atención, que incluya como mínimo: i) una línea nacional gratuita de información, ii) una página web, iii) estrategias de comunicación electrónica o digital personalizada, iv) información en sus canales de atención y en su red de prestadores.
 26. Suscribir conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal los convenios de desempeño con todos los prestadores de servicios de salud, según lo definido en la presente Ley, dentro de la Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) correspondiente, con criterios de eficiencia, calidad y resultados en salud de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades territoriales Departamentales y Distritales o municipales de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHYSICS DEPARTMENT

PHYS 433

LECTURE 1

STATISTICAL MECHANICS

AND THERMODYNAMICS

PROF. J. K. WILSON

SPRING 2008

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el artículo 28 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 28. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, que ~~surgen~~ **pueden surgir** en virtud de la transformación de las EPS **y demás EAPB que operan en el sistema**, y **son** creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Gestoras de Salud y Vida para la gestión integral del riesgo en salud ~~y del riesgo operativo~~ y la representación del usuario ~~en el territorio de salud asignado~~, cumplirán las siguientes funciones:

1. Identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión integral del riesgo en salud incluyendo la población sana. Estas acciones las coordinará con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).
2. Organizar y conformar con las Direcciones Departamentales y Distritales o Municipales las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) para las subregiones funcionales para la gestión en salud, incluyendo los Centros de atención primaria en Salud (CAPS) de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Participar en la planeación estratégica del desarrollo de la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Gestionar el riesgo en salud **de sus afiliados conjuntamente** ~~con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal~~, incluyendo a los Centros de Atención Primaria en Salud (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 Territoriales de Salud (RIITS).
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~~ **Coordinar y organizar la oferta de servicios de salud, a través de la contratación con** las Redes Integrales e Integradas Territorial de Salud (RIITS) **y con profesionales de la salud independientes.**
6. Desarrollar modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos en salud y **de los riesgos operativos** ~~operacionales~~ a través de la intervención de factores de riesgo que identifiquen patrones de comportamiento para ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo.
7. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.
8. Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las

~~secretarías departamentales y distritales o municipales~~ y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de acuerdo con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el traslado cuando por condiciones del territorio y de la Red así lo requiera la población.

9. Ejecutar articuladamente con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

10. Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales.
11. Entregar informes periódicos del funcionamiento de las Redes.
12. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.
13. Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de la Red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud.
14. Gestionar la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.
15. Garantizar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.
16. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.
17. Realizar la auditoría integral de calidad, de resultados en salud y de cuentas médicas retrospectiva y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), con sujeción a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio.
18. Validar la facturación del componente complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para los pagos a que haya lugar.
19. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población articulado con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) a través del cual interactúen con las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, para poder dar soluciones efectivas a las no conformidades manifestadas.
20. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
21. Realizar la gestión y validaciones necesarias para el pago de las prestaciones económicas.
22. Gestionar la atención integral de la salud del usuario, de manera que se disponga de un sistema de atención, que incluya como mínimo: i) una línea nacional gratuita de información, ii) una página web, iii) estrategias de comunicación electrónica o digital personalizada, iv) información en sus canales de atención y en su red de prestadores.
23. ~~Suscribir conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal los convenios de desempeño~~ Celebrar acuerdos de voluntades con todos los prestadores de servicios de salud, según lo definido en la presente Ley, dentro de la Redes Integrales e

Integradas Territoriales de Salud (RIITS) correspondiente, con criterios de eficiencia, calidad y resultados en salud de la población. Estos ~~convenios~~ ~~acuerdos~~ tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades territoriales Departamentales y Distritales o municipales de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención.

24. En conjunto con las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación adelantar la revisión periódica del desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), que conduzca al mejoramiento continuo.
25. Representar al usuario ~~en lo relativo al agenciamiento de los ciudadanos~~ en su tránsito al interior de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), de acuerdo con las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud y su participación en el sistema de referencia y contrarreferencia, garantizando el mayor nivel posible de resolutivez en el primer nivel.
26. Promover dentro del respectivo territorio para la gestión integral del riesgo en salud, la afiliación de los habitantes al sistema de salud, garantizando siempre la libre escogencia del usuario. Registrar y carnetizar a los afiliados y remitir la información correspondiente al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a las entidades territoriales, para que sea incluida en el Sistema Único de Información en Salud.

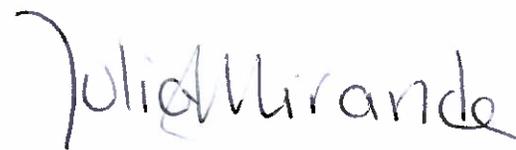
~~Parágrafo 1: Lo dispuesto en el presente artículo no implica manejo de recursos, ni ordenación del gasto por parte de las Gestoras de Salud y Vida.~~

~~Parágrafo 2:~~ El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia. Las Gestoras de Salud y Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de 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. El Gobierno nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida”.

Cordialmente,


JULIA MIRANDA LONDOÑO

Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Nuevo Liberalismo





PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 29 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 29:

~~Artículo 29. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud. Dentro de los tres (3) meses siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud autorizadas para operar en alguno o ambos de los dos regímenes de afiliación actuales y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a sus competencias, la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a dicha transformación presentando el proyecto de habilitación o plan de retiro voluntario según el caso, y el correspondiente plan de saneamiento, teniendo en cuenta lo siguiente:~~

- ~~1. Si la Entidad Promotora de Salud, desea transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar el proyecto de habilitación como Gestora de Salud y Vida.~~
- ~~2. Si la Entidad Promotora de Salud no está interesada en transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar su plan de retiro voluntario.~~

~~Si la Entidad Promotora de Salud no expresa ninguna de las dos intenciones iniciará inmediatamente el proceso de retiro.~~

~~En el caso del numeral uno (1), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento de la totalidad de los pasivos respaldados por acuerdos de pago con sus acreedores, o garantías financieras; el cual tendrá la obligación de implementar en un tiempo no superior a dieciocho (18) meses contados a partir de su aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y deberá presentar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo.~~

~~El cumplimiento del plan de saneamiento de pasivos no podrá afectar la operación de las Gestoras de Salud y Vida; lo cual estará sujeto a vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.~~

~~En el caso del numeral dos (2) las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento que contemple el pago de la totalidad del pasivo en un tiempo que no podrá ser superior a veinticuatro (24) meses contados a partir de la radicación del plan de retiro voluntario e al vencimiento de los tres (3) meses previstos en el presente artículo. El plan de saneamiento debe tener en cuenta la prelación de pagos previsto en el artículo 12 de la Ley 1707 de 2016,~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~considerando que en el primer renglón de prelación deben incluirse las deudas que se tengan con todos los trabajadores de la salud con independencia de la forma de vinculación. Si el plan de saneamiento no es aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) o siendo aprobado se incumple, la EPS será intervenida forzosamente.~~

~~En todo caso la Superintendencia Nacional de Salud tendrá hasta treinta (30) días calendario para emitir concepto sobre los planes y el cumplimiento de los parámetros.~~

~~Parágrafo 1: Para el caso de las EPS intervenidas será deber del agente especial intervenir convocar al máximo organismo social de la entidad para que haga la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a la transformación en Entidades Gestoras de Salud y Vida. Deberá a su vez presentar un plan de saneamiento para la aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.~~

~~Parágrafo 2. Para el respectivo saneamiento se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas técnicas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y otras fuentes de recursos legalmente establecidas.~~

~~Parágrafo 3. A la entrada en vigencia de la presente Ley, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que presenten el plan de habilitación y saneamiento observando los parámetros definidos en el artículo 30 de la presente ley, podrán obtener una habilitación transitoria como Gestoras de Salud y Vida siempre y cuando la Superintendencia Nacional de Salud apruebe los mencionados planes o garantías financieras de que trata el presente artículo. Como consecuencia de ello se suspenderán los requisitos de habilitación financiera que les aplica como Entidades Promotoras de Salud (EPS), para permitir el cumplimiento de los planes de habilitación y saneamiento aprobados, sin perjuicio de lo establecido en el régimen de transición.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.

INIDIA IV.
12 NOV 2023
Hora 10:54:40



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 30 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 30:

~~Artículo 30. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años siempre que cumplan las condiciones de permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el periodo de transición previsto en la presente Ley.~~

~~Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los tres meses siguientes a la expedición de la presente Ley.~~

~~La manifestación de transformación deberá acompañarse de un Plan de saneamiento de pasivos aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 29 de la presente Ley.~~

~~Durante este periodo deberán cumplir progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:~~

~~1. Organizar conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, la atención de su población a cargo, en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) conforme a la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, CAPS que serán financiados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).~~

~~2. Durante los dos años de transición previstos en esta ley, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de Entidades Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~3. Durante el periodo de tiempo que permanezcan como Entidades Promotoras de Salud (EPS), será obligatoria la implementación del giro directo a través de la ADRES.~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~4. Se organizarán progresivamente por subregiones funcionales para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados en esos sitios. En las mencionadas subregiones y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud.~~

~~5. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) que organicen y conformen junto con las entidades territoriales del orden departamental y distrital de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. La habilitación y autorización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~6. Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 18 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.~~

~~7. 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. Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional.~~

~~8. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.~~

~~Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), 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, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS.~~

~~9. Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración establecidos en la legislación vigente.~~

~~10. En cualquier momento y antes de cumplirse los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS que cumplan con las condiciones para su transformación y presenten un plan de saneamiento aprobado, podrán iniciar su operación como Gestoras de Salud y Vida en los términos de la presente Ley.~~

~~Parágrafo 1. La transformación de las actuales Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Entidades Gestoras de Salud y Vida no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos en que lo reglamente el Gobierno nacional.

~~Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar de manera integral, la salud de la población que se les asigne y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad.~~

~~Parágrafo 3: Una vez cumplidos los requisitos para la transformación de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Gestora de Salud y Vida, y previa aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, como una alternativa del proceso de disolución, podrán constituir la Gestora de Salud y Vida como una persona jurídica diferente, ya sea de naturaleza privada, mixta o pública según corresponda, para asumir dicho rol, con una Junta Directiva o máximo órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

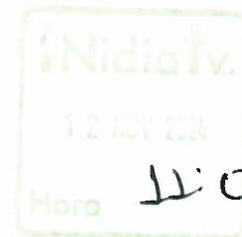
~~Parágrafo 4: Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con participación accionaria del Estado podrán certificar la asunción del pago de sus pasivos y acreencias por parte de la Nación o de la Entidad territorial de su respectiva jurisdicción, como respaldo de cumplimiento de las condiciones de permanencia que se les aplica, necesarias para transformarse en Gestoras de Salud y Vida.~~

~~Parágrafo 5: Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida y que se encuentren administrando Planes Voluntarios en Salud (Medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud) deberán escindir esta operación comercial dentro del periodo de transición para convertirse en Gestoras, sin que se requiera nueva autorización para el efecto de los planes vigentes. En ningún caso habrá coexistencia administrativa y financiera con la Gestora de Salud y Vida. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Gestoras de Salud y Vida podrán seguir comercializando Planes Voluntarios en Salud de conformidad con la reglamentación legal vigente.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd



PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 30 del Proyecto de Ley 312 de 2024C, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024C, el cual quedará así:

Artículo 30. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años siempre que cumplan las condiciones de permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el periodo de transición previsto en la presente Ley.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los tres meses siguientes a la expedición de la presente Ley.

La manifestación de transformación deberá acompañarse de un Plan de saneamiento de pasivos aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 29 de la presente Ley.

Durante este periodo deberán cumplir progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:

1. Organizar conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, la atención de su población a cargo, en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) conforme a la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, CAPS que serán financiados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).
2. Durante los dos años de transición previstos en esta ley, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de Entidades Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Durante el periodo de tiempo que permanezcan como Entidades Promotoras de Salud (EPS), será obligatoria la implementación del giro directo a través de la ADRES.
4. Se organizarán progresivamente por subregiones funcionales para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados en esos sitios. En las mencionadas subregiones y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud.
5. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) que organicen y conformen junto con las entidades territoriales del orden departamental y distrital de acuerdo con los



Partido de la **Unión**
por la gente.

lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. La habilitación y autorización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

6. Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 18 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.
7. 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. Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional.
8. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.
Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), 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, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS.
9. Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración establecidos en la legislación vigente.
10. En cualquier momento y antes de cumplirse los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS que cumplan con las condiciones para su transformación y presenten un plan de saneamiento aprobado, podrán iniciar su operación como Gestoras de Salud y Vida en los términos de la presente Ley.

