

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

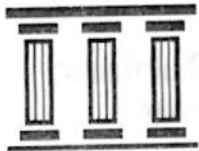


PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 1 del Proyecto de Ley 312 de 2024 “*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*”, el cual quedará así:

Artículo 1. Objeto. La presente Ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud. Así mismo, busca desarrollar un modelo de salud centrado en el marco de la atención primaria, organizar sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articular a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganizar los destinos y usos de los recursos financieros, establecer un sistema **público, privado y mixto** unificado e interoperable de información, fortalecer la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; igualmente definir condiciones para el trabajo digno del sector salud y fijar las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud.


PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



JUSTIFICACIÓN

No se puede sustraer de la responsabilidad y de la intervención de las Instituciones privadas y mixtas, ya que son un gran porcentaje en el Sistema de Salud y por ende también deben hacer parte del Sistema Interoperable



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

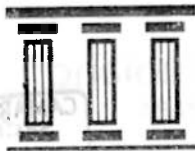
Modifíquese el artículo 2 del Proyecto de Ley 312 de 2024 *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

Artículo 2. Aseguramiento social en salud. El aseguramiento social en salud se entiende como la protección pública, privada y mixta, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, esta Ley desarrolla los medios, fuentes de financiamiento y la mancomunación de los recursos financieros del Sistema de Salud, con criterios de equidad; así mismo, desarrolla un sistema de gestión de riesgos de salud y operativo a cargo de los actores del sistema y la gestión de riesgos financieros a cargo del Estado, con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través de la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de Salud y Vida.


PIEDAD CORREAL RUBIANO.

Representante a la Cámara por el Quindío.

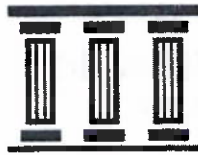




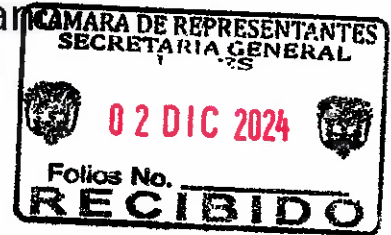
Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

Se debe agregar la mixtura desde la conformación del aseguramiento es decir, que las gestoras de salud puedan administrar el aseguramiento de la misma forma que lo hará el sector público garantizando la participación de ellas en la gestión del riesgo en salud.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 6 del Proyecto de Ley 312 de 2024 “*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*”, el cual quedará así:

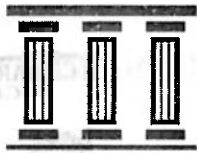
Artículo 6. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social.

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 gobernadores ~~y alcaldes~~.
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.
16. Un representante de los Alcaldes.

El Superintendente Nacional de Salud, el Director del INVIMA, el Defensor del Pueblo 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

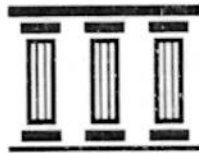


Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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.

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.


PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío.

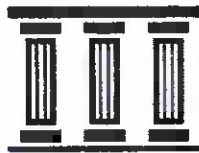




Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

Se debe tener por separado los representantes de los alcaldes y gobernadores, es decir, cada gremio con su representante y además se debe agregar al Defensor del Pueblo al del Consejo Nacional de Salud ya que es la entidad que tiene el contacto con la comunidad y que en el presente conoce la gran mayoría de las acciones de tutela del sistema de salud.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 7 del Proyecto de Ley 312 de 2024 *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

Artículo 7. Sistema Público, **Privado y Mixto**, Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). 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, **Privado y Mixto**, Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) para garantizar el 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, **Privado y Mixto**, Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), tanto administrativa como asistencial, será obligatoria para todos los integrantes del Sistema de Salud.

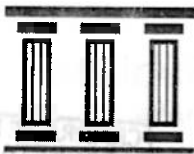
El Sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país, priorizando territorios donde aún no hay conectividad, y deberá integrar los sistemas de información ya disponibles. Para el desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable 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, **Privado y Mixto**, 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, o la que la modifique o sustituya.

PIEDAD CORREAL RUBIANO.

Representante a la Cámara por el Quindío.



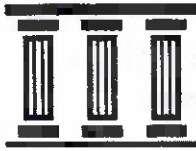
Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



JUSTIFICACIÓN

La interoperabilidad debe ser pública, privada y mixta, puesto que los actores privados son una parte importante en el Sistema de Salud y Seguridad Social y deben estar inmersos en la interoperabilidad.





Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 8 del Proyecto de Ley 312 de 2024 *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

Artículo 8. Obligatoriedad de las cotizaciones. Son aportantes al Sistema de Salud las personas jurídicas en calidad de empleadores y las personas naturales de acuerdo con la normatividad vigente.

