1180
Art 4

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

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 suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración la siguiente proposición modificativa al Artículo 4, el cual quedará así:

Artículo 4. Modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS). Se define el modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo como la política en salud del Estado para la población residente en el territorio colombiano. Este modelo establece el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud permitiendo la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social como pilares de la garantía del derecho a la salud. **Integra, como estrategias, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, la recuperación del estado de salud, la rehabilitación, los cuidados paliativos y el acompañamiento hasta el final de la vida, así como la intersectorialidad y la participación comunitaria.**

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

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

La promoción de la salud es un proceso que comprende acciones orientadas a fortalecer la educación en salud, el conocimiento y las capacidades de las personas, y la formación en derechos y deberes de los usuarios, de las familias y de las comunidades para contribuir en la transformación positiva de las condiciones y entornos de desarrollo, mediante la participación transectorial, el empoderamiento comunitario y el autocuidado.

Dentro del modelo, en el nivel primario operan los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos de salud territoriales, de acuerdo con las necesidades de la población.

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

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

Oficina 603 – 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar

Axal Prt 4

1182

Bogotá, noviembre de 2024

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO
2:33 pm

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Modifíquese el ~~numeral 4 del~~ artículo ~~30~~ 4, el cual quedará así:

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

(...)

Mónica Cuervo Valencia

Alfredo Mondragón

Germán J Gómez

Alexander Quintero

Camilo Ávila

Juan Carlos Lozano

ALT 4

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

1183

Bogotá D.C., 10 de diciembre de 2024

Doctor,
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente de la Honorable Cámara de Representantes.

ALT
12 37

Ref: Proposición de modificación del artículo 4 del Proyecto de Ley No. **312/2024C** ***"por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones"***.

Apreciado doctor Salamanca:

Con sustentación en la Ley 5ª de 1992 "Por lo cual se expide el reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representante" presentamos la siguiente:

I. PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

Solicitamos respetuosamente a la Plenaria de la Honorable Cámara de Representantes, que se modifique el artículo 4 del Proyecto de Ley No. 312/2024C ***"por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones"***., de la siguiente manera:

> **"Artículo 4. Modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS).** Se define el modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo como la política en salud del Estado para la población residente en el territorio colombiano. Este modelo establece el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud permitiendo la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social como pilares de la garantía del derecho a la salud.
>
> Está fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS) y establece el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutivas centradas en las personas, las familias y las comunidades; se organiza y funciona mediante Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado, enfoque de género, **diferencial** y de transectorialidad.*(...)*

Atentamente,

Etna Tamara Argote

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Art 5

1184

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Acces

JORGE RODRIGO TOVAR
CÁMARA DE PAZ 2022-2026

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

1:50 pm

PROPOSICIÓN ADITIVA.

Adiciónese un **parágrafo nuevo** del **ARTÍCULO 5** del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

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

(…)

Parágrafo nuevo. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud o quien haga sus veces, consolidará un informe que evidencie los resultados obtenidos del ejercicio de gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud, el cual será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, a efectos de que la ciudadanía pueda acceder a su contenido.

Del Honorable Congresista,

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

JORGE RODRIGO TOVAR VÉLEZ
Representante a la Cámara
CITREP No. 12 Cesar, Magdalena y La Guajira
Asociación Paz es Vida (Pa-Vida)

1185 ART 5

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara
"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Con fundamento en lo contemplado en la ley 5 de 1992 y las normas concordantes, modifíquese el Artículo 5 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

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

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

En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por ~~las~~ **los gobernadores y alcaldes, como** autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.

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

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

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

Parágrafo 4. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción e implementación de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación para el sector salud en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS), que servirá para impulsar el desarrollo técnico, tecnológico y científico en salud del país.

Atentamente,

LEIDER ALEXANDRA VASQUEZ OCHOA
Representante a la Cámara por Cundinamarca

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

1186 ALT 6

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el **artículo 6** del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

Artículo 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.

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

El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de siete (7) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quórum 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. Realizar recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social, respecto de la definición del valor anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), teniendo en cuenta factores diferenciales como edad, el sexo, ubicación geográfica, condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, y costos de las tecnologías en salud, entre otros.

3. ~~2.~~ Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del

Ministerio de Salud y Protección Social.

4. ~~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.

5. ~~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.

6. ~~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.

7. ~~6.~~ Adoptar su propio reglamento.

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

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

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.

Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde

Cámara de Representantes

PEDRO SUÁREZ VACCA
REPRESENTANTE POR BOYACÁ

1188

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

MODIFÍQUESE el artículo 6° del Proyecto de Ley N° 312 del 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 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 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.

7. Elaborar estrategias, planes y proyectos para la prevención,mtigación y gestión de los riesgos relacionados con los estados de emergencia, como los sanitarios y/o financieros que puedan afectar e impedir el funcionamiento eficaz y continuo del sistema de salud.

(...)

Atentamente,

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
1:19 pm

PEDRO JOSÉ SUÁREZ VACCA
Representante a la Cámara por Boyacá
Pacto Histórico.

Cra. 7ª No. 8-68Ofc 330B – Cel: (+57)3203794708
Tel: (+57) (601) 3904050 Ext. 3269 - 3291
pedro.suarez@camara.gov.co / suarezvacca.camara@gmail.com
Bogotá, D.C. – Colombia
@suarezvacca Pedro José Suárez Vacca 320 3794708

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER SALAZAR BÁEZ
Secretario General de la Cámara
05 DIC 2024
RECIBIDO

ART 6
1189

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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"

Si el suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición de adición al artículo 6, el cual quedará así:

Artículo 6. Consejo Nacional de Salud.

(...)

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

(...)