Parágrafo 1. La transformación de las actuales Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Entidades Gestoras de Salud y Vida no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los activos, ~~pasivos~~, y 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. **En todo caso, dentro de los dos (2) años que dure la transición de transformación de EPS a gestoras, deberá efectuarse la cancelación total de deudas corrientes que se acumulen al momento de cumplirse el plazo de transición, requisito sin el cual no se autorizará de ninguna forma la transformación de EPS a Gestora de Salud y Vida. Para efectos de definir la base sobre la que se medirán los aportes adicionales de la Nación para el sector salud se tomarán los recursos señalados en el Marco Fiscal de Mediano Plazo de 2024.**

1900

1901

1902

1903

1904

1905

1906



Partido de la **Unión**
por la gente.

Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar de manera integral, la salud de la población que se les asigne y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad.

Parágrafo 3: Una vez cumplidos los requisitos para la transformación de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Gestora de Salud y Vida, y previa aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, como una alternativa del proceso de disolución, podrán constituir la Gestora de Salud y Vida como una persona jurídica diferente, ya sea de naturaleza privada, mixta o pública según corresponda, para asumir dicho rol, con una Junta Directiva o máximo órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 4: Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con participación accionaria del Estado podrán certificar la asunción del pago de sus pasivos y acreencias por parte de la Nación o de la Entidad territorial de su respectiva jurisdicción, como respaldo de cumplimiento de las condiciones de permanencia que se les aplica, necesarias para transformarse en Gestoras de Salud y Vida.

Parágrafo 5: Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida y que se encuentren administrando Planes Voluntarios en Salud (Medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud) deberán escindir esta operación comercial dentro del periodo de transición para convertirse en Gestoras, sin que se requiera nueva autorización para el efecto de los planes vigentes. En ningún caso habrá coexistencia administrativa y financiera con la Gestora de Salud y Vida. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Gestoras de Salud y Vida podrán seguir comercializando Planes Voluntarios en Salud de conformidad con la reglamentación legal vigente.

Director

Camilo Avila

INICIAL
12/03/20
Hora 11:45:40

100

100

Bogotá D.C. Noviembre 12 de 2024

Honorable Representante
Gerardo Yepes Caro
Presidente Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN

Al texto para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 30, el cual quedara así:

Artículo 30. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años siempre que cumplan las condiciones de permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el periodo de transición previsto en la presente Ley.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los tres meses siguientes a la expedición de la presente Ley.

La manifestación de transformación deberá acompañarse de un Plan de saneamiento de pasivos aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 29 de la presente Ley.

Durante este periodo deberán cumplir progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:

1. Organizar, conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, la atención de su población a cargo, en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) conforme a la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales

Int'

- de Salud (RIITS) habilitadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, **Estos** CAPS que serán financiados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).
2. Durante los dos años de transición previstos en esta ley, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de Entidades Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
 3. Durante el periodo de tiempo que permanezcan como Entidades Promotoras de Salud (EPS), será obligatoria la implementación del giro directo a través de la ADRES.
 4. Se organizarán progresivamente por subregiones funcionales para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados en esos sitios. En las mencionadas subregiones y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud.
 5. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) que organicen y conformen junto con las entidades territoriales del orden departamental y distrital de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. La habilitación y autorización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.
 6. Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 18 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.
 7. 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, **así como en la atención ambulatoria especializada**. Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional.
 8. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.

Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), 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, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS.
9. Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración establecidos en la legislación vigente.
 10. En cualquier momento y antes de cumplirse los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS que cumplan con las condiciones para su transformación y presenten un plan de saneamiento aprobado, podrán iniciar su operación como Gestoras de Salud y Vida en los términos de la presente Ley.

Parágrafo 1. La transformación de las actuales Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Entidades Gestoras de Salud y Vida no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos en que lo reglamente el Gobierno nacional.

Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar de manera integral, la salud de la población que se les asigne y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad.

Parágrafo 3: Una vez cumplidos los requisitos para la transformación de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Gestora de Salud y Vida, y previa aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, como una alternativa del proceso de disolución, podrán constituir la Gestora de Salud y Vida como una persona jurídica diferente, ya sea de naturaleza privada, mixta o pública según corresponda, para asumir dicho rol, con una Junta Directiva o máximo órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 4: Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con participación accionaria del Estado podrán certificar la asunción del pago de sus pasivos y acreencias por parte de la Nación o de la Entidad territorial de su respectiva jurisdicción, como respaldo de cumplimiento de las condiciones de permanencia que se les aplica, necesarias para transformarse en Gestoras de Salud y Vida.

Parágrafo 5: Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida y que se encuentren administrando Planes Voluntarios en Salud (Medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud) deberán escindir esta operación comercial dentro del periodo de transición para convertirse en Gestoras, sin que se requiera nueva autorización para el efecto de los planes vigentes. En ningún caso habrá coexistencia administrativa y financiera con la Gestora de Salud y Vida. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Gestoras de Salud y Vida podrán seguir comercializando Planes Voluntarios en Salud de conformidad con la reglamentación legal vigente.

Justificación: Se mejora la redacción del numeral 1. En el numeral 7 se agrega la prohibición en la atención ambulatoria especializada.



Respetuosamente,

MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



Verde



PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 31 de la ponencia para primer debate del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”**

~~Elimínese del artículo 31 la palabra CAPS:~~

Artículo 31. Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se reconocerá a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el cinco por ciento (5%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación (CAPS), de la población a su cargo, por el cumplimiento de sus funciones definidas en la presente Ley, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca para tal efecto.

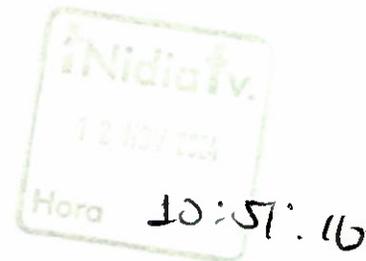
En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla sus, recibirá hasta un treinta por ciento (30%) menos de su ingreso por remuneración, y en caso de reincidencia en dos periodos consecutivos, será objeto de medida de supervisión especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo a la reglamentación que defina Ministerio de Salud y Protección Social.

Además, podrán participar de los incentivos por el cumplimiento de resultados en salud, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario, según lo estipulado en el numeral 4 del artículo 34 de la presente Ley.

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd



PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 31 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 31:

~~Artículo 31. Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se reconocerá a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el cinco por ciento (5%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación (CAPS), de la población a su cargo, por el cumplimiento de sus funciones definidas en la presente Ley, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca para tal efecto.~~

~~En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla sus, recibirá hasta un treinta por ciento (30%) menos de su ingreso por remuneración, y en caso de reincidencia en dos periodos consecutivos, será objeto de medida de supervisión especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo a la reglamentación que defina Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~Además, podrán participar de los incentivos por el cumplimiento de resultados en salud, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario, según lo estipulado en el numeral 4 del artículo 34 de la presente Ley.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

1911

1911



PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 31 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024C, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024C, el cual quedará así:

Artículo 31. Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se reconocerá y pagará a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el cinco por ciento (5%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación de manera mensual, de la población a su cargo, por el cumplimiento de sus funciones definidas en la presente Ley, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca para tal efecto.

En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla las funciones establecidas en la presente ley acorde a la metodología que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social en términos de calidad, oportunidad e integralidad, sus ésta recibirá hasta un treinta por ciento (30%) menos de su ingreso por remuneración, y en caso de reincidencia en dos periodos consecutivos, será objeto de medida de supervisión especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo a la reglamentación que defina Ministerio de Salud y Protección Social. En todo caso, el mecanismo desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social, también deberá contemplar la definición de indicadores de evaluación del cumplimiento de funciones.

Además, podrán participar de los incentivos por el cumplimiento de resultados en salud, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario, según lo estipulado en el numeral 4 del artículo 34 de la presente Ley.


Camilo Acosta

INICIAL
11:43:02

Faint, illegible text or markings.

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 32 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 32:

~~Artículo 32. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, equidad, integralidad y continuidad de manera coordinada y eficiente, con orientación familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio territorial determinado buscando el logro de los resultados en salud.~~

~~Estarán conformadas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes, sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Los servicios de salud se prestarán de acuerdo con las necesidades de la población, con suficiencia técnica y administrativa, cumpliendo los requisitos de habilitación; los prestadores se deberán registrar y certificar como integrantes de la Red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, incluida la obligatoriedad de interoperar con el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago.~~

~~Las Redes tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de los que hacen parte los Equipos de Salud Territoriales; y otro complementario, constituido por las instituciones de mediana y alta complejidad.~~

~~El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos de coordinación asistencial para la operación de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS). Las Gestoras de Salud y Vida, en conjunto con las Entidades Territoriales, adoptarán e implementarán estos mecanismos de coordinación asistencial de acuerdo con las necesidades de la población. Los mecanismos de coordinación deben incluir el desarrollo de acciones conjuntas y sinérgicas entre los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los demás integrantes de la Red, para asegurar la continuidad del cuidado de las personas, de forma coordinada y generar una cadena de valor que garantice la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.~~

~~En el nivel primario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda, establecerán convenios de desempeño con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) para orientar el logro de resultados en salud. Estos convenios deben definir los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~recursos y el cuidado integral de la población. El seguimiento al convenio lo harán las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación.~~

~~En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana y alta complejidad un convenio de desempeño que establezca los servicios a prestar, las condiciones de calidad específicas esperadas de cada servicio y la modalidad de pago aplicable, de acuerdo con el régimen de tarifas y formas de pago definido, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional en la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), junto con los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.~~

~~Parágrafo 1: Los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los establecimientos farmacéuticos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud serán considerados servicios de salud, por lo tanto, harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento.~~

~~Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud supervisarán el desempeño de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se entenderán integradas a las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).~~

~~Parágrafo 4: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas en las Redes que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

10

10

10

10

10

10

10

10

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 32 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 32:

~~Artículo 32. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, equidad, integralidad y continuidad de manera coordinada y eficiente, con orientación familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio territorial determinado buscando el logro de los resultados en salud.~~

~~Estarán conformadas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes, sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Los servicios de salud se prestarán de acuerdo con las necesidades de la población, con suficiencia técnica y administrativa, cumpliendo los requisitos de habilitación; los prestadores se deberán registrar y certificar como integrantes de la Red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, incluida la obligatoriedad de interoperar con el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago.~~

~~Las Redes tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de los que hacen parte los Equipos de Salud Territoriales; y otro complementario, constituido por las instituciones de mediana y alta complejidad.~~

~~El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos de coordinación asistencial para la operación de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS). Las Gestoras de Salud y Vida, en conjunto con las Entidades Territoriales, adoptarán e implementarán estos mecanismos de coordinación asistencial de acuerdo con las necesidades de la población. Los mecanismos de coordinación deben incluir el desarrollo de acciones conjuntas y sinérgicas entre los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los demás integrantes de la Red, para asegurar la continuidad del cuidado de las personas, de forma coordinada y generar una cadena de valor que garantice la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.~~

~~En el nivel primario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda, establecerán convenios de desempeño con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) para orientar el logro de resultados en salud. Estos convenios deben definir los mecanismos para la verificación y control~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd



~~de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. El seguimiento al convenio lo harán las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación.~~

~~En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana y alta complejidad un convenio de desempeño que establezca los servicios a prestar, las condiciones de calidad específicas esperadas de cada servicio y la modalidad de pago aplicable, de acuerdo con el régimen de tarifas y formas de pago definido, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional en la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), junto con los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.~~

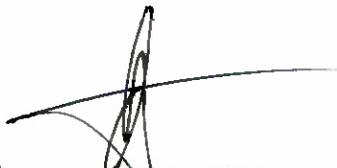
~~Parágrafo 1: Los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los establecimientos farmacéuticos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud serán considerados servicios de salud, por lo tanto, harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento.~~

~~Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud supervisarán el desempeño de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se entenderán integradas a las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).~~

~~Parágrafo 4: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas en las Redes que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd



Bogotá, 12 de noviembre del 2024

Señores
COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
Cámara de Representantes
E.S.D

Asunto: PROPOSICIÓN Modificativa dentro del proyecto de ley No. 312 del 2024 Cámara

Solicitamos se ponga a consideración dentro del Primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

ADICIONESE EL PARAGRAFO 6 DENTRO DEL ARTÍCULO 32 DEL INFORME DE PONENCIA.

Artículo 32. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

Parágrafo 6. La integración de las redes de servicios incluirá la conversión de múltiples referencias y contra referencias, 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.

Para fortalecer las TICS al servicio de la Atención primaria en salud en zonas rurales y dispersas, el Ministerio de las TICs tendrá la obligación de implementar el Pla nacional de conectividad rural.