Las cotizaciones y aportes son contribuciones sobre los salarios, honorarios, pensiones, ~~ingresos o la renta de las personas~~. La liquidación y pago de las cotizaciones al Sistema de Salud son de carácter obligatorio.

Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus cotizaciones en salud ante los operadores del pago de aportes autorizados y con destino a la cuenta de recaudo del Fondo Único Público de Salud administrado por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

La Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP), será la entidad competente para adelantar las acciones de determinación y cobro de las contribuciones parafiscales en salud, respecto de las personas naturales con ingresos ordinarios mensualizados, no mensualizados ~~o extraordinarios~~, los omisos o inexactos; igualmente, lo podrá hacer respecto de las personas jurídicas.


PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

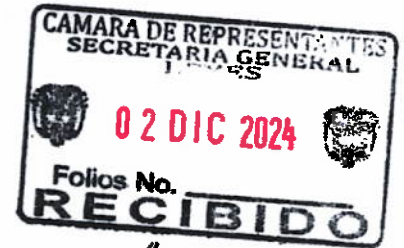


JUSTIFICACIÓN

Se debe modificar el presente artículo, ya que los aportes al sistema de salud y seguridad social siempre se realizan sobre los ingresos mensualizados o que dependen de salarios u honorarios no sobre ingresos extraordinarios.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

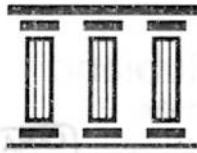


PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 10 del Proyecto de Ley 312 de 2024 *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

Artículo 10. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). 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.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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 del 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.

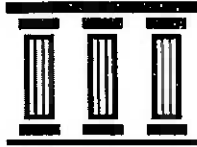
13 Los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales serán transferidos directamente por la UGPP a la ADRES, sin operación presupuestal.

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.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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 o modifique.

19 Figura jurídica para la destinación específica del 0.5% del IVA social.


PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

Se deben eliminar las rentas como hecho generador de pago al sistema de salud, ya que el ingreso se basa en los ingresos mensualizados o no mensualizados por trabajo y no por las rentas de las personas



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 15 del Proyecto de Ley 312 de 2024 *“Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud 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 (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), públicos, privados y mixtos.
- 2 Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial,



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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.



PIEDAD CORREAL RUBIANO.

Representante a la Cámara por el Quindío.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

Se debe realizar la modificación con el fin de dejar claro que los CAPS pueden ser públicos, privados o mixtos.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 17 del Proyecto de Ley 312 de 2024 *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará 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 para 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.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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.


PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío

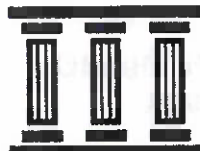




Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

Se deben eliminar los subsidios para las madres no cotizantes ya que esto tiene impacto fiscal en el presente proyecto.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 18 del Proyecto de Ley 312 de 2024 *"Por medio del cual se transforma el Sistema de 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, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral, de todo los residentes del país a excepción de los usuarios de los regímenes especiales y exceptuados.

El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios de salud, mediante estudios técnicos y cálculos actuariales y valores actualizados a la respectiva anualidad, con criterios de ajustes por variables geográficas de dispersión poblacional, demográficas como edad o grupo etario y sexo, condiciones de salud y se ajuste por distintos tipos de riesgos individual o grupal, de tal forma que los recursos sean asignados en función de la carga de enfermedad, condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, y demás factores determinantes para cubrir la atención en salud de la población 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 el territorio nacional.

Igualmente, se deberá tener en cuenta para el cálculo actuarial, los incrementos de frecuencias por servicios preventivos, 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, el Departamento Nacional de Planeación. El Ministerio de Salud garantizará que en el término de implementación del SPUIIS que se señala en la presente ley se utilice la información de fuente primaria para el cálculo de la UPC.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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 **valores actualizados a la respectiva anualidad y** 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).

1 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 todo caso la UPC será utilizada para el aseguramiento social en salud y el pago de prestación de servicios y tecnologías de salud. En casos de una situación extraordinaria sobrevenida y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, la atención en salud será financiada con el fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras, establecido en el numeral 27 del artículo 9 de la presente Ley. El Gobierno nacional dispondrá los recursos financieros adicionales para asumir costos y gastos derivados de la misma cuando existan faltantes en el fondo.

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.

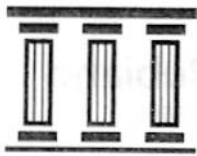


Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

Parágrafo 4. En el tercer trimestre de cada anualidad, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, rendirán informe a las comisiones séptimas del Congreso de la República sobre la metodología y los resultados obtenidos a partir de esta.