Numeral nuevo. Estudiar y plantear recomendaciones sobre el plan integral de fortalecimiento y modernización de la red pública nacional de servicios de salud presentado a consideración del CNS por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

ART 6
1190
AL 0
9 AG

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición de adición al artículo 6, el cual quedará así:

"Artículo 6. Consejo Nacional de Salud.

(...)

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

(...)

Numeral nuevo. Promover estudios técnicos y alternativas para el fortalecimiento de las intervenciones colectivas y poblacionales de salud pública territorial y su distribución, según las necesidades evidenciadas por los resultados en salud de los diferentes territorios.

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar Representante a la Cámara

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

ART 6
1191

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración la siguiente proposición de adición al artículo 6, el cual quedará así:

"Artículo 6. Consejo Nacional de Salud.

(...)

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

(...)

Numeral nuevo. Impulsar la definición de políticas públicas orientadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a elevar la calidad de vida de la población, encaminadas a favorecer que, en todas las políticas, se tengan en cuenta criterios y conceptos de salud para buscar sinergias económicas y programáticas, y para que consideren las implicaciones nocivas para la salud de las decisiones que se tomen en otros sectores.

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

ART 6

1192

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

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

"Artículo 6. (…)

El Superintendente Nacional de Salud, **el Director del IETS,** el Director del INVIMA 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.

(…)".

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

Cordialmente,

Katherine Miranda P. **KATHERINE MIRANDA** Representante a la Cámara Partido Alianza Verde	Jennifer Pedraza S **JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso
Julia Miranda **JULIA MIRANDA LONDOÑO** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Nuevo Liberalismo	**JUAN SEBASTIÁN GÓMEZ GONZÁLES** Representante a la Cámara por Caldas Nuevo Liberalismo
Alejandro Garcia R **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde	**DANIEL CARVALHO MEJÍA** Representante a la Cámara

Carolina Giraldo B **CAROLINA GIRALDO BOTERO** Representante a la Cámara Departamento de Risaralda	

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

Modifíquese el inciso quinto del **ARTÍCULO 6** del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

ARTÍCULO 6. Consejo Nacional de Salud. (…)

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 **y consolidar** 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. **Esta consolidación de los informes deberá ser publicado para su libre acceso y conocimiento en el sitio web del Ministerio de Salud y Protección Social**.
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.

(…)

Del Honorable Congresista,

JORGE RODRIGO TOVAR VÉLEZ
Representante a la Cámara
CITREP No. 12 Cesar, Magdalena y La Guajira
Asociación Paz es Vida (Pa-Vida)

DUVALIER Congresista Cámara de Representantes

Art 6

1194

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFIQUESE EL PARÁGRAFO 1 DEL ARTÍCULO 6 DEL TÍTULO II AL PROYECTO DE LEY NO. 312-2024C POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

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 **y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público**.

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
10:31am

Cordialmente,

DUVALIER SÁNCHEZ ARANGO
Representante a la Cámara – Valle del Cauca
Partido Alianza Verde

Justificación

Toda decisión que tenga impacto fiscal debe ser evaluada y aprobada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Cordialmente,

Edificio Nuevo del Congreso - Carrera 7 #8-62, oficina 505 B.
Teléfonos: 3823000 - correo electrónico: duvalier.sanchez@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

Art 6.
1195

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Modifíquese el artículo 6 del texto propuesto para primer debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*. 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. **<u>Un representante de los alcaldes</u>**
10. Un representante de los trabajadores de la salud.
11. Un representante de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud.
12. Un representante de pacientes o usuarios.
13. Un representante de la academia, facultades y escuelas de salud.
14. Un representante de **<u>las comunidades étnicas NARP (Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras)</u>** ~~los grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado.~~
15. **<u>Un representante de las comunidades indígena y ROM</u>**
16. **<u>Un representante de la población campesina</u>**
17. **<u>Un representante por víctimas del conflicto armado.</u>**
18. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida.
19. Un representante de las IPS.

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

El Superintendente Nacional de Salud, el Director del INVIMA y el Director del Instituto Nacional de Salud formarán parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. 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)~~ **<u>nueve (9)</u>** de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con ~~diez (10)~~ **<u>doce (12</u>**) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo.

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

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

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

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

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.

Cordialmente,

ANA ROGELIA MONSALVE ÁLVAREZ
Representante a la Cámara
Partido Demócrata Colombiano

MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara

Eduard Sarmiento Hidalgo

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

1196 ACT 6

09 DIC 2024

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

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 suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición modificativa del numeral 15 del artículo 6, 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.
   (...)

15. Un representante ~~de las IPS~~ **de los prestadores de salud.**

(...)"

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

ALT 6

1197

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

alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con diez (10) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo.
El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.

2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.

3. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.

4. Revisar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.

5. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley. El Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente Ley.

6. Adoptar su propio reglamento.

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

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

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.

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.

1199 ART 7

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
16 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C "*POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*"

Modifíquese el artículo 7 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "*POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*", el cual quedará así:

Artículo 7. Sistema Público 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 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 **deberá** ~~podrá~~ contar con la cooperación técnica del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, cuando lo considere pertinente y en el marco de sus competencias.

La incorporación de la información al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (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 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.

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia

JUSTIFICACIÓN

Como quiera que el Ministerio de Salud desarrollará e implementará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) y para ello deberá elaborar un plan estratégico de diseño, tendrá que asegurar la cooperación técnica del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en lo de sus competencias, razón por la cual no se puede dejar la redacción en términos facultativos sino obligatorios.

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

KAREN MANRIQUE
CONGRESISTA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
COMISIÓN PRIMERA CONSTITUCIONAL

1200 ALT 7

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

CÁMARA DE REPRESENTANTES
PLENARIA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara
"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"

PROPOSICIÓN

ADICIÓNESE UN PARÁGRAFO NUEVO, AL ARTÍCULO 7, DEL PRESENTE PROYECTO DE LEY EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo 7. Sistema Público 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 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.