Atentamente

JUAN CARLOS VARGAS SOLER
Representante a la Cámara
CITREP No. 13 (Bolívar y Antioquia)

INICIO
12/11/24
Hora

H: 18:30





Bogotá, 12 de noviembre del 2024

Señores
COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
Cámara de Representantes
E.S.D

Asunto: PROPOSICIÓN Modificativa dentro del proyecto de ley No. 312 del 2024 Cámara

Solicitamos se ponga a consideración dentro del Primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

MOFIQUESE EL PARAGRAFO PRIMERO DEL ARTÍCULO 32 DEL INFORME DE PONENCIA.

Artículo 32. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

(...)

Parágrafo 1: Los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los establecimientos farmacéuticos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud serán considerados servicios de salud orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud, por lo tanto, harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento. El transporte, gestión y dispensación farmacéutica ambulatoria de medicamentos a usuarios del sistema de salud se efectuará a través de los establecimientos farmacéuticos de gestores farmacéuticos, droguerías y operadores logísticos autorizados para ello, sin perjuicio de la entrega que se haga en los servicios farmacéuticos de IPS y garantizando la dispensación en zonas rurales y de difícil acceso.

Atentamente

JUAN CARLOS VARGAS SOLER
Representante a la Cámara
CITREP No. 13 (Bolívar y Antioquia)







PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 32 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024C, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024C, el cual quedará así:

Artículo 32. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, equidad, integralidad y continuidad de manera coordinada y eficiente, con orientación familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio territorial determinado buscando el logro de los resultados en salud.

Las Gestoras de Salud y Vida junto a las entidades territoriales, conformarán Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) siendo compuestas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud y transporte especial de pacientes y entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, sus relaciones serán de cooperación y complementariedad.

Los servicios de salud se prestarán **por medio de acuerdos de voluntades y de acuerdo según** en las necesidades de la población, con suficiencia técnica y administrativa, cumpliendo los requisitos de habilitación. Los prestadores se deberán registrar y certificar como integrantes de la Red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente **sus conformantes y el Ministerio de Salud y Protección Social, para promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en un espacio territorial determinado, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo, predictivo y resolutivo, basado en la Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria, intercultural y diferencial** incluida la obligatoriedad de interoperar con el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago.

Las Redes tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de los que hacen parte los Equipos de Salud Territoriales; y otro complementario, constituido por las instituciones de mediana y alta complejidad, **así como por profesionales independientes.**

El Ministerio de Salud y Protección Social **y los conformantes de la red** establecerán los mecanismos de coordinación asistencial para la operación de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) **y para la toma de decisiones en el marco de los determinantes sociales en salud.** Las Gestoras de Salud y Vida, en conjunto con las Entidades Territoriales, **conformarán las RIITS a partir de acuerdos de voluntades y** adoptarán e implementarán estos mecanismos de coordinación asistencial de acuerdo con las necesidades de la población. Los mecanismos de coordinación deben incluir el desarrollo de acciones conjuntas y sinérgicas entre los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los demás integrantes de la Red, para asegurar la continuidad del cuidado de las personas, de forma coordinada y generar una cadena de valor que



garantice la atención integrada e integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.

- En el nivel primario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda, establecerán convenios de desempeño con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) para orientar el logro de resultados en salud. Estos convenios deben definir los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. **El seguimiento al convenio lo harán las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación.**

En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda, establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana y alta complejidad un convenio de desempeño que establezca los servicios a prestar, las condiciones de calidad específicas esperadas de cada servicio y la modalidad de pago aplicable, de acuerdo con el régimen de tarifas y formas de pago definido, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional en la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), junto con los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.

Parágrafo 1: Los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, ~~establecimientos farmacéuticos~~ que dispensen almacenen, vendan o entreguen medicamentos o tecnologías en salud serán considerados servicios de salud, por lo tanto, harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud supervisarán el desempeño de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas a las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). En todo caso, los afiliados tendrán derecho a recibir atención inicial de urgencias en cualquier IPS dentro del territorio nacional, cuando así lo requiera.





Partido de la **Unión**
por la gente.

~~Parágrafo 4: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas en las Redes que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

J. To. P. P. P. P.

[Signature]
Caribe Aike



11:45:00

10/10/11

Bogotá D.C. Noviembre 12 de 2024

Honorable Representante
Gerardo Yepes Caro
Presidente Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN

Al texto para primer debate del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**

Modifíquese el artículo 32, el cual quedara así:

Artículo 32. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, equidad, integralidad y continuidad de manera coordinada y eficiente, con orientación familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio territorial determinado buscando el logro de los resultados en salud.

Estarán conformadas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes, sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Los servicios de salud se prestarán de acuerdo con las necesidades de la población, con suficiencia técnica y administrativa, cumpliendo los requisitos de habilitación; los prestadores se deberán registrar y certificar como integrantes de la Red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, incluida la obligatoriedad de interoperar con el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago.

Las Redes tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de los que hacen parte los Equipos de Salud Territoriales; y otro complementario, constituido por las instituciones de **baja complejidad que, por los servicios en salud prestados, no constituyan un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS), de mediana y de alta complejidad.**

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos de coordinación asistencial para la operación de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS). Las Gestoras de Salud y Vida, en conjunto con las Entidades Territoriales, adoptarán e implementarán estos mecanismos de coordinación asistencial de acuerdo con las necesidades de la población. Los mecanismos de coordinación deben incluir el desarrollo de acciones conjuntas y sinérgicas entre los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los demás integrantes de la Red, para asegurar la continuidad del cuidado de las personas, de forma coordinada y generar una cadena de valor que garantice la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia. Página 486 de 526

En el nivel primario, las Gestoras de Salud y Vida, conjuntamente con las entidades territoriales Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda, establecerán convenios de desempeño con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) para orientar el logro de resultados en salud. Estos convenios deben definir los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. El seguimiento al convenio lo harán las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación.

En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida establecerán, para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de baja, mediana y alta complejidad, un convenio de desempeño que establezca los servicios a prestar, las condiciones de calidad específicas esperadas de cada servicio y la modalidad de pago aplicable, de acuerdo con el régimen de tarifas y formas de pago definido, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional en la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), junto con los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.

Parágrafo 1: Los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los establecimientos farmacéuticos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud serán considerados servicios de salud, por lo tanto, harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), si así lo consideran, y deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud supervisarán el desempeño de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.



Verde



Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se entenderán integradas a las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

Parágrafo 4: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas en las Redes que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Justificación: Se agrega en el inciso 3 que, en los servicios complementarios, también estarán las Instituciones Prestadoras en Salud que, por el nivel de complejidad bajo de sus prestaciones, no constituyen un CAPS o un centro de mediana y alta complejidad. Un ejemplo de estas IPS son las IPS de profesionales independientes (un consultorio de medicina especializada, un consultorio con telemedicina, etc) los cuales no constituyen como una tal CAPS, pero tampoco son servicios de mediana y alta complejidad. Estas IPS de profesionales independientes representan aproximadamente el 72.7% de todas las IPS registradas en el REPS, los cuales se quedarán por fuera de las RIITS por no ser un CAPS o un centro de mediana o alta complejidad. Se agrega en el inciso 6 que las GSV hará los convenios de desempeño con los servicios complementarios de baja, mediana y alta complejidad.

En el parágrafo 2 se clarifica que los establecimientos farmacéuticos harán parte de las RIITS si así lo consideran, ya que se podría leer como obligatorio participar en las RIITS, y esto no es así.

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde

[caracterizacion-registro-especial-prestadores-reps.pdf](#)

INICIAVA
15/04/20
Hora 2:18:20m

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el artículo 32 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara “Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”, el cual quedará así:

“Artículo 32. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, equidad, integralidad y continuidad de manera coordinada y eficiente, con orientación familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio territorial determinado buscando el logro de los resultados en salud.

Estarán conformadas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes, sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Los servicios de salud se prestarán de acuerdo con las necesidades de la población, con suficiencia técnica y administrativa, cumpliendo los requisitos de habilitación y en virtud de los acuerdos de voluntades que celebren con las Gestoras de Salud y Vida; previo a iniciar la prestación de servicios en la respectiva RIITS, los prestadores se deberán registrar y certificar como integrantes de la Red; ~~aceptando las condiciones que al efecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, incluida la obligatoriedad de interoperar con el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago.~~

Las Redes tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de los que hacen parte los Equipos de Salud Territoriales; y otro complementario, constituido por las instituciones de mediana y alta complejidad.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos de coordinación asistencial para la operación de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS). Las Gestoras de Salud y Vida, ~~en conjunto con las Entidades Territoriales,~~ adoptarán e implementarán estos mecanismos de coordinación asistencial de acuerdo con las necesidades de la población. Los mecanismos de coordinación deben incluir el desarrollo de acciones conjuntas y sinérgicas entre los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los demás integrantes de la Red, para asegurar la continuidad del cuidado de las personas, de forma coordinada y generar una cadena de valor que garantice la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.

En el nivel primario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda, establecerán ~~convenios de desempeño~~ con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) para orientar el logro de resultados en salud. Estos convenios deben definir los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. El seguimiento al convenio lo harán las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación.

En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida ~~establecerán para~~ **celebrarán con** cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana y alta complejidad ~~un convenio de desempeño~~ **acuerdos de voluntades** que establezca los servicios a prestar, las condiciones de calidad específicas esperadas de cada servicio y la modalidad de pago aplicable, de acuerdo con el régimen de tarifas y formas de pago definido, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional en la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), junto con los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos ~~convenios~~ **acuerdos** tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.

Parágrafo 1: Los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los establecimientos farmacéuticos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud serán considerados servicios de salud, por lo tanto, harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud supervisarán el desempeño de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE), ~~se entenderán integradas a~~ **podrán hacer parte de** las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

Parágrafo 4: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas **podrán integrarse** ~~se entenderán integradas~~ en las Redes **para las cuáles celebren acuerdos de voluntades, cumpliendo con los requisitos legales y reglamentarios que determine el Ministerio de Salud y Protección Social".**

Cordialmente,



Julia Miranda

JULIA MIRANDA LONDOÑO

Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Nuevo Liberalismo

Julia Miranda



PROPOSICIÓN

Elimínese el artículo 33 del Proyecto de Ley 312 de 2024C, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024C, el cual quedará así:

~~Artículo 33. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) con fundamento en los análisis funcionales de Red. La organización y conformación se hará con las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio.~~

~~Ese proceso deberá garantizar la optimización y ordenamiento racional de la oferta territorial de servicios de salud, privilegiando la accesibilidad de las personas, familias y comunidades a los mismos y bajo las orientaciones y reglamentos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) en las subregiones funcionales para la gestión en salud.~~



11:42:36

Director
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
Carrillo Ruiz

Modifíquese el artículo 33 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

"Artículo 33. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en cada territorio, conjuntamente con Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud ~~organizarán y conformarán~~ las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) con fundamento en los análisis funcionales de Red. ~~La organización y conformación se hará con las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio~~

Ese proceso deberá garantizar la optimización y ordenamiento racional de la oferta territorial de servicios de salud, privilegiando la accesibilidad de las personas, familias y comunidades a los mismos y bajo las orientaciones y reglamentos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) en las subregiones funcionales para la gestión en salud".

Ese proceso deberá garantizar la optimización y ordenamiento racional de la oferta territorial de servicios de salud, privilegiando la accesibilidad de las personas, familias y comunidades a los mismos y bajo las orientaciones y reglamentos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) en las subregiones funcionales para la gestión en salud".

Julia Miranda) Julia Miranda

JULIA MIRANDA LONDOÑO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Nuevo Liberalismo

INICIA
13/07/24
Hora 2:29:50

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 34 de la ponencia para primer debate del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”**

Elimínese del artículo 34 en su numeral 4 la palabra CAPS:

Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), con fundamento en los ámbitos de abordaje.

1. Modelo de atención. Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales, diferenciales y de género. En el modelo se establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental.

El modelo contará con un nivel primario, como primer contacto, que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas y centros especializados; y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades.

2. Rectoría y Gobernanza de la red. Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario con servicios de mediana y alta complejidad, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las 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.

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).



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd



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, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la asignación de incentivos, para la red de prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida. Sobre la Unidad de Pago por Capitación (GAPS) se reconocerá un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores de mediana y alta complejidad, y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al tres por ciento (3%).

Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los Prestadores de Servicios de Mediana y Alta Complejidad.