Parágrafo Transitorio. La redefinición de la metodología del cálculo de la UPC se realizará dentro del primer año de la entrada en vigencia de la presente Ley.

PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

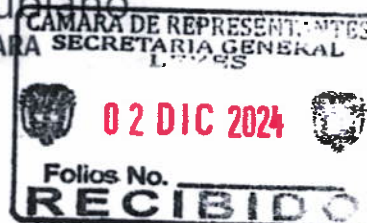
JUSTIFICACIÓN

Se debe dejar claro que en el momento de definir la UPC, debe hacerse con valores actualizados en la anualidad, con el fin de lograr la suficiencia de la UPC



Piedad **CORREAL** Rubiano

REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 19 del Proyecto de Ley 312 de 2024 “*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud 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), **públicos, privados y mixtos** 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 RIITS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la 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 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 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~~ 45-días para realizar **la el trámite administrativo de** auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas **y resolverlas**, 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, **las mismas deberán resolverse dentro de los términos estipulados en el artículo 57 de la ley 1438 de 2011, o aquella norma que la modifique o sustituya;** el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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 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, **mientras se realiza dicha reglamentación, será aplicable los términos estipulados en la ley 1438 de 2011.**



PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío.

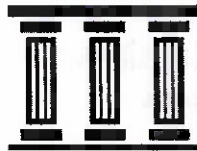




Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

Se debe estipular el cumplimiento de los términos de la ley 1438 de 2011, donde se fijaron 45 días hábiles para el trámite y resolución de glosas y objeciones, para no alargar el pago, obligando a la ADRES a ceñirse a dichos términos.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 20 del Proyecto de Ley 312 de 2024 *“Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”*, el cual quedará 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 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 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, privado y mixto, Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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 RIITS, y certificarán ante la ADRES el cumplimiento para el pago.

La 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 RIITS, de acuerdo con las tendencias de gasto identificadas.

Sus informes serán dispuestos a través del 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 1. El Gobierno nacional establecerá mecanismos para que la facturación electrónica por prestación de servicios de salud sea informada a la ADRES para efectos de llevar un control sobre el orden de los pagos y la resolución de las glosas.

Parágrafo 2. 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.


PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

Se debe continuar con el Sistema Público, privado y mixto, Unificado e Interoperable de Información, y no solo público como viene en la ponencia, puesto que la parte privada también debe hacer parte de dicho sistema.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 21 del Proyecto de Ley 312 de 2024 *“Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”*, el cual quedará así:

Artículo 21. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que requiere una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud y su condición socioeconómica y/o geográfica le impide proporcionárselos por sí misma. Tales como servicios de transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa, conforme a los que sean considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social, previa orden médica del galeno tratante y verificación del nivel A y B del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces.

El Gobierno nacional determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura. En todo caso, los servicios sociales complementarios continuarán siendo financiados con cargo a las fuentes actuales, hasta tanto se dispongan nuevas fuentes de recursos.

Parágrafo 1. Cuando se prescriba cuidador o asistente personal como parte de los servicios necesarios para el cuidado integral de una persona, se dará prevalencia en la contratación, a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal de forma no remunerada.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional determinará, en un plazo de seis (6) meses, el responsable y fuente de financiación para el pago del traslado del cadáver al lugar de residencia, de la población campesina, Rrom, indígena, negra, afrodescendiente, raizal, palenquera, nivel A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, que no tengan pago servicio funerario y que por condiciones de salud sean trasladados o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallezcan.


PIEDAD CORREAL RUBIANO.

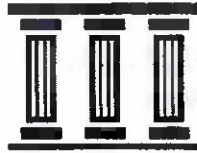
Representante a la Cámara por el Quindío.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

Se debe exigir la prescripción médica para aquellos servicios complementarios y restringirlos a los niveles de pobreza y pobreza extrema del sisben.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 22 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 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.

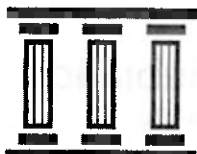
~~Las mujeres y personas gestantes no cotizantes, categorizadas en los niveles A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, recibirán el equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta protección alcanzará 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.

PIEDAD CORREAL RUBIANO.

Representante a la Cámara por el Quindío.