Parágrafo nuevo. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), deberá cumplir con estándares internacionales de interoperabilidad y seguridad de la información, garantizando la protección de datos personales, el acceso equitativo y la transparencia en la gestión del sistema.

Atentamente,

Karen A Manrique O
Representante a la Cámara
Comisión Primera
CITREP 2, Arauca.

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

Edificio Nuevo Del Congreso, Carrera 7 Nº 8-68, oficina 619
Conmutador: (+57) (601) 390 4050 | Extensión 3613 - 3611, Bogotá - Colombia
karen.manrique@camara.gov.co | @KarenManriqueO

017

1201

Martha Alfonso
Congresista

Bogotá D.C. Diciembre 9 de 2024

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Honorable Representante
Jaime Raul Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

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

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

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

Modifíquese el artículo 7, el cual quedara así:

Artículo 7. Sistema Público 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 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 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. **Se brindará asistencia técnica e inversión prioritaria, en aquellos municipios donde no hay conectividad con el fin de cerrar brechas tecnológicas y facilitar su vinculación al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).**

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

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

Justificación:

Respetuosamente,

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

Duvalier Sánchez
Rep. Valle - P. Verde.

ALEJANDRO OCAMPO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

Art 8

1202

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
18 DIC 2024
RECIBIDO
5:06 pm

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un inciso al Artículo 8. del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". el cual quedará así:

Artículo 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 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.

De igual manera la UGPP establecerá auditorías aleatorias para verificar la veracidad de las liquidaciones y pagos realizados por los aportantes, con el fin de prevenir prácticas de evasión."

Cordialmente,

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO
Representante a la Cámara

Art 9

1203

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el literal 22 del artículo 9 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

" Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.

(...)

22. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud, de acuerdo con las auditorías **integrales** que realicen las Gestoras de Salud y Vida, para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población

Cordialmente,

JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso	**KATHERINE MIRANDA** Representante a la Cámara Partido Alianza Verde
JULIA MIRANDA LONDOÑO Representante a la Cámara por Bogotá Partido Nuevo Liberalismo	**JUAN SEBASTIÁN GÓMEZ GONZÁLES** Representante a la Cámara por Caldas Nuevo Liberalismo

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
05 MAR 2025
APROBADO

Alejandro Garcia R **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde	**DANIEL CARVALHO MEJÍA** Representante a la Cámara
Carolina Giraldo B **CAROLINA GIRALDO BOTERO** Representante a la Cámara Departamento de Risaralda	

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CAMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

09 DIC 2024

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición aditiva al artículo 9, el cual quedará así:

Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

(...)

Numeral nuevo. <u>Pagar la cofinanciación de las ISE, previa aprobación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, según lo dispuesto en la presente Ley.</u>

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
05 MAR 2025
APROBADO

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

1205 ART 9

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición aditiva al artículo 9, el cual quedará así:

Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

(...)

29. **Numeral nuevo. <u>Pagar el valor correspondiente al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformen en ISE, según lo dispuesto en la presente Ley.</u>**

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
05 MAR 2025
APROBADO

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 Nº 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

AGT 493

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

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 suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición aditiva del Artículo 6, 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.
   (...)

Numeral nuevo. Un representante de la Academia Nacional de Medicina;

(...)"

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

494 ART 6

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO

ELIÉCER Salazar

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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"

Si el suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición de adición al artículo 6, el cual quedará así:

Artículo 6. Consejo Nacional de Salud.

(...)

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

(...)

Numeral nuevo. Analizar y formular las recomendaciones pertinentes respecto del informe anual del Ministerio de Salud y Protección Social sobre el avance del Sistema Único de Información en Salud, de conformidad con lo previsto en el Artículo 19 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ART 6
495

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara
REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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"

Si el suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición de adición al artículo 6, el cual quedará así:

"Artículo 6. Consejo Nacional de Salud.

(...)

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

(...)

Numeral nuevo. Aprobar los informes anuales de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud, y formular recomendaciones. En caso de no aprobar el informe, comunicar el hecho de manera motivada a las autoridades competentes.

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

496 Art 6

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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"

Si el suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición de adición al artículo 6, el cual quedará así:

Artículo 6. Consejo Nacional de Salud.

(...)

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

(...)

Numeral nuevo. Aprobar el mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente conforme a lo estipulado en el Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, según propuesta presentada por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) para ampliar progresivamente los beneficios del Sistema de Salud, presentado a consideración del CNS

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Representante a la Cámara

ALT 6

497

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

ALT 946

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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"

Si el suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición de adición al artículo 6, el cual quedará así:

Artículo 6. Consejo Nacional de Salud.

(...)

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

(...)

Numeral nuevo. **Adoptar una metodología de seguimiento y evaluación de las metas del Plan Decenal de Salud Pública, según lo dispuesto en las normas vigentes, y proponer los ajustes y modificaciones pertinentes.**

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

ART 6

498

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración la siguiente proposición de adición al artículo 6, el cual quedará así:

Artículo 6. Consejo Nacional de Salud.

(...)

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

(...)

Numeral nuevo. Aprobar, según lo dispuesto en el Artículo 7 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, los informes anuales del Ministerio de Salud y Protección Social sobre los resultados del goce efectivo del derecho fundamental a la salud. En caso de no aprobar el informe, comunicar el hecho de manera motivada a las autoridades competentes.

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ART 6
499

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara
REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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"

Si el suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición de adición al artículo 6, el cual quedará así:

Artículo 6. Consejo Nacional de Salud.

(...)

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

(...)