Para la asignación, se considerarán de manera independiente los indicadores correspondientes a los siguientes atributos:

a. Resultados en salud: Los indicadores se evaluarán sobre la línea base inicial disponible hasta lograr las metas establecidas por la OMS/OPS. Se tendrán en cuenta, entre otros: Cobertura en vacunación, Tasa de Mortalidad materna, Tasa de Mortalidad infantil, Cobertura de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y detección temprana de personas con eventos de interés en salud pública.

b. Satisfacción de los usuarios: La oportunidad, continuidad y satisfacción con la atención ambulatoria, en consultas generales y especializadas; en la atención hospitalaria; y en la entrega completa de medicamentos; las tasas de quejas, reclamos, tutelas y desacatos; entre otros.

c. Uso eficiente de recursos: Se tendrá en cuenta la utilización adecuada de los recursos con los que cuenta la RIITS, pertinencia en los tratamientos acorde con los diagnósticos, adherencia a guías y protocolo de manejo así como adherencia a tratamientos, disminución de las barreras de acceso, disminución de citas no atendidas, tiempos específicos y la atención o de pacientes entre los diferentes niveles de la atención en el nivel pertinente de complejidad que garantice la oportunidad del servicio y el flujo adecuado de pacientes, entre otros.

5. Resultados. Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) 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 Integrado de Calidad en Salud (SICA). Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.

6. Los modelos de convenios de desempeño al interior de las Redes y las modalidades de pago pactados deben responder a modelos de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 34 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 34:

~~Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), con fundamento en los ámbitos de abordaje.~~

~~1. Modelo de atención. Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales, diferenciales y de género. En el modelo se establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental.~~

~~El modelo contará con un nivel primario, como primer contacto, que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas y centros especializados; y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades.~~

~~2. Rectoría y Gobernanza de la red. Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario con servicios de mediana y alta complejidad, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las 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.~~

~~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).~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~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, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.~~

~~El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la asignación de incentivos, para la red de prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida. Sobre la Unidad de Pago por Capitación (CAPS) se reconocerá un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores de mediana y alta complejidad, y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al tres por ciento (3%).~~

~~Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los Prestadores de Servicios de Mediana y Alta Complejidad.~~

~~Para la asignación, se considerarán de manera independiente los indicadores correspondientes a los siguientes atributos:~~

~~a. Resultados en salud: Los indicadores se evaluarán sobre la línea base inicial disponible hasta lograr las metas establecidas por la OMS/OPS. Se tendrán en cuenta, entre otros: Cobertura en vacunación, Tasa de Mortalidad materna, Tasa de Mortalidad infantil, Cobertura de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y detección temprana de personas con eventos de interés en salud pública.~~

~~b. Satisfacción de los usuarios: La oportunidad, continuidad y satisfacción con la atención ambulatoria, en consultas generales y especializadas; en la atención hospitalaria; y en la entrega completa de medicamentos; las tasas de quejas, reclamos, tutelas y desacatos; entre otros.~~

~~c. Uso eficiente de recursos: Se tendrá en cuenta la utilización adecuada de los recursos con los que cuenta la RIITS, pertinencia en los tratamientos acorde con los diagnósticos, adherencia a guías y protocolo de manejo así como adherencia a tratamientos, disminución de las barreras de acceso, disminución de citas no atendidas, tiempos específicos y la atención o de pacientes entre los diferentes niveles de la atención en el nivel pertinente de complejidad que garantice la oportunidad del servicio y el flujo adecuado de pacientes, entre otros.~~

~~5. Resultados. Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) 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 Integrado de Calidad en Salud (SICA). Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.~~

~~6. Los modelos de convenios de desempeño al interior de las Redes y las modalidades de pago pactados deben responder a modelos de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos.~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de su función de articuladores de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd



PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 34 del Proyecto de Ley No. 1312 de 2024C, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024C, el cual quedará así:

Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), con fundamento en los ámbitos de abordaje. **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 resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios.**

1. **Modelo de atención.** Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales, diferenciales y de género. En el modelo se establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental. **El modelo contará con un nivel primario como puerta de entrada, que incluye las diferentes modalidades de atención.**

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 y centros especializados; y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades.

2. **Rectoría y Gobernanza de la red.** Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas **por parte de las Gestoras de Salud y Vida y las Entidades territoriales, así como** asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario con servicios de mediana y alta complejidad, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las 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.



Partido de la **Unión**
por la gente.

3. **Organización y gestión.** Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).
4. **Sistema de asignación e incentivos.** Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la Red, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la asignación de incentivos, para la red de prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida. Sobre la Unidad de Pago por Capitación (**UPC**) (~~GAPS~~) se reconocerá un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores de mediana y alta complejidad, y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al tres por ciento (3%), dicho porcentaje deberá estar soportado mediante un estudio de costeo de los incentivos.

Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los Prestadores de Servicios de Mediana y Alta Complejidad.

Para la asignación, se considerarán de manera independiente los indicadores correspondientes a los siguientes atributos:

- a. **Resultados en salud:** Los indicadores se evaluarán sobre la línea base inicial disponible hasta lograr las metas establecidas por la OMS/OPS. Se tendrán en cuenta, entre otros:
Cobertura en vacunación, Tasa de Mortalidad materna, Tasa de Mortalidad infantil, Cobertura de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y detección temprana de personas con eventos de interés en salud pública.
- b. **Satisfacción de los usuarios:** La oportunidad, continuidad y satisfacción con la atención ambulatoria, en consultas generales y especializadas; en la atención hospitalaria; y en la entrega completa de medicamentos; las tasas de quejas, reclamos, tutelas y desacatos; entre otros.
- c. **Uso eficiente de recursos:** Se tendrá en cuenta la utilización adecuada de los recursos con los que cuenta la RIITS, pertinencia en los tratamientos acorde con los diagnósticos, adherencia a guías y protocolo de manejo así como adherencia a tratamientos, disminución de las barreras de acceso, disminución de citas no atendidas, tiempos específicos y la atención o de pacientes entre los diferentes



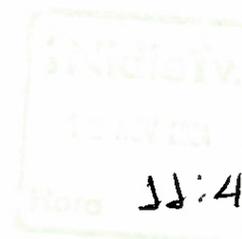
Partido de la **Unión**
por la gente.

niveles de la atención en el nivel pertinente de complejidad que garantice la oportunidad del servicio y el flujo adecuado de pacientes, entre otros.

5. **Resultados.** Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA). Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.
6. Los modelos de ~~convenios de desempeño~~ acuerdos de voluntades ~~al interior de~~ con las las Redes y las modalidades de pago pactados deben responder a modelos de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos.

Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de su función de conformadores, articuladores y gestores de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
Camilo Avila



11:44:30

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 35 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 35:

~~Artículo 35. Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS); junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud.~~

~~Todos los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) serán financiados por oferta con recursos provenientes de la Cuenta de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con presupuestos estándar que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán los procesos de: adscripción poblacional; administración y atención al ciudadano; prestación de servicios de salud y vigilancia en salud pública; gestión intersectorial y participación social; y articulación con las Gestoras de Salud y Vida. Como parte de la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las necesidades de la población, se constituirán Equipos de Salud Territoriales conformados por personas con perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especialistas para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades; cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio. La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias. Así mismo, deberán incluir progresivamente especialidades básicas, medicina familiar y se articularán con los servicios sociosanitarios y de cuidado disponibles en el territorio.~~

~~Las acciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), incluidas las de los equipos de salud territoriales tendrán carácter universal, territorial, sistemático, permanente y resolutivo, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales.~~

~~El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada vigencia de la presente ley la conformación, tipologías, localización, funcionamiento, de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud.~~



AforeroM



Andres.forerom

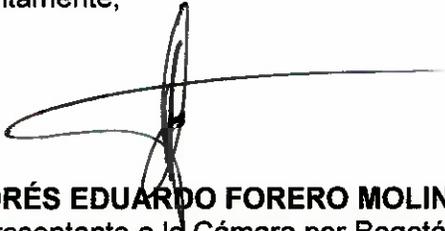


Andresforerocd

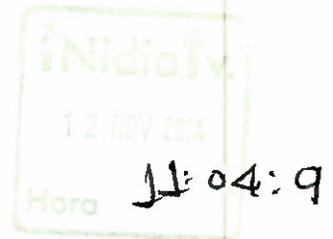
~~Para el seguimiento y cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se realizarán convenios de desempeño con las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda a los cuales las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, harán seguimiento, con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad de los servicios.~~

~~Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley el rol de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública, privada y mixta en el cumplimiento de las funciones de salud pública y de prestación de servicios, de conformidad con la normativa vigente a la expedición de la presente Ley.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd



Bogotá, 12 de noviembre del 2024

Señores
COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
Cámara de Representantes
E.S.D

Asunto: PROPOSICIÓN Modificativa dentro del proyecto de ley No. 312 del 2024 Cámara

Solicitamos se ponga a consideración dentro del Primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

ADICIONESE EL PARAGRAFO 2 DENTRO DEL ARTÍCULO 35 DEL INFORME DE PONENCIA.

Artículo 35. Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS)

Parágrafo 2. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos o de difícil acceso geográfico, operará una Entidad de Salud del Estado Itinerante o ambulante del orden nacional, que prestará atención básica y especializada y podrá operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la policía nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. De dichas zonas harán parte las subregiones PDET.

Las Instituciones de Salud del Estado -ISE itinerantes serán financiadas con recursos provenientes de los fondos territoriales de salud o recursos del Sistema General de Regalías cuando se trate de gastos de inversión.

Atentamente

JUAN CARLOS VARGAS SOLER
Representante a la Cámara
CITREP No. 13 (Bolívar y Antioquia)





Bogotá, 12 de noviembre del 2024

Señores
COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
Cámara de Representantes
E.S.D

Asunto: PROPOSICIÓN Modificativa dentro del proyecto de ley No. 312 del 2024 Cámara

Solicitamos se ponga a consideración dentro del Primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

MOFIQUESE ARTÍCULO 35 DEL INFORME DE PONENCIA.

Artículo 35. Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS); junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud.

Todos los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) serán financiados por oferta con recursos provenientes de la Cuenta de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con presupuestos estándar que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán los procesos de adscripción poblacional; administración y atención al ciudadano; prestación de servicios de salud y vigilancia en salud pública; gestión intersectorial y participación social; y articulación con las Gestoras de Salud y Vida. Como parte de la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las necesidades de la población, se constituirán Equipos de Salud Territoriales conformados por personas con perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especialistas para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades; cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio. La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias. Así mismo, deberán incluir progresivamente especialidades básicas, medicina familiar y se articularán con los servicios sociosanitarios y de cuidado disponibles en el territorio.

Los CAP públicos, privados y mixtos podrán tener y operar Puntos de atención descentralizados con el fin de promover y garantizar el acceso y el derecho a la salud. Dichos puntos de atención se



denominarán puestos o centros de salud, y se organizarán de acuerdo a las condiciones geográficas, demográficas y socioculturales tanto a nivel rural como urbano.

Las acciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), incluidas las de los equipos de salud territoriales tendrán carácter universal, territorial, sistemático, permanente y resolutivo, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada vigencia de la presente ley la conformación, tipologías, localización, funcionamiento, de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud.

Para el seguimiento y cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se realizarán convenios de desempeño con las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda a los cuales las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, harán seguimiento, con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico – científicos y de calidad de los servicios.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley el rol de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública, privada y mixta en el cumplimiento de las funciones de salud pública y de prestación de servicios, de conformidad con la normativa vigente a la expedición de la presente Ley.

Atentamente

JUAN CARLOS VARGAS SOLER
Representante a la Cámara
CITREP No. 13 (Bolívar y Antioquia)



Modifíquese el artículo 35 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual, en lo pertinente quedará así:

"Artículo 35. Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS); junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud.

Todos los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) serán financiados por oferta con recursos provenientes de la Cuenta de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con presupuestos estándar que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán los procesos de: ~~adscripción poblacional~~; administración y atención al ciudadano; prestación de servicios de salud y vigilancia en salud pública; gestión intersectorial y participación social; y articulación con las Gestoras de Salud y Vida. Como parte de la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las necesidades de la población, se constituirán Equipos de Salud Territoriales conformados por personas con perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especialistas para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades; cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio. La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias. Así mismo, deberán incluir progresivamente especialidades básicas, medicina familiar y se articularán con los servicios sociosanitarios y de cuidado disponibles en el territorio.

(...)"