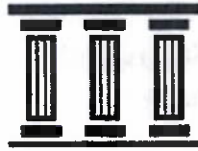


Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



JUSTIFICACIÓN

Se debe eliminar el subsidio para madres gestantes no cotizantes, ya que el valor de dicho subsidio es un impacto fiscal demasiado grande para el Sistema, lo cual podría llevar en riesgo la financiación del mismo, además no se encuentra con concepto de impacto fiscal por el Ministerio de Hacienda.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 28 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 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 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 las RIITS 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 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 RIITS.
- 5 Establecer los planes de intervención y articular la ejecución de la gestión operativa para responder a la demanda de servicios de los CAPS y a las RIITS.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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 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 CAPS, para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de acuerdo con las 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 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 RIITS.

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 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.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

16 Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las 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 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 la facturación del componente complementario de mediana y alta complejidad de las RIITS, la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para los pagos a que haya lugar.

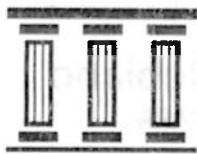
19 Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población articulado con el SPUIIS a través del cual interactúen con las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, 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 con todos los prestadores de servicios de salud, según lo definido en la presente Ley, dentro de la 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



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

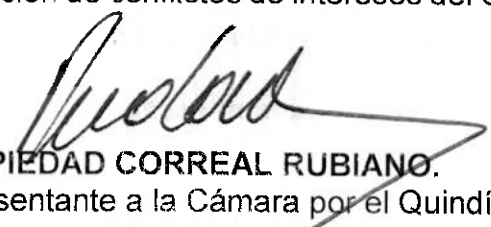
territoriales Departamentales y Distritales o municipales de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención.

24 En conjunto con las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación adelantar la revisión periódica del desempeño de los 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 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 estas 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.



PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío.





Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

Lo anterior, puesto que las funciones asignadas a las Gestoras de Vida, desde el primer nivel, implica, costos financieros y administrativos que requieren manejo de recursos, aunado a que se debe continuar con el aseguramiento público, privado y mixto.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 29 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,

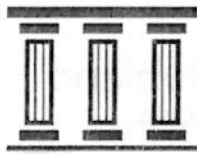
Artículo 29. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud. Dentro de los tres (3) meses siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud autorizadas para operar en alguno 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. **En dicho caso la Superintendencia Nacional de Salud deberá pronunciarse dentro de los tres (3) meses siguientes a la solicitud de retiro.**

3 Si la Entidad Promotora de Salud no expresa ninguna de las dos intenciones dentro del término antes indicado, se 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



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

deberá presentar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo. En caso de incumplimiento la Entidad Promotora en Salud entrará en proceso de vigilancia especial para determinar si puede, o no, seguir en el proceso de transformación.

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.

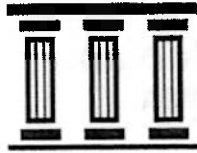
En el caso del numeral dos (2), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento que contemple el pago de la totalidad del pasivo en un tiempo que no podrá ser superior a veinticuatro (24) meses contados a partir de la radicación del plan de retiro voluntario o al vencimiento 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 1797 de 2016, 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 interventor 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.

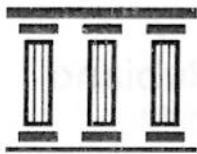
Parágrafo 3. A la entrada en vigencia de la presente Ley, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que presenten el plan de habilitación y saneamiento observando los parámetros definidos en el artículo 30 de la presente ley, podrán obtener una habilitación transitoria como Gestoras de Salud y Vida siempre 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



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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.

PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

Se debe exigir respuesta por parte de la Superintendencia de Salud ante las solicitudes de retiro voluntario de las EPS, es decir, no se puede tener obligada a una EMPRESA PROMOTORA DE SALUD que presentó su retiro voluntario con el lleno de requisitos y pago de sus deudas por prestación de salud, sin pronunciamiento de la Superintendencia para la reasignación de usuarios.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

Modifíquese el numeral 8 del artículo 30 del Proyecto de Ley 312 de 2024 “*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*”, el cual quedará así:

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, y la administración del aseguramiento y gestión del riesgo desde el primer nivel de atención, 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.


PIEDAD CORREAL RUBIANO.

Representante a la Cámara por el Quindío.



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

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", el cual quedará así.

1 ✓
ALC.
12:00 pm

Modifíquese lo dispuesto en el ARTÍCULO 32 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", 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 RIITS siendo compuestas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud y transporte especial de pacientes y sus relaciones serán de cooperación y complementariedad.

Los servicios de salud se prestarán por medio de acuerdos de voluntades y según 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, 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 APS 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 establecerá los mecanismos de coordinación asistencial para la operación de la 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 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 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 auditoria 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 defina 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 RIITS, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoria 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, que realicen la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas, los cuales serán considerados servicios de salud y estarán orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud, por lo tanto, harán parte de las RIITS, si así se registran y se certifican.