Numeral nuevo. Emitir concepto vinculante sobre el ajuste anual propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social al Sistema de Tarifas y Formas de Pago, según lo dispuesto en el Artículo 33 de la presente Ley.

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

CÁMARA DE REPRESENTANTES
05 DIC 2024
RECIBIDO

ART 6
500

PROPOSICIÓN ADITIVA

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 suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición aditiva del Artículo 6, 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.

(...)

Numeral nuevo. El Director del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)

(...)"

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER SALAZAR
Representante a la Cámara

SECRETARÍA GENERAL
LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

ART 6
501

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración la siguiente proposición de adición al artículo 6, el cual quedará así:

"Artículo 6. Consejo Nacional de Salud.

(...)

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

(...)

Numeral nuevo. Definir cada año el valor de la UPC, incluido el reconocimiento por los gastos administrativos para las Entidades Gestoras de salud y vida, con base en la metodología establecida de acuerdo con los resultados del estudio técnico.

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

502 ART 6

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
ELIECER Salazar
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración la siguiente proposición de adición al artículo 6, el cual quedará así:

"Artículo 6. Consejo Nacional de Salud.

(...)

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

(...)

Numeral nuevo. Definir la metodología para calcular el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC-, con base en un estudio técnico independiente, con el fin de garantizar la financiación de la totalidad del Plan de Beneficios en Salud -PBS- al tenor de lo dispuesto en el Artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 Nº 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

503 Art 6

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

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 suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición modificativa al numeral 4 de las funciones del Consejo Nacional de Salud, del artículo 6, 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 tendrá las siguientes funciones:

(...)

4. ~~Revisar~~ **Reglamentar** ~~los informes trimestrales presentados por~~ los Consejos Territoriales de Salud, **apoyarlos en su gestión, evaluar los informes trimestrales presentados** y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.

(...)

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ
Representante a la Cámara

Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar

Art 6

504

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER SALAZAR
Representante a la Cámara

REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

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".

Alo
4 Ag

El suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición modificativa al parágrafo 5 del Artículo 6, el cual quedará así:

"Parágrafo 5. Consejos Territoriales de Salud. Créense Los Consejos Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Seguridad Social en Salud, **~~se denominarán Consejos Territoriales en Salud~~ según lo dispone el Artículo 2 de la Ley 617 de 2000, los cuales, ~~y~~** tendrán una conformación y funciones **~~similares~~ equivalentes** al Consejo Nacional de Salud, **y contarán con la participación de las entidades u organizaciones del orden departamental o distrital. En los Consejos Territoriales de Salud participará un (1) representante de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Servicios de Salud del correspondiente territorio. Las decisiones de estos Consejos serán obligatorias en el respectivo territorio en materia de salud pública, y según lo dispuesto por el Consejo Nacional de Salud**.

.

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar

NO Aval

ALT 6

505

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OLGA LUCÍA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES "

Añadase el númeral 16 al Artículo 6 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 de Cámara, el cual quedará así:

16. Un (1) representante de la Red Mixta Nacional y Territorial en Salud Mental

OLGA LUCÍA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

ALT 6
506

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifiquese el artículo 6° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, 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 los campesinos.**
15. **Un representante de víctimas del conflicto armado.**
16. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida.
17. Un representante de las IPS.

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

El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de siete (7) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con diez (10) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo.

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

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

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

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

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

ALT 6

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Karmen
Karmen Ramírez Boscán
REPRESENTANTE
Curul Internacional

507

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., 10 de diciembre de 2024

Honorables Representantes
Mesa Directiva
Cámara de Representantes

Honorables Representantes
Ponentes
Cámara de Representantes

REFERENCIA: Proposición al 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".

Adiciónese un numeral al artículo 6 del 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", 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:
>
> (...)
>
> **<u>Nuevo numeral. Un representante de los colombianos residentes en el exterior</u>**"

Atentamente,

Carmen Felisa Ramírez Boscán
Representante a la Cámara
Circunscripción internacional

ALT 6

PROPOSICIÓN

AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C "*POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*"

Modifíquese el artículo 6 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "*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 **asesoría** ~~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~~ **del Departamento Nacional de** Planeación ~~Nacional~~ o su delegado.

~~7. El Director de la ADRES o su delegado.~~

7~~8~~. **Dos representantes de los entes territoriales, uno de ellos representará a los gobernadores y el otro a los alcaldes**. ~~Un representante de los gobernadores y alcaldes~~.

8~~.9.~~ Un representante de los trabajadores de la salud.

9~~.10.~~ Un representante de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud.

10~~.11.~~ Un representante de pacientes o usuarios.

11~~.12.~~ Un representante de la academia, facultades y escuelas de salud.

12~~.13.~~ Un representante de los grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado.

13~~.14.~~ Un representante de las Gestoras de Salud y Vida.

14~~.15.~~ Un representante de las IPS.

15~~.16.~~ **Un representante de los empleadores del sector de la salud**.

El Superintendente Nacional de Salud, el Director del INVIMA**, el Director de la ADRES** 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 **nueve (9)** ~~siete (7)~~ de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quórum para sesionar con **nueve (9)** ~~diez (10)~~ de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los **asistentes** ~~miembros de~~al Consejo.

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.

2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.

3. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.

4. Revisar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.

5. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley. El Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente Ley.

6. Adoptar su propio reglamento.

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

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

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.

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia

509

JUSTIFICACIÓN

Resulta fundamental dar ejecutividad a un órgano colegiado, para ello es importante precisar que los miembros deben tener una relación directa con el sector salud, por ello se considera pertinente la eliminación de esta instancia de los Ministerios de CTeI y de Ambiente, que pueden llegar a tener un relación indirecta. Esto también para garantizar la autonomía de un órgano asesor que no debería estar conformado por tantos miembros del gabinete de gobierno.