Cordialmente,

Julia Miranda *Julia Miranda*

JULIA MIRANDA LONDOÑO

Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Nuevo Liberalismo

RECIBIDO
2:30:00

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 36 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 36:

~~Artículo 36. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:-~~

~~1. Adscripción poblacional~~

~~Con el objetivo de orientar la planeación y la respuesta en salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la libre elección selección dentro de la oferta disponible de Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.-~~

~~Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, deberán adscribirse en el Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán al Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) las novedades de la población en el territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita.-~~

~~En virtud del vínculo permanente con su población adscrita y para garantizar la resolutivez del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.-~~

~~2. Prestación de servicios de salud y de vigilancia en salud pública-~~

~~a. Recolectar la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales.-~~

~~b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas.-~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~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, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos.~~

~~e. Gestionar, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~f. 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, salud sexual y reproductiva, adaptación y mitigación de los impactos del cambio climático y el cuidado de las poblaciones sujetos de especial protección constitucional, de conformidad con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial respectiva.~~

~~g. Brindar y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes.~~

~~h. Asegurar la pertinencia sociocultural de los servicios de salud a las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.~~

3. Administración y atención al ciudadano

~~Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita y de los que temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).~~

~~En articulación con la Entidad Territorial harán una revisión periódica del desempeño de las Gestoras de Salud y Vida, especialmente, en el proceso de referencia y contrarreferencia, que conduzca al mejoramiento continuo.~~

~~Además, en el marco de este proceso serán responsables de:~~

~~a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género.~~

~~b. Organizar la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio.~~

~~c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, en articulación con las Gestoras de Salud y Vida, cuando aplique. Los Centros de Atención Primaria en Salud implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda.~~

~~4. Gestión intersectorial y participación social~~

~~a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio.~~

~~b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.~~

~~c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente.~~

~~5. Articulación y coordinación con las Gestoras de Salud y Vida~~

~~a. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).~~

~~b. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto.~~

~~c. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población adscrita para garantizar la calidad de la atención en salud, con enfoques diferencial, territorial y de género.~~

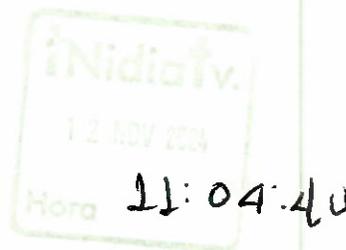
~~d. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población.~~

~~e. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán mecanismos de coordinación asistencial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y Gestoras de Salud y Vida se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd



PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 36 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024C, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024C, el cual quedará así:

Artículo 36. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

1. Adscripción poblacional

Con el objetivo de orientar la planeación y la respuesta en salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la libre elección ~~selección~~ dentro de la oferta disponible de Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, deberán adscribirse en el Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán al Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) las novedades de la población en el territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita.

En virtud del vínculo permanente con su población adscrita y para garantizar la resolutivez del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.

2. **Prestación de servicios de salud público, privado o mixto, según sea el caso y de vigilancia en salud pública**

- a. Recolectar la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales.
- b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas en el proceso de caracterización de la población.
- c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud como el primer contacto del sistema de salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos.
- e. Gestionar, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios



especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

- f. **Desarrollar e implementar** ~~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, salud sexual y reproductiva, adaptación y mitigación de los impactos del cambio climático y el cuidado de las poblaciones sujetos de especial protección constitucional, de conformidad con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial respectiva.
- g. **Prestar los servicios de salud** ~~Brindar~~ y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes **para la continuidad e integralidad de la atención.**
- h. **Adoptar un modelo de salud que asegure** la pertinencia sociocultural de los servicios de salud **acorde** a las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.

3. Administración y atención al ciudadano

Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita y de los que temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

En articulación con la Entidad Territorial harán una revisión periódica del desempeño de las Gestoras de Salud y Vida, especialmente, en el proceso de referencia y contrarreferencia, que conduzca al mejoramiento continuo.

Además, en el marco de este proceso serán responsables de:

- a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género.
- b. Organizar la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio.
- c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, en articulación con las Gestoras de Salud y Vida, cuando aplique.

Los 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 congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda.

4. Gestión intersectorial y participación social

- a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio.
- b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.
- c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente.

5. Articulación y coordinación con las Gestoras de Salud y Vida



Partido de la **Unión**
por la gente.

- a. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). **En este sentido, son responsables del uso eficiente de los recursos asignados a cada uno acorde a sus competencias y sin perjuicio del control fiscal, disciplinario y penal al que haya lugar.**
- b. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto.
- c. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población adscrita **y afiliada** para garantizar la calidad de la atención en salud, con enfoques diferencial, territorial y de género.
- d. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población.
- e. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán mecanismos de coordinación asistencial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y Gestoras de Salud y Vida se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.

Parágrafo: Las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS y las Instituciones Sociales del Estado que presten servicios de baja complejidad al momento de la promulgación de la presente ley continuarán atendiendo la población que tengan asignada siempre y cuando adopten la estructura, funciones y procesos de los Centros de Atención Primaria en Salud.

Director


Camilo Ariza

INSTITUCIÓN
12/07/13
Hora

11:45:50

Modifíquese el artículo 36 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara “Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”, el cual, en lo pertinente quedará así:

Artículo 36. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

1. Adscripción poblacional

~~Con el objetivo de orientar la planeación y la respuesta en salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la libre elección selección dentro de la oferta disponible de Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, deberán adscribirse en el Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán al Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) las novedades de la población en el territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita.~~

~~En virtud del vínculo permanente con su población adscrita y para garantizar la resolutivez del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.~~

(...)

2. Administración y atención al ciudadano

Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita y de los que temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

En articulación con la Entidad Territorial harán una revisión periódica del desempeño de las Gestoras de Salud y Vida, especialmente, en el proceso de referencia y contrarreferencia, que conduzca al mejoramiento continuo.

Además, en el marco de este proceso serán responsables de:

- a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población,

teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género.

- b. Organizar la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio.
- c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, en articulación con las Gestoras de Salud y Vida, cuando aplique.

Los 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 congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda.

(...)

3. Articulación y coordinación con las Gestoras de Salud y Vida

- a. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).
- b. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto.
- c. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población adscrita para garantizar la calidad de la atención en salud, con enfoques diferencial, territorial y de género.
- d. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población.

Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán mecanismos de coordinación asistencial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y Gestoras de Salud y Vida se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia

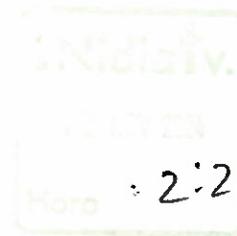
”.

Julia Miranda

Julia Miranda

JULIA MIRANDA LONDOÑO

Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Nuevo Liberalismo



PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 37 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 37:

~~Artículo 37. Sistema de referencia y contrarreferencia. Es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permitirán prestar adecuadamente los servicios de salud de las personas, garantizando la continuidad e integralidad de los servicios en las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) que operan en las subregiones funcionales para la gestión en salud.~~

~~Se entiende por resolver una referencia: programar y conseguir la atención que el paciente requiere, agenciando debidamente el tránsito a través de la Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS), en los servicios e instituciones que le permita atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia debe garantizar entre otros los atributos de la calidad: acceso, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia. En todo caso, la organización del sistema de referencia y contra referencia garantizará que el usuario pueda transitar al interior de las RIITS, sin ningún trámite adicional a la prescripción del profesional.~~

~~Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los niveles primario y complementario establecerán los mecanismos para resolver las solicitudes del sistema de referencia y contrarreferencia, de manera oportuna y adecuada, para lo cual serán responsables de la atención de los requerimientos de dicho sistema, lo que incluye la disposición pública y en línea de la agenda de sus servicios y de las listas de espera.~~

~~La ordenación de la referencia no exime al generador de la misma de la responsabilidad clínica del paciente hasta la confirmación de la recepción del paciente en la institución que lo recibe.~~

~~Las Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una plataforma de información y comunicación interoperable en línea que resuelva la referencia y contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al sistema público unificado e interoperable de información en salud. Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la coordinación de la Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS), en los servicios e instituciones que le permita atención integral.~~

~~El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS), en tiempo real, para~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~dar garantía en la eficiencia del proceso de referencia y contra referencia, garantizado confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se propenderá porque el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente.~~

~~El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del término de seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el sistema de referencia y contrarreferencia, la organización, gestión y operación de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS), mediante instancias de coordinación regional, departamental, distrital y municipal, direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de urgencias y emergencias, las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).~~

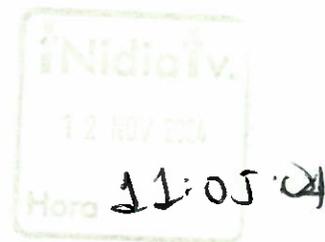
~~El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá métodos, procedimientos y políticas que permitan hacer seguimiento y control cuando la atención de las personas supere la oferta disponible de servicios en los territorios.~~

~~Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá mediante resolución la metodología para el cálculo de las tarifas en el sistema de referencia y contrarreferencia por concepto de traslado de baja y mediana complejidad, teniendo en cuenta la distancia del recorrido, la región geográfica, la modalidad de transporte, entre otros.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 38 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 38:

~~Artículo 38. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales de Salud constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como unidades funcionales o dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos y la asistencia técnica a los municipios para la planeación en salud.~~

~~Las Unidades Zonales analizarán periódicamente las actividades y recursos ejecutados por cada municipio o localidad que supervisan para cumplir la responsabilidad de la Atención Primaria en Salud, así como los objetivos y metas alcanzados, rendirán informes trimestrales de evaluación a cada municipio o Distrito, así como a la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, a las organizaciones de la comunidad y a los organismos de control en los términos en que lo establezca el reglamento.~~

~~Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud harán el seguimiento a los convenios de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico — científicos y de calidad de los servicios.~~

~~Para financiar las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud y los planes de mejoramiento institucional de las direcciones territoriales de salud de departamentos y distritos, que deberán incluir el fortalecimiento de los laboratorios departamentales y distritales de salud pública y el proceso gradual de desarrollo de las capacidades de las direcciones territoriales de salud se destinará hasta el uno por ciento (1%) del presupuesto asignado al aseguramiento social en salud en el fondo único de salud, para cada entidad territorial, según reglamentación que expida el Ministerio de Salud Protección Social. Este desarrollo de capacidades de gestión será gradual y progresivo, priorizando las Entidades Territoriales con mayor ruralidad y dispersión poblacional.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.

Nidia Iv.
12 NOV 2024
Hora 11:05:29



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd



39

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Artículo N° 39 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para dictar otras disposiciones." **Proposición SUPR**, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud establece:

~~El~~ naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) Instituciones de Salud del Estado (ISE), será la prestación de servicios de salud, como un servicio público esencial a cargo del Estado. ~~En una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería propia y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen de esta Ley.~~

~~someterán al siguiente régimen jurídico:~~

- ~~En la denominación se incluirá la expresión "Instituciones de Salud del Estado" (ISE).~~
- ~~Se reservará el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5 del Decreto de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado (ESE) se entienden nomologadas a las Instituciones de Salud del Estado (ISE).~~
- ~~3. Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.~~
- ~~4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.~~

~~El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las tipologías y clasificará las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) serán Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en el nivel primario y de mediana y alta complejidad en el complementario. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) podrán prestar servicios itinerantes o ambulantes, cuando las condiciones poblacionales y territoriales así lo ameriten.~~

~~En materia contractual, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por el derecho privado para lo cual el Consejo Directivo aprobará el manual de contratación respectivo; sin perjuicio, del uso discrecional de las cláusulas excepcionales previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos para que los Consejos Directivos adopten el Estatuto de Contratación de las ISE.~~



~~El Ministerio de Salud y Protección Social regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos.~~

~~Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente y con el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA) previsto en la presente Ley, o quien haga sus veces la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las Instituciones de Salud del Estado (ISE).~~

~~Parágrafo 1. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.~~

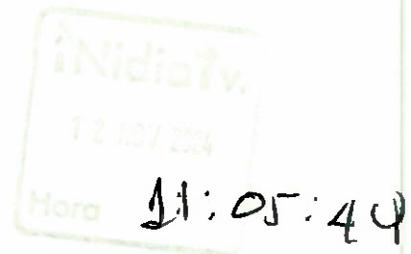
~~Parágrafo 2. Los municipios que, al momento de expedida la presente Ley identifiquen la necesidad de contar con un prestador público de servicios de salud o ampliar los servicios de los existentes, podrán hacerlo, con el acompañamiento técnico del Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~Parágrafo 3. Los departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar Instituciones de salud del estado ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en la red integral e integrada territorial de servicios de salud, o mantener los modelos de organización en red creados por Ordenanzas o Acuerdos.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 40 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 40:

~~Artículo 40. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de las subregiones funcionales para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~El presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se elaborará teniendo en cuenta:~~

- ~~1. La tipología y nivel de cada Institución de Salud del Estado (ISE).~~
- ~~2. El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel.~~
- ~~3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población.~~
- ~~4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud.~~
- ~~5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~En ningún caso, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~Para el caso de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) se asignará — para garantizar una oferta adecuada — un per cápita con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes, de acuerdo con presupuestos que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño.~~

~~Para la aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se deberá adelantar el trámite definido en la respectiva jurisdicción territorial, de acuerdo con la normativa presupuestal que regule la materia.~~

~~Cuando la Institución de Salud del Estado (ISE) vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte del nivel Nacional, de manera previa, se deberá remitir al Ministerio de Salud y~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~Protección Social para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales.~~

~~Con cargo al Presupuesto General de la Nación el Gobierno nacional podrá destinar recursos anuales para el proceso de formalización laboral, previo cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley.~~

~~El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo del presente artículo.~~

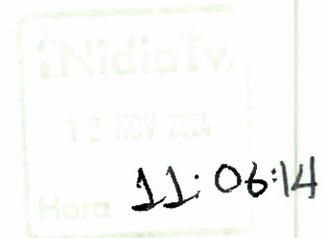
~~Parágrafo 1. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) de Mediana o Alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.~~

~~Parágrafo 2. Las Direcciones Territoriales, Departamentales y Distritales de salud y las Secretarías de salud Municipales organizarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres forerom



Andresforerocd

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 41 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 41:

~~**Artículo 41. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).** La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de director son los establecidos en el artículo 22 Decreto 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios.~~

~~El Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:~~

- ~~1. El gobernador o el alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá.~~
- ~~2. El director territorial de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.~~
- ~~3. El director territorial de planeación o quien haga sus veces de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.~~
- ~~4. Un (1) representante de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud.~~
- ~~5. Un (1) representante de los trabajadores de la salud de la institución.~~

~~Parágrafo 1. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el periodo inmediatamente siguiente.~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~Parágrafo 2. Cuando la Institución de Salud del Estado (ISE) tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de los respectivos municipios.~~

~~Parágrafo 3. Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien preside la Junta Directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la Institución de Salud del Estado (ISE) se requiere del voto favorable del presidente del Consejo Directivo.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

Bogotá D.C. Noviembre 12 de 2024

Honorable Representante
Gerardo Yepes Caro
Presidente Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN

Al texto para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 41, el cual quedara así:

Artículo 41. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de director son los establecidos en el artículo 22 Decreto 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios. El Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:

1. El gobernador o el alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá.
2. El director territorial de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.
3. El director territorial de planeación o quien haga sus veces de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.

4. ~~Un (1)~~ **Dos (2)** representantes de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud.
5. ~~Un (1)~~ **Dos (2)** representante de los trabajadores de la salud de la institución.

Parágrafo 1. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el período inmediatamente siguiente.

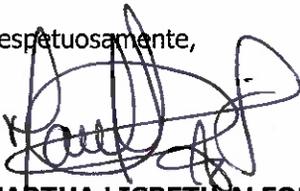
Parágrafo 2. Cuando la Institución de Salud del Estado (ISE) tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de los respectivos municipios.

Parágrafo 3. Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien preside la Junta Directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la Institución de Salud del Estado (ISE) se requiere del voto favorable del presidente del Consejo Directivo.

Parágrafo 4. Se procurará la paridad de género en la conformación del Consejo Directivo.

Justificación: Se agregan dos representantes de las comunidades y de los trabajadores, porque de no ser así habría mayoría de representación del gobierno distrital, municipal o departamental. Se agrega el parágrafo 4 porque no es taxativa la paridad de género en el consejo pero si se procuraría por esto.

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 42 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 42:

~~**Artículo 42. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH).** Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria. Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes:~~

- ~~1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación.~~
- ~~2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.~~
- ~~3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado.~~
- ~~4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales.~~
- ~~5. Aportes de otras entidades públicas.~~
- ~~6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público.~~
- ~~7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes.~~
- ~~8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías.~~
- ~~9. Donaciones.~~
- ~~10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo.~~
- ~~11. Los demás recursos que reciba a cualquier título.~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~Para la ejecución de los proyectos a cargo del Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red pública Hospitalaria (FIDH), el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del fondo.~~

~~El Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria (FIDH) será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del fondo.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.

Nidia Iv.
12 NOV 2024
Hora 11:07:05



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 43 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese del artículo 43 en su segundo párrafo la expresión “*En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio*”:

Artículo 43. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

1. El examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico - quirúrgicas. Para el acceso a los programas de especialización médico – quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico - quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior. Las 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.

2. Asignación de becas: El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

Parágrafo 1. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo establecido en el presente párrafo.

Parágrafo 2. Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destinen el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud y las Instituciones de Educación Superior. 3. Ampliación de cupos de docencia-servicio: Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de



AforeroM



Andres.forerom



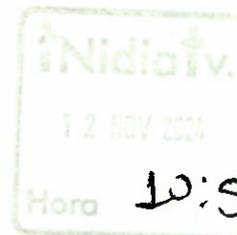
Andresforerocd

Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Instituciones de Salud del Estado (ISE) sean reconocidas como escenarios de docencia - servicio. ~~En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia — servicio.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 45 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 45:

~~**Artículo 45. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).** En los términos de la normatividad vigente, los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en la ley o pactadas con las organizaciones sindicales, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales. Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al noventa por ciento (90%), se regirán por la presente Ley. Son normas especiales y generales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), las siguientes:~~

- ~~1. El Gobierno nacional y las respectivas autoridades competentes en el orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la Institución de Salud del Estado (ISE), señalará el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado (ISE) que determine el Gobierno nacional.~~
- ~~2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto 400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan.~~
- ~~3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la Constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 4ª de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, les serán aplicables lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas.~~
- ~~4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968, la Ley 909 de 2004 y las demás normas que las reglamenten, modifiquen o sustituyan.~~
- ~~5. La remuneración de los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) será fijada por las respectivas autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones de las condiciones de empleo. En ningún nivel territorial se estará sujeto a los límites que en materia salarial establece la Ley 617 de 2000.~~

~~Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente Ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado (ISE).~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

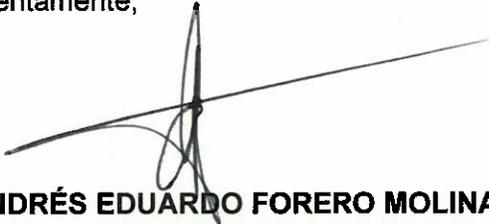
~~Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente Ley, serán vinculados en las Instituciones de Salud del Estado (ISE), sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales.~~

~~Parágrafo 1. Los contratos de prestación de servicios a cargo de las Empresas Sociales del Estado (ESE) que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las Instituciones de Salud del Estado (ISE).~~

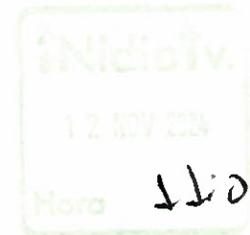
~~Parágrafo 2. El Gobierno nacional establecerá un sistema de estímulos salariales y no salariales para los servidores públicos de la salud.~~

~~Parágrafo 3. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

Bogotá D.C. Noviembre 12 de 2024

Honorable Representante
Gerardo Yepes Caro
Presidente Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN

Al texto para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 43, el cual quedara así:

Artículo 43. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, profesionales en ciencias farmacéuticas, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

1. **El examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico - quirúrgicas.** Para el acceso a los programas de especialización médico - quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico - quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior. Las 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.
2. **Asignación de becas:** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios



Verde



de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

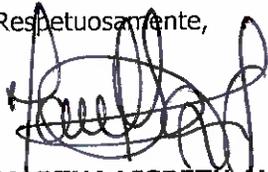
Parágrafo 1. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo establecido en el presente parágrafo.

Parágrafo 2. Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destinen el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud y las Instituciones de Educación Superior.

- Ampliación de cupos de docencia-servicio:** Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Instituciones de Salud del Estado (ISE) sean reconocidas como escenarios de docencia - servicio. En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio.

Justificación: Se agregan a los profesionales de ciencias farmacéuticas para que sean partícipes de las becas de las que hablan el numeral 2 y 3 del presente artículo.

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 51 de la ponencia para primer debate del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”**

Elimínese el artículo 51:

~~Artículo 51. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:~~

~~“ARTÍCULO 131. TIPOS DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS. En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones:~~

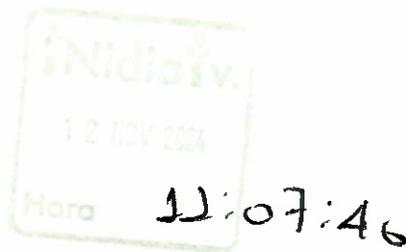
~~(...)~~

~~2. Multas entre sesenta (60) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales.”~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 52 de la ponencia para primer debate del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."**

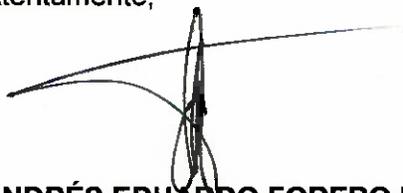
Elimínese el artículo 52:

~~Artículo 52. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:~~

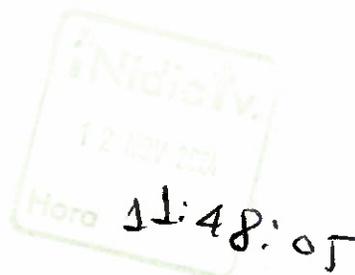
(...)

~~"PARÁGRAFO 6o. Para efectos de la imposición de las sanciones acá previstas, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará el proceso administrativo sancionatorio establecido en el artículo 128 de la Ley 1438 de 2011, a excepción de las sanciones derivadas de la conducta descrita en el numeral 11 del artículo 3o de esta ley, la cual solo será excusada por evento de fuerza mayor, que deberá ser acreditada por el infractor dentro de los 5 días hábiles siguientes a su ocurrencia. La Superintendencia Nacional de Salud diseñará un procedimiento y una metodología sancionatoria para la imposición de sanciones por el incumplimiento en el reporte de información".~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 53 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Eliminase el artículo 53:

~~Artículo 53. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá una facultad regulatoria residual frente a la que es propia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las siguientes materias:~~

~~1. La compatibilidad y armonización de las normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y del régimen de liquidación de entes u organismos públicos, según el caso, con las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el derecho fundamental en salud previsto en el artículo 6 Ley 1751 de 2015.~~

~~2. Las competencias de los integrantes del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia de que trata el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019.~~

~~3. Los deberes de las entidades territoriales en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007.~~

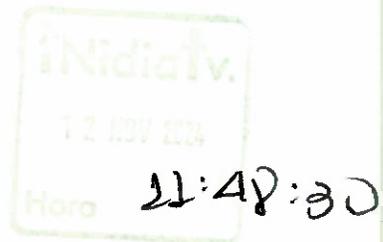
~~4. La actuación de los agentes especiales en las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para administrar o para liquidar, incluidas estas últimas.~~

~~5. La definición de criterios y procedimientos para la selección objetiva de contratistas por parte de los liquidadores, en la celebración de contratos de gestión de situaciones jurídicas no definidas, asuntos pendientes y activos remanentes posteriores a la liquidación de entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, con independencia de la forma jurídica que tales contratos asuman.~~

~~La eficiencia y sostenibilidad de los gastos administrativos en los procesos liquidatorios ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud.~~

Atentamente,


ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 54 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 54:

~~Artículo 54. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas. Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l, m y n del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.~~

~~De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) respecto de:~~

- ~~1. Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión.~~
- ~~2. Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.~~
- ~~3. Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.~~
- ~~4. La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.~~

~~Parágrafo. El Gobierno nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.