Los servicios farmacéuticos y demás establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento y demás requisitos establecidos en la normatividad vigente, además de estar autorizados por las entidades territoriales en salud, registrarse y demostrar ante la Superintendencia Nacional de Salud el cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación del servicio farmacéutico en cuanto a la capacidad en infraestructura, talento humano, capacidad científica, suficiencia patrimonial y capacidad técnica - tecnológica y administrativa.

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 a través de estos servicios en las IPS y garantizando la dispensación en zonas rurales y de difícil acceso.

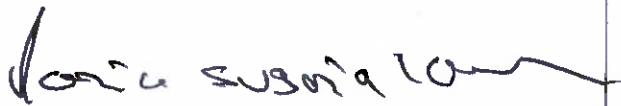





Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de

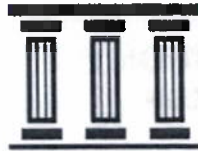
acceso efectivo a los servicios de salud de las RIITS. Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de salud supervisarán el desempeño de las RIITS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

Parágrafo 4: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones para que los profesionales independientes y las instituciones de atención básica en salud que presten servicios para complementar el cuidado, se integren a las RIITS.

Cordialmente;

	 Juan Carlos Londoño
	 Alexander Cárdenas
	 Hugo Acosta



Piedad **CORREAL** Rubia
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

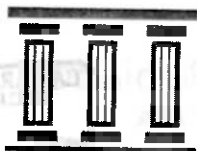
Modifíquese el artículo 35 del Proyecto de Ley 312 de 2024 *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

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 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 condicionado** al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, **por lo que deberán ofertar como mínimo los servicios de primer nivel de atención en salud.**

Los 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 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 CAPS 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.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

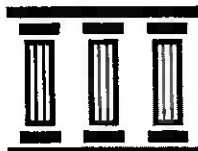
Las acciones de los CAPS, incluidas las de los equipos de salud territoriales tendrán carácter universal, territorial, sistemático, permanente y resolutivo, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales.

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 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 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. 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 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.


PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío.



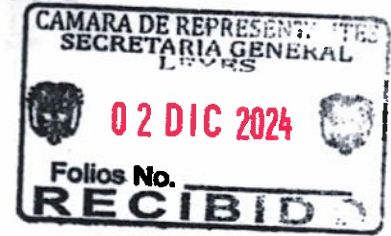
Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

Se presenta la proposición ya que el artículo va en contra de la Libre Elección, establecida en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 36 del Proyecto de Ley 312 de 2024 “*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*”, 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 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 dentro de la oferta disponible de 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 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 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 resolutiveidad 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 riesgos en salud de las personas 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



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

población, los cuales estarán enfocados en los servicios de salud que estos centros prestarán como componente primario de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). Cuando las personas requieran de planes de salud y terapéuticos liderados desde la atención complementaria de las RIISS, estos planes de salud familiar y comunitaria, servirán de apoyo.

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, en el marco del componente primario de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).

~~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.~~

e. Participar, articuladamente, con las Direcciones Territoriales de Salud, los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias, el Sistema de Referencia y Contrareferencia y las Gestoras de Salud y Vida, en la gestión integral del riesgo en salud de las personas, mediante la solicitud basada en la evidencia de servicios de salud, el monitoreo de la demanda en componente complementario de las RIISS, el apoyo terapéutico a los planes de salud establecidos en dicho componente y el control clínico en el componente primario de las RIISS.

f. Desarrollar e implementar 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 y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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 con las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.

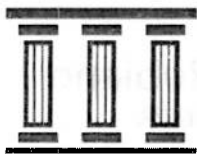
2. 3 Administración y atención al ciudadano y Solicitud de servicios de salud del componente complementario de las Redes Integrales :

Los 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). son los responsables de la solicitud, basada en la evidencia, de servicios de salud del componente complementario de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), la cual será atendida de forma inmediata, coordinada y trazable, por el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, utilizando los instrumentos creados para tal efecto del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.

En caso de que una solicitud de servicio sea negada por parte del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, deberá informarse la causa y reportarla inmediatamente a la Coordinaciones Departamentales y Regionales de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). En ningún caso podrá ser negada una solicitud de servicio de urgencia o cuando el médico tratante del paciente identifique un riesgo para la vida del paciente.

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:



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

- ~~a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferenciales y de género.~~
- ~~b. Organizar la operación de los 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 CAPS 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.

4.3. 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.

