

PROPOSICIÓN

Adiciónese un **ARTÍCULO NUEVO** al 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*", 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.

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.

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

 COMISIÓN SEPTIMA CAMARA DE REPRESENTANTES	
Recibido Por:	D.H.
Fecha:	10/02/24
Hora:	2:45 pm
Numero de Folio:	2 (Act Nuevo)

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 13 del Proyecto de ley 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:

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”.

Parágrafo 1: Se priorizará recursos del Fondo Único Público de Salud para aquellos territorios marginales, dispersos y de baja densidad que, respecto del promedio nacional, presentan peores indicadores en materia de:

- 1. Cobertura de aseguramiento en salud.**
- 2. Cobertura de saneamiento básico y agua potable.**
- 3. Acceso efectivo y continuidad de la atención.**
- 4. Mortalidad materna e infantil.**
- 5. Incidencia de emergencias y desastres**
- 6. Prevalencia de problemas y enfermedades de interés en salud pública.**
- 7. Morbimortalidad y restricciones de acceso a los servicios de salud.**



HUGO ALFONSO ARCHILA
Representante a la Cámara
Departamento de Casanare

 COMISIÓN SEPTIMA CAMARA DE REPRESENTANTES	
Recibido Por:	<u>D.A.</u>
Fecha:	<u>Nov 7 / 24</u>
Hora:	<u>3:44 p.m.</u>
Numero de Folio:	<u>1</u>

BOOK
ALPHABET
1870

1870

Handwritten signature

www.representantehugoarchila.com

@HugoArchila2022 @Hugo_Archila_22 @HugoArchila5

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 técnica de la Cuenta de Alto Costo.

HUGO ALFONSO ARCHILA
Representante a la Cámara
Departamento de Casanare

COMISIÓN SEPTIMA CAMARA DE REPRESENTANTES	
Recibido Por:	<i>[Handwritten Signature]</i>
Fecha:	<i>02/07/2024</i>
Hora:	<i>3:25 p.m.</i>
Numero de Folio:	<i>1</i>

1900

1900

1900

1900

1900

1900

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 18 del Proyecto de ley 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:

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, 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).

La Unidad de Pago por Capitación (UPC) para los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Chocó, Guainía, Guaviare, Meta, Vaupés y Vichada, se les reconocerá una prima adicional al ser zonas marginadas, dispersas, y de baja densidad poblacional dadas las condiciones sociodemográficas, económicas, y culturales del territorio. Para este fin, el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley definirá, el valor de la prima adicional y la estructura de costo por grupo etario.

www.representantehugoarchila.com

 @HugoArchila2022  @Hugo_Archila_22  @HugoArchila5

3. 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 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.



HUGO ALFONSO ARCHILA
Representante a la Cámara
Departamento de Casanare

	
COMISIÓN SEPTIMA CAMARA DE REPRESENTANTES	
Recibido Por:	D. Y.
Fecha:	Nov 7 / 24
Hora:	3:42 P.M.
Numero de Folio:	2 (Art 18)

0011
11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 57 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:

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.

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 **que** 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.

El Gobierno Nacional en conjunto con las Entidades Territoriales, buscarán los mecanismos de capitalización y cumplimiento de indicadores que le permitan la permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de naturaleza pública que no cumplan con los requisitos de permanencia, a la entrada en vigencia de la presente Ley y que no estén en proceso de liquidación y que decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida,

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 coadyuvan 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, siempreque 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, 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, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.

6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los 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, 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.

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 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.

HUGO ALFONSO ARCHILA
Representante a la Cámara
Departamento de Casanare

 COMISIÓN SEPTIMA CAMARA DE REPRESENTANTES	
Recibido Por:	D. P.
Fecha:	Noi 7 / 27
Hora:	3:57 p.m.
Numero de Folio:	7. (AH57)

2004
11/10/04

11/10/04

11/10/04

11/10/04

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 18 del Proyecto de ley 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:

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, 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).

La Unidad de Pago por Capitación (UPC) para los departamentos de Amazonas, Casanare, Chocó, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada, se les reconocerá una prima adicional al ser zonas marginadas, dispersas, y de baja densidad poblacional dadas las condiciones sociodemográficas, económicas, y culturales del territorio. Para este fin, el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley definirá, el valor de la prima adicional y la estructura de costo por grupo etario.

3. 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 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.



HUGO ALFONSO ARCHILA
Representante a la Cámara
Departamento de Casanare

 COMISIÓN SEPTIMA CAMARA DE REPRESENTANTES	
Recibido Por:	D.M.
Fecha:	NOV 7 / 24
Hora:	3:39 p.m.
Numero de Pétin:	1 (2 pag) Art 18

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 18 del Proyecto de Ley 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:

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, 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).

La Unidad de Pago por Capitación para zonas marginadas, dispersas, o de baja densidad poblacional se le reconocerá una prima adicional dadas las condiciones sociodemográficas, económicas, y culturales del territorio. Para este fin, el gobierno nacional dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley definirá, el valor de la prima adicional y la estructura de costo por grupo etario.

3. 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 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.



HUGO ALFONSO ARCHILA SUÁREZ
Representante a la Cámara
Departamento de Casanare

	
COMISIÓN SEPTIMA CAMARA DE REPRESENTANTES	
Recibido Por:	D.Y.
Fecha:	NOV 7 / 21
Hora:	3:42 p.m.
Numero de Hoja:	2 (Art 18)