INICIAL
12/27/24
Hora: 11:48:51



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 55 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 55:

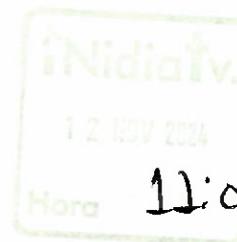
~~Artículo 55. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y Decreto 2957 de 2010.~~

~~Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistemade Salud.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 56 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 56:

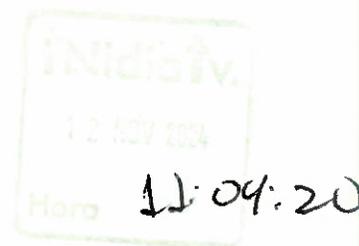
~~**Artículo 56. Regímenes Exceptuados y Especiales.** Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015. En consecuencia, los regímenes de salud y seguridad social de los miembros de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional, del Magisterio, de la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), continuarán vigentes, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente Ley, y en los términos previstos en el artículo 279 de la ley 100 de 1993.~~

~~Adicionalmente, el régimen de salud y seguridad social de las universidades estatales u oficiales continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992, modificada por la Ley 647 de 2001 y la Ley 1443 de 2011 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 57 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 57:

~~Artículo 57. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente Ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.~~

~~En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:~~

~~1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.~~

~~Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.~~

~~Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno.~~

~~De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.~~

~~El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida, sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud.~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).~~

~~2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.~~

~~A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud.~~

~~3. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta Ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.~~

~~La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud.~~

~~Se descontará de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) las intervenciones asumidas por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en la medida en que entren en operación. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) serán aplicables a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.~~

~~4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:~~

~~a. En un territorio donde haya una sola Entidad Promotora de Salud (EPS), esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.~~

~~b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden Entidades Promotoras de Salud (EPS), los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), en primer lugar,~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas Entidades Promotoras de Salud (EPS) con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de Entidades Promotoras de Salud (EPS) liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.~~

~~5. Si no existiesen los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), si fuere necesario, e adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.~~

~~6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~7. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).~~

~~8. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).~~

~~9. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.~~

~~10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), los trabajadores que, a la vigencia de la presente Ley,~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~trabajen en las Entidades Promotoras de Salud (EPS), tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.~~

~~A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los Centros de Atención Primaria (CAPS), los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.~~

~~11. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Las competencias aquí previstas para la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.~~

~~12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A. (CISA), la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.~~

~~13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.~~

~~15. El Gobierno nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE), los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud.~~

~~La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las Empresas Promotoras de Salud (EPS), y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.~~

~~17. Las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden Nacional se transformarán en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Entidades Territoriales transformarán las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden territorial en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las Empresas Sociales del Estado (ESE) de orden nacional y territorial en Instituciones de Salud del Estado (ISE), para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.~~

~~También se podrán transformar en Instituciones de Salud del Estado (ISE), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como Empresas Sociales del Estado (ESE), y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como Instituciones de Salud del Estado (ISE) del nivel de Gobierno que corresponda.~~

~~En todo caso, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.~~

~~Los gerentes de las Empresas Sociales del Estado (ESE) transformadas en Instituciones de Salud del Estado (ISE), continuarán en el cargo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

~~18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:~~

~~a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.~~

~~b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.~~

~~c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.~~

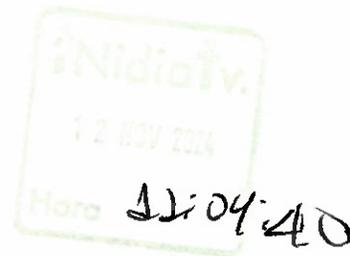
~~d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.~~

~~19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través del Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 57 de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

Elimínese el artículo 57:

~~**Artículo 57. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud.** El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente Ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.~~

~~En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:~~

~~1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.~~

~~Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.~~

~~Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno.~~

~~De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.~~

~~El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida, sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud.~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~trabajen en las Entidades Promotoras de Salud (EPS), tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.~~

~~A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los Centros de Atención Primaria (CAPS), los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.~~

~~11. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Las competencias aquí previstas para la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.~~

~~12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A. (CISA), la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.~~

~~13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

~~14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.~~

~~15. El Gobierno nacional, diseñará programas de fortalecimiento institucional y financiero para las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE), los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud.~~

~~La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las Empresas Promotoras de Salud (EPS), y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.~~

~~17. Las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden Nacional se transformarán en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Entidades Territoriales transformarán las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden territorial en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las Empresas Sociales del Estado (ESE) de orden nacional y territorial en Instituciones de Salud del Estado (ISE), para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.~~

~~También se podrán transformar en Instituciones de Salud del Estado (ISE), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como Empresas Sociales del Estado (ESE), y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como Instituciones de Salud del Estado (ISE) del nivel de Gobierno que corresponda.~~

~~En todo caso, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.~~

~~Los gerentes de las Empresas Sociales del Estado (ESE) transformadas en Instituciones de Salud del Estado (ISE), continuarán en el cargo hasta finalizar el periodo para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección~~



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd

de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

~~18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:~~

~~a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.~~

~~b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.~~

~~c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.~~

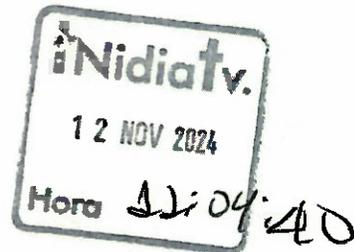
~~d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.~~

~~19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través del Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.~~

Atentamente,



ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.



AforeroM



Andres.forerom



Andresforerocd



PROPOSICIÓN

Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024C, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024C, el cual quedará así:

Artículo nuevo. Financiamiento del sector salud. Para las vigencias 2026, 2027 y 2028, el Gobierno nacional garantizará un aporte adicional del Presupuesto General de la Nación equivalente a por lo menos la tercera parte de un punto porcentual del PIB por cada vigencia, de tal manera que alcance como mínimo un punto adicional del PIB para 2028. Para efectos de definir la base sobre la que se medirán los aportes adicionales de la Nación para el sector salud se tomarán los recursos señalados en el Marco Fiscal de Mediano Plazo 2024. El incremento de recursos deberá destinarse exclusivamente a las transferencias a la Adres para el aseguramiento en salud y el pago de prestación de servicios y tecnologías de salud.

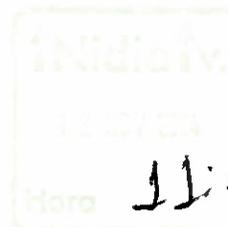
Los recursos para el aseguramiento en salud que se encuentren presupuestados como transferencias en funcionamiento, incluidos aquellos con destinación específica provenientes de la participación en el Impuesto de Renta y Complementarios deberán transferirse a la ADRES para financiar los servicios de salud financiados con UPC y reclamaciones de SOAT, conceptos que tendrán prelación sobre los demás usos.

De forma concurrente, en el marco de lo dispuesto en los artículos 334 y 350 de la Constitución Política, el aumento progresivo del gasto público aquí previsto contemplará la redistribución del gasto público en favor del sector salud y protección social bajo criterios de eficiencia, austeridad y comportamiento de la ejecución presupuestal de otros sectores que no cumplan metas de gasto de manera efectiva.

En todo caso, de manera obligatoria, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público deberá destinar mínimo el 20 % de los recaudado en reformas fiscales al sector salud y protección social, con el fin de apropiar la totalidad de los recursos requeridos, sin perjuicio de lo establecido en el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo las apropiaciones incorporadas en la Ley Anual de Presupuesto en la sección presupuestal del Ministerio de Salud y Protección Social deberán garantizar el financiamiento pleno y suficiente del aseguramiento en salud con crecimientos en términos reales. Una vez asignados los recursos se prohíbe cualquier operación presupuestal de aplazamiento, reducción, traslado o cualquier otra facultada por la normativa vigente que reduzca los recursos referidos en el presente artículo.

Handwritten signature



11:43:40

PROPOSICIÓN

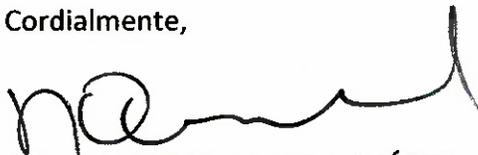
Modifíquese numeral 19 de artículo 57 del Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara “*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*”, el cual quedará así:

Artículo 57. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud.

(...)

19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, **a través de las entidades que forman el Grupo Bicentenario**, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud

Cordialmente,



HUGO ALFONSO ARCHILA SUÁREZ
Representante a la Cámara
Departamento de Casanare



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el artículo 57 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara “Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”, el cual quedará así:

“Artículo 57. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente Ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, o sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.

Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.

Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos ~~marco~~ **de voluntades**, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno.

De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud.

Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo ~~al nuevo aseguramiento social en salud~~ **a las Gestoras de Salud y Vida**, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.

A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) ~~al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud~~ **a las Gestoras de Salud y Vida, en el marco del nuevo sistema de aseguramiento social en salud.**

3. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las ~~instituciones previstas en esta Ley~~ **Gestoras de Salud y Vida**. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.

La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud.

Se descontará de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) las intervenciones asumidas por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en la medida en que entren en operación. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) serán aplicables a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.

4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las ~~EPS~~ **Gestoras de Salud y Vida**, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:
 - a. En un territorio donde haya una sola ~~Entidad Promotora de Salud (EPS)~~, **Gestora de Salud y Vida**, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.

- b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden ~~Entidades Promotoras de Salud (EPS)~~, **Gestoras de Salud y Vida**, los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), en primer lugar, o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas ~~Entidades Promotoras de Salud (EPS)~~ **Gestoras de Salud y Vida** con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las **EPS Gestoras de Salud y Vida** existentes deberán asumir los afiliados de Entidades Promotoras de Salud (EPS) liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.
5. Si no existiesen los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada **remitirá la población a ella afiliada**, en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.
6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de ~~la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia~~, la conformación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social **y a las Gestoras de Salud y Vida** en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.
7. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) que atenderán a la población ~~adscrita a~~ **en** los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).
8. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).
9. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal

infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), los trabajadores que, a la vigencia de la presente Ley, trabajen en las Entidades Promotoras de Salud (EPS), tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.

A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los Centros de Atención Primaria (CAPS), los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

11. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) hagan la entrega ordenada de la población afiliada ~~al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud~~ a las Gestoras de Salud y Vida. Las competencias aquí previstas para la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A. (CISA), la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.
14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.
15. El Gobierno nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE), los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.
16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud y Vida.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida, deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las Empresas Promotoras de Salud (EPS), y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.

17. Las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden Nacional se transformarán en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Entidades Territoriales transformarán las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden territorial en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las Empresas Sociales del Estado (ESE) de orden nacional y territorial en Instituciones de Salud del Estado (ISE), para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.

También se podrán transformar en Instituciones de Salud del Estado (ISE), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como Empresas Sociales del Estado (ESE), y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o

las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como Instituciones de Salud del Estado (ISE) del nivel de Gobierno que corresponda.

En todo caso, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.

Los gerentes de las Empresas Sociales del Estado (ESE) transformadas en Instituciones de Salud del Estado (ISE), continuarán en el cargo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:

- a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.
- b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.
- c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.
- d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.

19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través del Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud”.



Julia Miranda *Julia Miranda*
JULIA MIRANDA LONDOÑO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Nuevo Liberalismo



N/V

Bogotá, 12 de noviembre del 2024

Señores
COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
Cámara de Representantes
E.S.D

Asunto: PROPOSICIÓN aditiva dentro del proyecto de ley No. 312 del 2024 Cámara

Solicitamos se ponga a consideración dentro del Primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

ADICIONESE UN ARTÍCULO NUEVO

Artículo Nuevo. Plan Nacional de Salud Rural. En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), incluyendo además en sus priorizaciones a las subregiones y municipios de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial PDET.

El gobierno nacional deberá formular el Plan de manera participativa con las organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades étnicas presentes en los territorios rurales. Dicho plan, será implementado dando cumplimiento al punto 1.3.2.1 del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" adoptado mediante el Acto Legislativo 02 de 2017, para ello se articulara con las estrategias de Atención Primaria en Salud, aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, las sedes de atención descentralizados en salud rural, el enfoque de determinantes sociales, el enfoque territorial y diferencial y demás aspectos de la presente ley que permitan la formulación y gestión del Plan Nacional de Salud Rural.

Paragrafo1. El gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de seis meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley para la formulación e inicio de implementación del Plan Nacional de Salud Rural.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos que propendan por el efectivo cumplimiento de las acciones e intervenciones estipuladas en el Plan Nacional de Salud Rural, de acuerdo al cálculo de costos según las características y necesidades de cada territorio, los cuales estarán dirigidos a el fortalecimiento y la recuperación de la infraestructura en salud, dotación en salud, garantías de acceso en salud y el



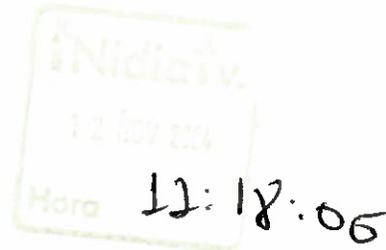
mejoramiento de la calidad de la atención integral en la red pública de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.