4. Generación de información de resultados en salud:

Los CAPS dispondrán de lo necesario para recolectar y generar información relacionada con los resultados en salud individuales y colectivos de su población adscrita, en el marco de los planes de salud familiar y comunitaria, en el marco del Sistema Integral de la Calidad (SICA), mediante los instrumentos que el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud establezca para ello.

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

- a. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del SPUUIS. 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 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.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

c. Los 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. Los CAPS apoyarán el monitoreo de la demanda de servicios de salud en el componente complementario de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) de su población adscrita, para lo cual deberán contar con información a este respecto, suministrada por parte de las Gestoras de Salud y Vida, utilizando los instrumentos del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud, en el marco de los planes de salud familiar y comunitaria.

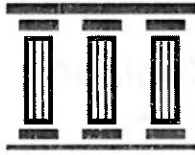
d. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las RIITS habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluido el traslado no asistencial cuando por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

~~e. Los CAPS desarrollarán mecanismos de coordinación asistencial de las 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 1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) y las Instituciones de Salud del Estado (ISE) 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 CAPS.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará mecanismos para garantizar en el nivel primario de atención, la disponibilidad permanente de servicios en salud mental, con el propósito de prevenir y tratar los problemas psicológicos y trastornos mentales, así como hacer acompañamiento psicoemocional a los usuarios del sistema, para reducir las afectaciones de salud mental en la comunidad.

Parágrafo 3. La información sobre el cumplimiento de los planes de salud familiar y comunitaria, incluida la respectiva al monitoreo de la demanda de servicios de salud en el componente complementario de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), hará parte del análisis para el

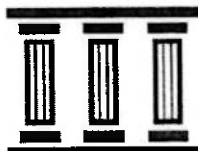


Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

componente variable de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y la evaluación de resultados de las Gestoras de Salud y Vida.

Parágrafo 4. Los CAPS deberán gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad en articulación con las Gestoras de Salud y Vida cuando aplique y de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

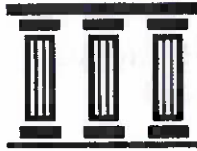
PIEDAD CORREAL RUBIANO
Representante a la Cámara por el Quindío.



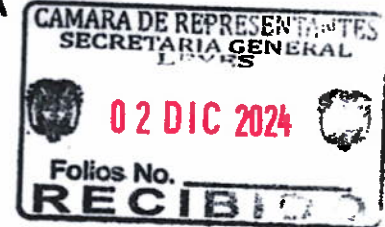
Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

Se presenta la proposición ya que el artículo va en contra de la Libre Elección, establecida en el artículo 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, así mismo se elimina el literal e) del N° 2 ya que excede de la capacidad de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias la atención especializada para personas con enfermedades raras o huérfanas.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

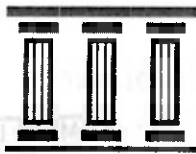


PROPOSICIÓN.

Elimínese el numeral 1 del artículo 45 del Proyecto de Ley 312 de 2024 *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

- ~~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 cuales 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.~~

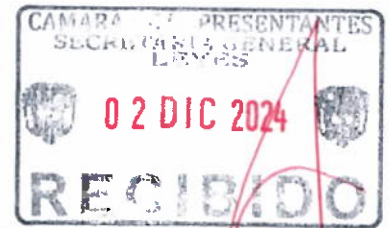
PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

Crear un examen nacional y único de admisión, limitaría o se convierte en una talanquera para acceder a las especialidades médicas, desconociendo la ley de autonomía universitaria y limita la posibilidad de contar con mejor oferta de especialidades y subespecialidades, donde actualmente tenemos déficit.



Bogotá D.C., diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 45 del PL 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 y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

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.

AQUIVIVE LA DEMOCRACIA

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 **de los decretos leyes 2400 y 3135 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 **colectivas** 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).

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 **especial** 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.

JUSTIFICACIÓN

En relación con el primer inciso en el cual se propone suprimir la expresión «[...] ~~o pactadas con las organizaciones sindicales~~ [...]», la misma no resulta clara y presenta ambigüedad, en primer lugar, porque a través de las negociaciones

colectivas no puede determinarse la organización y estructura de la administración pública ya que así lo señala expresamente el artículo 2.2.2.4.6 del Decreto 243 de 2024, luego salvo disposición legal expresa la clasificación de los empleos en la administración pública está dada en el artículo 5° de la Ley 909 de 2004.

En segundo lugar, la forma en que está redactado este apartado pareciera dar a entender que hay otras modalidades de empleo con organizaciones sindicales, aspecto que permitiría de forma soslayada la existencia de contratos sindicales, situación que es inaceptable en este sector y que se supone busca regular la presente reforma ya que ha sido altamente precarizado, a través de estas .