También es oportuno pensar las mayorías con las que se sesionan. Para darle operatividad al Consejo. Por ellos se circunscriben las reglas generales de las mayorías en órganos colegiados. No obstante, incluso se considera que este no debería ser un asunto que se contemple en la ley, sino en el reglamento operativo del Consejo.

De la lectura del artículo propuesto se entiende que el Consejo Nacional de Salud será una instancia de asesoría con alcance intersectorial asociada a la gobernanza institucional, razón por la cual se propone la eliminación de las palabras que la sugieren como de dirección.

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

Art 6

S/C

PROPOSICIÓN___ 2024

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY 135 DE 2024 CÁMARA "POR EL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 6 DEL PROYECTO DE LEY 312 DE 2024, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

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

El Consejo Nacional de Salud estará conformado por:

1. Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá.

2. Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.

3. Ministro del Trabajo o su delegado.

4. Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado.

5. Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado.

6. El Director de Planeación Nacional o su delegado.

7. El Director de la ADRES o su delegado.

8. Un representante de los 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 las comunidades** ~~**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 las comunidades afrocolombianas, que perteneciente a un consejo comunitario.

17. Un representante de las comunidades indígenas

18. Un representante víctimas de conflicto armado

(")

Atentamente,

JAMES MOSQUERA TORRES
Representante a la Cámara
CITREP 6 Chocó –Antioquia

James.mosquera@camara.gov.co
Edificio Congreso Oficina 501
@JamesMosqueraT

Pit 6 S11

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

JORGE RODRIGO TOVAR
CÁMARA DE PAZ 2022 - 2026

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
12 DIC 2024
RECIBIDO
1:50 pm

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

Modifíquese el inciso segundo del **ARTÍCULO 6** del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

ARTÍCULO 6. Consejo Nacional de Salud. (…)

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 **<u>los habitantes de las zonas rurales</u>**, 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.

(…)

Del Honorable Congresista,

JORGE RODRIGO TOVAR VÉLEZ
Representante a la Cámara
CITREP No. 12 Cesar, Magdalena y La Guajira
Asociación Paz es Vida (Pa-Vida)

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Andrés CANCIMANCE
REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR PUTUMAYO

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
18 DIC 2024
RECIBIDO

Dr 76
512

PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

Modifíquese el artículo 6 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*" acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

"Artículo 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.

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

El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de siete (7) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con diez (10) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo.

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.
2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la

vigilancia y control del sistema. **Se hará un monitoreo regular de la implementación del modelo en territorios rurales y dispersos.**

4. Revisar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.
5. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley. El Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente Ley.
6. Adoptar su propio reglamento.

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

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

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

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

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

JUSTIFICACIÓN:

La modificación propuesta refuerza el enfoque territorial al incluir explícitamente el monitoreo y la supervisión de la implementación del modelo en territorios rurales y dispersos. Este enfoque es crucial para garantizar que las poblaciones históricamente desatendidas tengan acceso efectivo a servicios de salud de calidad. La atención a estas regiones no solo busca cerrar brechas de inequidad, sino que también responde al principio de territorialización del proyecto, el cual prioriza las áreas con mayores necesidades en infraestructura y acceso.El monitoreo regular permitirá identificar desafíos específicos en la implementación del modelo en estas zonas, como la falta de personal médico, infraestructura limitada o barreras geográficas, y generar soluciones adecuadas en tiempo real.

Atentamente,

ANDRÉS CANCIMANCE LÓPEZ
Representante a la Cámara-Departamento de Putumayo
Cámara de Representantes

Leyla Rincón

Art 6

514

ERIKA Sánchez
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

12 98

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el artículo 6 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"* el cual quedará así:

Artículo 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 las farmacéuticas.**
17. **Un representante de las farmacias o dispensadoras de medicamentos.**

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

El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de siete (7) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con diez (10) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo.

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

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

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

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

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.

ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR SANTANDER

ALT 6

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

DE POLO A POLO
MIGUEL
DEFIENDE LA PATRIA

515

Bogotá, 9 de diciembre de 2024

Ciudad

Señor
Presidente
JAIME RÁUL SALAMANCA
Sesión Plenaria Cámara de Representantes de Colombia

Ref: Proposición de modificación.

Se propone modificar el artículo 6 del proyecto de ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedara así:

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

El Consejo Nacional de Salud estará conformado por:

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

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

~~El Superintendente Nacional de Salud, el Director **del INVIMA** y el Director del Instituto Nacional de Salud formarán parte del Consejo Nacional de Salud~~ El Consejo Nacional de Salud podrá invitar expertos en la materia, que aporten a

la formulación de las políticas del sector 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.

5/6

El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de nueve ~~siete~~ (~~7~~ 9) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con trece ~~diez~~ (~~10~~ 13) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo.

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

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

Parágrafo 1. Las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social.
Parágrafo 2. El Gobierno nacional reglamentará, en un tiempo máximo de seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley, los mecanismos de elección, alternancia y participación en este Consejo.
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.

Miguel Polo Polo

H. R. MIGUEL ABRAHAM POLO POLO
Circunscripción Afro-Descendiente
Tel: (601) 382 3000 Ext. 4311
Carrera 7 No. 8 - 68 Oficina 328

Art 6.

517

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL
17 DIC 2024
RECIBIDO

Ana Rogelia Monsalve
REPRESENTANTE A LA CÁMARA COMUNIDADES AFRODESCENDIENTES

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Modifíquese el artículo 6 del texto propuesto para primer debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*. 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, **(un indígena, un afrocolombiano), un** campesinos y **uno por las** víctimas del conflicto armado.
14. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida.
15. Un representante de las IPS.

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

El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de siete (7) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con diez (10) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo.