Parágrafo 3: Para la formulación e implementación del Plan Nacional de Salud Rural se deberá tener en cuenta e incluir además los siguientes enfoques:

- 1. Salud para las mujeres rurales, campesinas e identidades diversas.**
- 2. Salud ruralidad y ambiente.**
- 3. Salud de las y los trabajadores rurales**

Atentamente

JUAN CARLOS VARGAS SOLER
Representante a la Cámara
CITREP No. 13 (Bolívar y Antioquia)



NY

PROPOSICIÓN

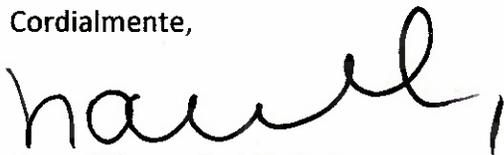
Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. Entidades de Salud del Estado Itinerante. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán Entidades de Salud del Estado Itinerantes o atención ambulante del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes.

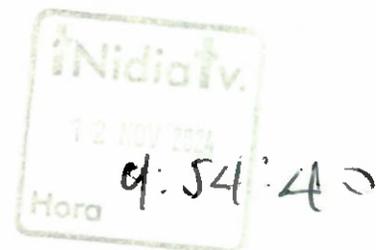
Las Entidades de Salud del Estado Itinerantes o de atención podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, demás deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados al programa de Desarrollo con Enfoque Territorial, PDET y las ZOMAC.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos para que, en el marco de la operación de las Entidades de Salud del Estado Itinerantes, en articulación con ellas, se garantice el transporte multimodal “aéreo, marítimo, fluvial, terrestre” en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso.

Cordialmente,



Hugo Alfonso Archila Suárez
Representante a la Cámara
Departamento de Casanare



PROPOSICIÓN

Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" el cual quedará así:

Prestación de servicios especiales para enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas: El Ministerio de Salud y Protección Social garantizará una Red Nacional de Atención Integral en Salud en cada uno de los territorios para la prestación de los servicios para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos de alto costo indispensables en el tratamiento del cáncer y enfermedades raras o huérfanas sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente; con el objeto de optimizar el diagnóstico preciso y oportuno y garantizar la respuesta terapéutica para estas patologías. Para lo cual, contará con la asesoría de las instituciones que considere pertinentes.



HUGO ALFONSO ARCHILA
Representante a la Cámara
Departamento de Casanare



AV

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un artículo nuevo al proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", del siguiente tenor:

"Artículo nuevo. Recursos del Sistema General de Participaciones.

Modifíquese el Artículo 47 de la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:

"Art. 47. Distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones. Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud se destinarán y distribuirán en los siguientes componentes:

1. El 65% para el componente de aseguramiento en salud que se financia con cargo a los recursos de la UPC de conformidad con lo previsto en la presente Ley.
2. El 25% para el componente de salud pública y para la atención primaria, de acuerdo con lo previsto en el Numeral 42.1 de la Ley 1438 de 2011.
3. El 10% para el subsidio a la oferta.

Parágrafo 1. La información utilizada para determinar la asignación de los recursos será suministrada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística; el Ministerio de Salud y Protección Social; el Departamento Nacional de Planeación; el Instituto Geográfico Agustín Codazzi, conforme con la que generen en ejercicio de sus competencias y de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el gobierno nacional.

Parágrafo 2. Los recursos destinados a salud pública que no se comprometan al cierre de cada vigencia fiscal, se utilizarán para cofinanciar los programas de interés en salud pública de que trata el Numeral 13 del Artículo 42 de la Ley 715 de 2001, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen".

Julia Miranda *Julia Miranda*

JULIA MIRANDA LONDOÑO

Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Nuevo Liberalismo

iNidiv.
14/03/24
Hora : 2:27:00

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un artículo nuevo al proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", del siguiente tenor:

"Artículo 37. Régimen Laboral Especial del Sector Salud. En cumplimiento de los artículos 25 y 53 de la Constitución Política y del Artículo 18 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en el Sistema de Salud, habrá condiciones laborales para el personal sanitario que garanticen estabilidad, seguridad y continuidad laboral, así como actualización integral continua.

Para el efecto, se crea el régimen laboral especial para el sector de la salud, cuya reglamentación será puesta en vigencia por el Gobierno Nacional dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley y será concertada con representantes del sector. Este régimen incluirá:

- 1) Carrera Administrativa Especial del Sector Salud. A la cual se incorporarán por una sola vez, automática y progresivamente los trabajadores misionales hoy vinculados por contrato de prestación de servicios. Se respetarán los derechos adquiridos de quienes actualmente están vinculados como servidores públicos bajo la normatividad vigente.
- 2) Régimen salarial especial para el sector salud. Habrá remuneración mínima vital y móvil, progresiva, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo, con proporcionalidad al nivel de formación, a la antigüedad, y a las modalidades y períodos de pago, preservando el principio de igualdad: "A igual función, igual remuneración".
- 3) Pago Oportuno. Toda relación laboral tendrá derecho a una remuneración oportuna. Se entiende que el pago es oportuno cuando se hace máximo dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al cumplimiento del periodo laboral de treinta (30) días.
- 4) Jornada ordinaria. Los trabajadores sanitarios tendrán una jornada de máximo 42 horas semanales, así como el derecho al reconocimiento de horas extras, recargos nocturnos, por turnos, dominicales y festivos, habitualidad y permanencia de la labor, y descansos compensatorios como parte de la jornada laboral, según lo dispuesto en el Decreto Ley 1042 de 1978 y en el Decreto 400 de 2021, o en las normas que los sustituyan modifiquen o deroguen.
- 5) Medicina, higiene, salud y seguridad en el trabajo. Los trabajadores sanitarios tendrán derecho a ser beneficiarios de una política de higiene, salud y seguridad en el trabajo, conforme lo dispuesto en el Decreto Ley 1295 de 1994, en la Ley 1562 de 2012 o en las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan y en las demás normas concordantes.
- 6) Trabajos ocasionales, teletrabajo o trabajo en casa. Los trabajadores sanitarios podrán prestar sus servicios mediante la modalidad de trabajo remoto de conformidad con lo dispuesto en la Ley 2121 de 2021 o en la norma que la sustituya, modifique o derogue.
- 7) Prestaciones económicas. Los trabajadores sanitarios tendrán derecho al reconocimiento de los gastos de representación, prima técnica a especialistas altamente calificados, prima de riesgo en circunstancias especiales, prima por ubicación geográfica, quinquenios, vacaciones, licencias, permisos remunerados. Así mismo, tendrán derecho a estímulos no salariales quienes laboren en zonas marginadas según lo definido en el Artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, en materia de bienestar, vivienda, transporte, seguridad,

educación y actualización continua, entre otros.

8) Acoso y discriminación laboral. En la implementación del régimen especial del talento humano en salud se tendrán en cuenta las disposiciones del Convenio 190 de la OIT sobre la violencia y el acoso en el trabajo.

9) Relación Docencia – Servicio. Se permite la simultaneidad de estas dos actividades.

Los programas de formación de recurso humano deberán corresponder a las necesidades de salud de la población en los territorios.

10) Servicio Social Obligatorio -SSO-. El servicio social obligatorio tendrá vocación hacia las zonas apartadas y dispersas; las ISE o las IPS privadas deberán incluir en sus plantas de personal los cargos de los profesionales para la prestación del SSO, quienes podrán participar en los Equipos Básicos de Salud donde sean necesarios, especialmente en regiones apartadas con población dispersa, siempre y cuando se garanticen condiciones de seguridad para el talento humano en salud.

11) Médicos residentes. En el caso de rotaciones extramurales de médicas o médicos residentes establecidas en el currículo universitario, las IPS, públicas o privadas, en coordinación con las Instituciones de Educación Superior -IES-, deberán garantizarles a estos profesionales el traslado, el alojamiento y la alimentación durante la rotación, y reconocerles el apoyo de sostenimiento educativo creado en la Ley 1917 de 2018, así como la supervisión docente correspondiente, mediante convenios suscritos entre la IPS y la IES, en el marco de la relación docencia-servicio. Si las médicas o médicos residentes se vinculan a los Equipos Básicos de Salud, las ISE o las IPS privadas deberán contratarlos a término fijo como trabajadores de la salud.

12) Condiciones especiales para ejercer el Servicio Social Obligatorio (SSO) y las especializaciones médicas (Residentes) y de otras profesiones del sector salud. El Ministerio de Salud y protección social promoverá lineamientos y estrategias para la dignificación plena del servicio social obligatorio, médicos Residentes y otras especializaciones de profesiones del sector salud en materia de salud mental y acompañamiento psicoemocional, garantías de protección de la vida e integridad de los profesionales para el ejercicio de su labor y acceso meritocrático a las plazas en concordancia con la normatividad aplicable a la materia.

13) Equivalencia de títulos. Los títulos de especializaciones médico-quirúrgicas de tres(3) años o más de duración otorgados por las instituciones de educación superior de Colombia o el título de iguales características obtenido en el exterior avalados por resolución del Ministerio de Educación Nacional, tendrá para todos los efectos equivalencia al título de doctorado.

14) Profesionales especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta, las EGS y las IPS podrán contratar estos especialistas a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, garantizando condiciones dignas y justas, ausencia de cláusula de exclusividad, y pago oportuno. Para este caso, se entiende por pago oportuno aquel que no supere los diez (10) días calendario posteriores a la radicación de la factura, cuenta de cobro o documento equivalente.

15) Límite salarial. En ningún nivel territorial la remuneración del jefe de la administración operará como límite máximo para establecer los emolumentos del talento

humano en salud.

16) Prelación del pago. El pago del talento humano en salud, independientemente de la forma de vinculación, tendrá prelación sobre los demás desembolsos y su remuneración será indexada anualmente con base en el IPC causado el año inmediatamente anterior.

17) Subcuenta de Garantías. Los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud, además de los usos previstos en el Artículo 41 del Decreto 4107 de 2011 o en las normas que la sustituyan o modifiquen, se podrán utilizar para mejorar la liquidez de los prestadores de los servicios de salud, públicos, privados o mixtos, destinados al pago que por concepto de honorarios o salarios se adeuden al talento humano en salud.

Para el efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la expedición de la presente Ley reglamentará las condiciones para garantizar el pago al talento humano en salud con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías.

Para los efectos del presente numeral las EGS o quien haga sus veces, y las IPS, destinarán el 1% de sus excedentes anuales para financiar la Subcuenta de Garantías.

Parágrafo 1. Trabajadores de las instituciones privadas y mixtas del sector salud. Los trabajadores de las instituciones privadas y mixtas del sector salud, por norma general, deberán estar vinculados mediante contrato de trabajo conforme los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo, de las convenciones colectivas de trabajo vigentes y de las demás normas concordantes.

Parágrafo 2. El Ministerio del Trabajo presentará anualmente, al inicio de las sesiones ordinarias del Congreso de la República y ante las comisiones séptimas de sus cámaras legislativas, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales para los trabajadores del Sistema de Salud dispuestas en los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015 y en la Política Nacional de Talento Humano en Salud.

Parágrafo transitorio: El mismo término de pago oportuno establecido en el Numeral 13 del presente Artículo será aplicado para aquellos trabajadores próximos a acogerse a la formalización laboral de que trata el Parágrafo 1 del presente Artículo, que culminará una vez sean vinculados a las plantas de personal de las instituciones”.

Julia Miranda *Julia Miranda*

JULIA MIRANDA LONDOÑO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Nuevo Liberalismo

Inicio
12/07/23
Hora : 2 : 26 : 50

PROPOSICIÓN

ARTÍCULO NUEVO

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Con fundamento en lo contemplado en la ley 5 de 1992 y las normas concordantes, Adiciónese un Artículo Nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

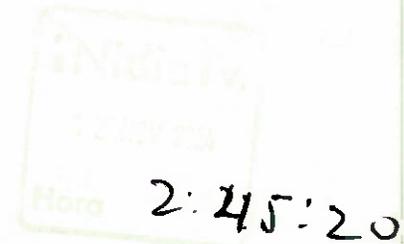
Promoción de Investigación y producción Vacunas. Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia y Tecnología en Salud a nivel nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidos por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, dará especial consideración a los productores locales, según la legislación aplicable.

Se fortalecerá el desarrollo, validación y aplicación de métodos alternativos a la experimentación en animales en investigaciones biomédicas, la producción de fármacos, la producción de biológicos, la salud pública u otros similares, el cual se reglamentará de manera coordinada entre el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación concertará con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud.

Atentamente,


ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA

Representante a la Cámara por Cundinamarca



021118