La prohibición de los contratos sindicales se ha propuesto desde la reforma laboral recogiendo el Convenio 87 de la OIT, la sentencia SL 3086 de 2021 de la Corte Suprema de Justicia, y la Opinión Formal de la OCDE en la adhesión de Colombia a la organización. Además, en febrero de 2024 la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones de la OIT indicó que toma nota con interés de que el proyecto de reforma laboral prevé la eliminación de los contratos sindicales.

A pesar de lo anterior, a 2023 existen 2810 contratos sindicales en Colombia, superando ampliamente el número de convenciones colectivas suscritas con trabajadores sindicalizados.

De acuerdo con la Procuraduría General de la Nación, en 2020 Colombia tenía 163.116 trabajadores de la salud en el sector público (IPS públicas), de los cuales sólo 46.715 (el 28%) tenían contratos directos con las IPS mientras que las restantes 116.401 (72%) se hallaban vinculadas de manera indirecta, a través de figuras tales como contratos sindicales, cooperativas de trabajo asociado, contratos de prestación de servicio y otras figuras similares

De acuerdo con el Ministerio de Salud en el año 2022 el 45.8% de los trabajadores del sector salud eran trabajadores dependientes, el 35.9% eran trabajadores independientes (a través de la figura de Contratación por Prestación de Servicios), el 5.2% eran trabajadores contratados bajo la figura de la Cooperativa de Trabajo Asociado – y el 13.1% restantes trabajadores con otras figuras de intermediación laboral

En relación con la proposición de eliminar el aparte «[...] ~~especiales y~~ [...]», del tercer inciso del artículo 45 de este proyecto se sustenta en que la finalidad que expresa este artículo se dirige a regular los aspectos generales mientras que, posteriormente, el artículo 46 regularía los aspectos especiales para los

trabajadores públicos del sector salud las Instituciones de Salud del Estado (ISE), luego el artículo 45 en comento no puede contener los aspectos especiales serán objeto de regulación posterior tal como se plantea posteriormente.

Respecto a la adición del Decreto Ley 3135 de 1968 en el numeral 4° de este artículo, esta adición se propone en tanto el artículo 5° del decreto mencionado precisa los alcances de todos los tipos de empleo y que va en armonía del artículo 26 de la Ley 10° de 1990.

La adición de la expresión «[...] **colectivas** [...]» en el numeral 5° en el artículo 45 es precisamente para identificar plenamente el procedimiento establecido en el Decreto 243 de 2024, el cual reglamenta la Ley 411 de 1997, que aprueba el Convenio 151 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Finalmente, respecto al establecimiento de un sistema de estímulos en el párrafo 2° de este artículo, consideramos que es necesario agregar la expresión «[...] **especial** [...]» pues debe recordarse que el sistema general del sistema de capacitación y estímulos para los empleados públicos, está regida por el Decreto Ley 1567 de 1998 y el Decreto 1227 de 2005, este último compilado en el Decreto Único Reglamentario 1083 de 2015, por lo tanto, se entiende que la intención es regular uno de carácter especial para los servidores que se vinculen con las las Instituciones de Salud del Estado (ISE).

Atentamente.




MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS
Representante a la Cámara por Bogotá



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

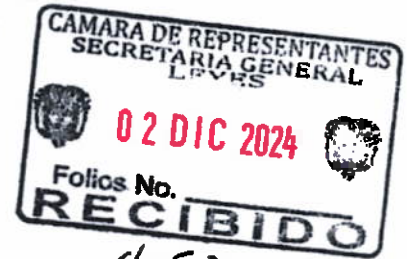
Modifíquese el artículo 48 del Proyecto de Ley 312 de 2024 *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

Artículo 48. Régimen especial para trabajadores públicos del Sector Salud. Otérgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que El Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia la presente Ley, previa concertación con representantes de los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados, deberá presentar ante el Congreso de la República el Proyecto de Ley en el que se regulará expida el régimen especial de los trabajadores de la salud, el cual debe contener mínimamente los siguientes aspectos: ascenso y/o movilidad en el régimen de carrera administrativa; primas especiales, entre otros.

PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 61 del Proyecto de Ley 312 de 2024 *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

Artículo 61. 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, ~~e 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 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.

(...)


PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío

PROPOSICIÓN ARTICULO NUEVO

" 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."