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y

Carrera 7 No. 8 - 68 Ed. Nuevo del Congreso
Oficina 345-B
Bogotá D.C - Colombia

www.camara.gov.co
ana.monsalve@camara.gov.co
twitter@anamonsalvea
Facebook: ana monsalve álvarez
Conmutador: (+57) (601) 8770720 Ext. 4304 - 4305

programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.

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

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

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

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.

Cordialmente,

ANA ROGELIA MONSALVE ÁLVAREZ
Representante a la Cámara
Partido Demócrata Colombiano

Carrera 7 No 8 - 68 Ed. Nuevo del Congreso
Oficina 345-B
Bogota D.C - Colombia

www.camara.gov.co
ana.monsalve@camara.gov.co
twitter@anamonsalvea
Facebook: ana monsalve álvarez
Conmutador: (+57) (601) 8770720 Ext 4304 - 4305

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER SALAZAR
Representante a la Cámara

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

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 suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición Aditiva, en el sentido de incluir un parágrafo al Artículo 7, el cual quedará así:

"Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en un término no superior a los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, determinará el monto de los recursos necesarios para el desarrollo completo y la implantación total del SUIS, recursos que deberán ser diferentes a los que se destinen a la UPC. Así mismo, establecerá el uso que se dará a tales dineros, y consignará todo lo concerniente en un plan que no podrá exceder los cinco (5) años, contados a partir de la fecha de promulgación de la presente Ley. "

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar

ART 6

519

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER
Representante a la Cámara

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

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 suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración la siguiente proposición modificativa al inciso primero del Artículo 6, 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, **con las competencias necesarias para adoptar las políticas públicas dirigidas a garantizar la vigencia de los principios y directrices trazados por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y, por la presente Ley, y para vigilar que ellas se cumplan.**

(...)"

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar

ART 7

520

PROPOSICION MODIFICATIVA

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"

Modifíquese el artículo 7 del proyecto de ley, el cual, quedará así:

Artículo 7. Sistema Público 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 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.

(...)

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.

Parágrafo: El Sistema de Información Público Unificado será implementado en un plazo máximo de 18 meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, garantizando la interoperabilidad con los registros existentes y la integración de datos en tiempo real para una gestión eficiente y transparente. Este sistema deberá cumplir estrictamente con las disposiciones de la Ley de Habeas Data en Colombia, asegurando la protección de la información personal y su utilización exclusiva para fines relacionados con la operación y mejora del sistema de salud, estableciendo mecanismos de auditoría y trazabilidad para reforzar la confianza y la seguridad en su funcionamiento.

De los Honorables Representantes

CARLOS FELIPE QUINTERO OVALLE
Representante a la Cámara
Departamento de Cesar

PBX: 3904050 **Ext.**4014
carlos.quintero@camara.gov.co
Carrera 7ª N° 8-68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 550B

ART 7

S21

DUVALIER Congresista

Cámara de Representantes

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFIQUESE EL ARTÍCULO 7 DEL TÍTULO II AL PROYECTO DE LEY NO. 312-2024C POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo 7. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

(...)

El Sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país. **El gobierno deberá garantizar un aumento en la inversión en conectividad** ~~priorizando~~ **en** territorios donde aún no hay ~~conectividad~~ **para que estos puedan participar del SPUIIS**, 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.

(...)

Cordialmente,

DUVALIER SÁNCHEZ ARANGO
Representante a la Cámara – Valle del Cauca
Partido Alianza Verde

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
17 DIC 2024
RECIBIDO
10:31a

Justificación

Es necesario garantizar que los territorios tengan recursos para conectividad porque de no ser así, no tendrían la posibilidad de formar parte del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

Edificio Nuevo del Congreso - Carrera 7 #8-62, oficina 505 B.
Teléfonos: 3823000 - correo electrónico: duvalier.sanchez@camara.gov.co

ART 7

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Karmen
Karmen Ramírez Boscán
REPRESENTANTE
Curul Internacional

522

Bogotá D.C., 10 de diciembre de 2024

Honorables Representantes
Mesa Directiva
Cámara de Representantes

Honorables Representantes
Ponentes
Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

REFERENCIA: Proposición al 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".

Adiciónese un parágrafo al artículo 7 del Proyecto de Ley 312 de 2024 "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", quedando de la siguiente manera:

"Parágrafo: El SPUIIS incluirá los datos de salud de los colombianos residentes en el exterior. Para ello, se establecerán mecanismos de interoperabilidad con los sistemas de información de salud de otros países, facilitando la recopilación de datos para el diseño de políticas públicas que respondan a las necesidades de esta población"

Atentamente,

Carmen Felisa Ramírez Boscán
Representante a la Cámara
Circunscripción internacional

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Karmen
Karmen Ramírez Boscán
REPRESENTANTE
Curul Internacional

AU 7

523

Bogotá D.C., 10 de diciembre de 2024

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

Honorables Representantes
Mesa Directiva
Cámara de Representantes

Honorables Representantes
Ponentes
Cámara de Representantes

REFERENCIA: Proposición al 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".

Adiciónese un parágrafo al artículo 7 del Proyecto de Ley 312 de 2024 "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", quedando de la siguiente manera:

"Parágrafo: El SPUIIS incluirá los datos de salud de los colombianos residentes en el exterior. Para ello, se establecerán mecanismos de interoperabilidad con los sistemas de información de salud de otros países, facilitando la recopilación de datos para el diseño de políticas públicas que respondan a las necesidades de esta población"

Argumentos

La inclusión de un parágrafo en el artículo 7, que garantiza que el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) integre los datos de salud de los colombianos residentes en el exterior, es una medida clave para hacer del sistema de salud colombiano un modelo verdaderamente inclusivo y transnacional. Esta propuesta busca que las políticas públicas de salud sean diseñadas con información precisa y pertinente, considerando las particularidades de esta población.