Artículo Nuevo. Atención Individual e Integral para pacientes con patologías crónicas en estadios avanzados o multimorbilidad o enfermedades crónicas de alto costo. Los pacientes con estas condiciones mantendrán una atención individual e integral, a través de programas especiales basados en la evidencia clínica, con rutas integrales de atención en centros expertos públicos, privados y mixtos los cuales hacen parte las RIITS. Para garantizar la continua atención, equidad, acceso, resultados en salud y que los pacientes transiten por la ruta de atención sin barreras, los centros expertos deben articularse con los prestadores primarios y contribuir con el desarrollo de sus capacidades para lograr diagnósticos tempranos y mayor resolutiveidad, así como brindarles soporte a través de las tecnologías disponibles como la TELESALUD, logrando la atención, preferiblemente en el territorio y/o preferencia del paciente dentro de la RIITS.



GERARDO YEPES CARO
Representante a la cámara



4:15 pm

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un artículo nuevo al **Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara, ACUMULADO** con **Proyecto de Ley 340 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**, así:

Artículo Nuevo. Silencio Administrativo Positivo. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de radicación de cada trámite, para emitir una respuesta. Si al finalizar este término no se ha resuelto la solicitud, se entenderá, para todos los efectos legales, que se aplica el silencio administrativo positivo, lo cual implicará que el trámite se considerará aprobado.

Parágrafo. Lo dispuesto en este artículo no será aplicable a trámites relacionados con medicamentos y productos biológicos.

María del Mar P.

María del Mar Pizarro García

Representante a la Cámara por Bogotá

Juan Carlos Rodríguez

Olga Lucía Rodríguez
Cámara por Bogotá

1. y 2.
María Bustida
AGUSTÍN AF



3:30pm



3:30/m
PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un artículo nuevo al **Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara, ACUMULADO** con **Proyecto de Ley 340 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**, así:

Artículo Nuevo. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social bajo el marco de la Política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, diseñará e implementará el plan integral de fortalecimiento para el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), para hacerlo ágil, transparente y moderno, aumentado sus capacidades en talento humano y mecanismos de evaluación de desempeño de estos, implementación de sistemas informáticos que automaticen procesos regulatorios y eliminación de barreras administrativas basado en la implementación de las mejores prácticas internacionales adoptados y adaptadas a la entidad. Además, se llevará a cabo una reestructuración de la entidad guiada por principios de innovación pública para lograr la agilidad, transparencia y modernización del INVIMA. Esta reestructuración deberá contar con el asesoramiento del Departamento Nacional de Planeación, el Departamento Administrativo de la Función Pública y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Parágrafo. Con el objetivo de fortalecer la capacidad operativa del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) en el control de productos que ingresan y salen del país, la entidad deberá garantizar la disponibilidad de atención continua durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en los puertos, aeropuertos y puntos fronterizos habilitados para el comercio internacional. Esta medida busca optimizar los tiempos de inspección, garantizar la seguridad sanitaria de los productos y prevenir el ingreso de mercancías que no cumplan con los requisitos legales y técnicos establecidos por la normativa nacional.

Maria del Mar P.

María del Mar Pizarro García

Representante a la Cámara por Bogotá

Liliana Rodríguez V.

Dga Lucia Velazquez
Cámara por Bogotá

Lore Bastidas

Juliana Pizarro
SECRETARÍA

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un artículo nuevo al **Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara, ACUMULADO** con **Proyecto de Ley 340 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**, así:

Artículo Nuevo. Inteligencia Contra el Enriquecimiento Ilícito de Tramitadores. La Unidad de Investigación y Análisis Financiero - UIAF, periódicamente cada tres meses y de manera aleatoria investigará a una muestra determinada de funcionarios del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) que realicen trámites. En dado caso de encontrar información sobre enriquecimiento ilícito de parte de algunos funcionarios de las entidades, la UIAF tendrá la responsabilidad de hacer la denuncia ante la Fiscalía para su debida investigación.

Parágrafo. La Unidad de Investigación y Análisis Financiero - UIAF tendrá tres (3) meses a partir de la promulgación de esta ley para reglamentar lo establecido en el presente artículo.

María del Mar P.

María del Mar Pizarro García

Representante a la Cámara por Bogotá

Liliana Rodríguez

Olga Lucía López
camara pa Bogotá

Longe Bortados

Benito ABUELA ESCOBAR



3:30pm



Bogotá D.C, 27 de noviembre de 2024

PROPOSICIÓN MODIFICACIÓN ORDEN DEL DÍA

De manera respetuosa solicito a la honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, se modifique el orden del día para que del punto cinco, proyectos para segundo debate, el proyecto en el numeral 12. Proyecto de Ley N° 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", sea excluido del orden del día.

Atentamente,

2758