La interoperabilidad con sistemas de información de salud de otros países permitirá que el SPUIIS recoja y gestione datos esenciales sobre los colombianos en el exterior. Esto no solo facilitará la identificación de sus necesidades sanitarias, sino que también contribuirá al diseño de programas más efectivos y adaptados a sus realidades. En un mundo globalizado, esta medida refuerza la capacidad del sistema de salud colombiano para abordar desafíos complejos de manera integral y eficiente.

Desde una perspectiva de equidad, la inclusión de esta población en el SPUIIS asegura que no queden excluidos de las estrategias de salud pública, independientemente de su ubicación. Además, fortalece el derecho a la salud como un derecho universal para todos los colombianos, en línea con los valores constitucionales y los principios de justicia social que guían la reforma.

Para finalizar, esta medida no solo beneficia a los colombianos en el exterior, sino también al sistema de salud en su conjunto, al enriquecer su capacidad para planificar y responder a las necesidades de todos los ciudadanos.

Atentamente,

Carmen Felisa Ramírez Boscán
Representante a la Cámara
Circunscripción internacional

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Andrés CANCIMANCE
REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR PUTUMAYO

PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

Modifíquese el artículo 7 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*" acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

"Artículo 7. Sistema Público 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 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 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 **rurales y marginados** donde aún no hay conectividad, y deberá integrar los sistemas de información ya disponibles, **garantizando acceso equitativo a los sistemas de información en salud**. Para el desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) se articularán los actores en una estructura multimodal de coordinación con un desarrollo por etapas secuenciales y armónicas con la incorporación de funcionalidades.

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

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

JUSTIFICACIÓN:

La implementación del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) es clave para garantizar la equidad y eficiencia del sistema, especialmente en zonas rurales y marginadas. La priorización de estos territorios y la interoperabilidad entre sistemas existentes aseguran un acceso igualitario a la información y una mejora en la calidad de la atención.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Andrés CANCIMANCE
REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR PUTUMAYO

525

Atentamente,

ANDRÉS CANCIMANCE LÓPEZ
Representante a la Cámara Departamento de Putumayo
Cámara de Representantes

Leyla Rincón
Leyla Rincón

AL + B

526

Cámara de Representantes

JUAN CARLOS WILLS

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá, diciembre de 2024

Presidente
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Cámara de Representantes
Bogotá D.C.

PROPOSICIÓN

Acorde a lo dispuesto en los artículos 112 a 115 de la Ley 5ª de 1992, modifíquese el artículo 8 del Proyecto de Ley No. 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 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~~,~~ **o** 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.

Atentamente.

JUAN CARLOS WILLS OSPINA
Representante a la Cámara por Bogotá

Calle 10 #7-51 Capitolio Nacional piso 1
www.juanwills.com
(317) 501 – 0000

@juanchowills
@juanchowills
JuanCWills

JUSTIFICACIÓN

La inclusión de ingresos y rentas como hechos generadores de pago en la reforma a la salud podría tener un impacto económico negativo, especialmente para los ciudadanos con ingresos modestos o variables, ya que estos ingresos ocasionales y las rentas no siempre reflejan la capacidad real de pago de una persona. Esto podría generar desigualdades económicas, afectando más a aquellas personas con ingresos limitados, pues estos cobros se realizan sobre ingresos fijos.

A+8

527

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

HERÁCLITO LANDÍNEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

Bogotá D.C, 09 de diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición modificativa al **artículo 8** del **Proyecto de Ley No. 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 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.

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO
11:30am

Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co
Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7ª No. 8-68. Primer Piso.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

REPRESENTANTE A LA CÁMARA MAURICIO CUELLAR CAQUETÁ

ART 8

528

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

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".

Modifíquese el artículo 8 del proyecto de ley, 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 serán graduales, dependiendo de la capacidad económica del aportante, priorizando a las personas naturales con menores ingresos.***

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.

Se establecerán incentivos temporales para el pago puntual de las cotizaciones, especialmente para sectores de ingresos bajos, con el fin de fomentar la formalización y el cumplimiento.

HECTOR MAURICIO CUELLAR PINZON
Representante a la Cámara por Caquetá

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

12:25

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
04 MAR 2025
RECIBIDO

ART 9(-) S29

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 9 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

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

1. ~~Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al Fondo Único Público de Salud.~~
2. ~~Administrar los recursos del Fondo Único Público en Salud, que financian el Sistema de Salud, de conformidad con lo previsto en la presente Ley.~~
3. ~~Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET).~~
4. ~~Realizar los pagos de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, asumir como pagador único del Sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada y mixta.~~
5. ~~Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) o a las instituciones de las que dependan o los operen.~~
6. ~~Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas, pagos y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema, en los términos de la presente Ley.~~
7. ~~Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de Salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para retroalimentar el régimen de tarifas y formas de pago, con el fin de garantizar el control del riesgo financiero y la sostenibilidad del sistema.~~
8. ~~Realizar el pago de la remuneración por administración e incentivos a las Gestoras de Salud y Vida.~~

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

9. ~~Realizar los pagos por incentivos a los prestadores de mediana y alta complejidad.~~
10. ~~Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías aleatorias que correspondan.~~
11. ~~Administrar la información propia de sus operaciones financieras a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).~~
12. ~~Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.~~
13. ~~Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria en Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a las entidades territoriales y otros agentes.~~
14. ~~Garantizar el flujo oportuno de los recursos del Sistema de Salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles.~~
15. ~~Hacer públicas todas las transacciones y reconocimientos del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.~~
16. ~~Realizar las actividades de gestión administrativa necesarias para garantizar la administración del Fondo Único Público. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. La ejecución de los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud y protección social se realizará sin más formalidad que el reconocimiento de los servicios prestados y auditados por los diferentes prestadores y proveedores, de acuerdo con lo establecido en la presente Ley y las normas vigentes que regulan la ordenación de pagos a los distintos actores del sistema.~~
17. ~~Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.~~
18. ~~Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.~~
19. ~~Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas~~

~~auditorías aleatorias o dirigidas sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida.~~

20. ~~De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos.~~
21. ~~Entregar al Ministerio de Salud y Protección Social insumos y análisis del gasto para el establecimiento y actualización del régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.~~
22. ~~Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud, de acuerdo con las auditorías que realicen las Gestoras de Salud y Vida, para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población.~~
23. ~~Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo.~~
24. ~~Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión o funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social que este determine.~~
25. ~~Diseñar mecanismos financieros y de crédito para contribuir a la liquidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud, siempre que se cumplan los criterios de respaldo en el monto y la frecuencia de los pagos realizados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos.~~
26. ~~Suscribir los acuerdos marco con los prestadores, gestores farmacéuticos, y proveedores de servicios y tecnologías en salud.~~
27. ~~Constituir un fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras que se puedan presentar.~~

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

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

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

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

Adicionar las funciones que desempeña la ADRES hoye en día, se le agregan tareas para cumplir con su rol de pagador único en el sistema, sin tener en cuenta las limitaciones de capacidad técnica y operativa para realizarlas. No hay un estudio que garantice que la una vez entre en vigencia la Ley, la ADRES tenga las adecuaciones técnicas para el cumplimiento de las funciones.

A esto se le debe adicionar que según la ANDI "*La reforma a la salud no es sostenible con la realidad fiscal del país. Los cálculos de la ANDI arrojan un déficit de $141.4 billones en los próximos 10 años, mientras que los cálculos del Ministerio arrojaban un superávit de $21.8 billones. Es decir, una diferencia de $163 billones*".

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
04 MAR 2025
RECIBIDO
PROPOSICIÓN

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ART 9
534
Constancia

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 9 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

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

1. Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al Fondo Único Público de Salud.
2. Administrar los recursos del Fondo Único Público en Salud, que financian el Sistema de Salud, de conformidad con lo previsto en la presente Ley.
3. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET).
4. Realizar los pagos de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, asumir como pagador único del Sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada y mixta,
5. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) o a las instituciones de las que dependan o los operen.
6. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas, pagos y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema, en los términos de la presente Ley.
7. Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de Salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para retroalimentar el régimen de tarifas y formas de pago, con el fin de garantizar el control del riesgo financiero y la sostenibilidad del sistema.
8. Realizar el pago de la remuneración por administración e incentivos a las Gestoras de Salud y Vida.
9. Realizar los pagos por incentivos a los prestadores de mediana y alta complejidad.

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

10. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías aleatorias que correspondan.
11. Administrar la información propia de sus operaciones financieras a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.
12. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.
13. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria en Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a las entidades territoriales y otros agentes.
14. Garantizar el flujo oportuno de los recursos del Sistema de Salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles.
15. Hacer públicas todas las transacciones y reconocimientos del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.
16. Realizar las actividades de gestión administrativa necesarias para garantizar la administración del Fondo Único Público. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. La ejecución de los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud y protección social se realizará sin más formalidad que el reconocimiento de los servicios prestados y auditados por los diferentes prestadores y proveedores, de acuerdo a lo establecido en la presente Ley y las normas vigentes que regulan la ordenación de pagos a los distintos actores del sistema.
17. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.
18. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.
19. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas auditorías aleatorias o dirigidas sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida.

20. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos.
21. Entregar al Ministerio de Salud y Protección Social insumos y análisis del gasto para el establecimiento y actualización del régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.
22. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud, de acuerdo con las auditorías integrales que realicen las Gestoras de Salud y Vida, para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población.
23. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo.
24. Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión o funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social que este determine.
25. Diseñar mecanismos financieros y de crédito para contribuir a la liquidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud, siempre que se cumplan los criterios de respaldo en el monto y la frecuencia de los pagos realizados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos.
26. Suscribir los acuerdos marco con los prestadores, gestores farmacéuticos, y proveedores de servicios y tecnologías en salud.
27. Constituir un fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras que se puedan presentar.
28. **Cancelar los montos necesarios para el saneamiento financiero de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.**
29. **El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes.**

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

Parágrafo 2. A partir de la entrada en vigencia de la presente Ley el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional necesario para garantizar que en un plazo

máximo de un (1) año la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) cuente con la capacidad operativa para asumir las funciones asignadas.

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

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

El numeral 28 se incluye porque dentro de esta iniciativa se plantea en el artículo 12 "*Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)*", numeral 9 "*El saneamiento financiero de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado*", por lo anterior, y con el fin de incluir en un todo tanto las funciones como la destinación de recursos de la ADRES, se hace necesario replicar en las funciones de la ADRES lo propuesto de la destinación de recursos para que se de la cancelción de los montos necesarios para el saneamiento financiero de las Empresas Sociales del Estado que se transformen en Instituciones de Salud del Estado.

El numeral 29 se incluye porque dentro de esta iniciativa se plantea en el artículo 12 "*Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)*", numeral 18 "*El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes*", por lo anterior, y con el fin de incluir en un todo tanto las funciones como la destinación de recursos de la ADRES, se hace necesario replicar en las funciones de la ADRES lo propuesto de la destinación de recursos para que se pague las licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
05 DIC 2024
RECIBIDO

Art 9.
539

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición de adición al artículo 9, el cual quedará así:

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

(...)

Numeral nuevo. Ejecutar auditorías aleatorias y, según la necesidad, auditorías por excepción para verificar la calidad de la auditoría realizada por las Entidades Gestoras de Salud de forma tal que, con ellas, promueva la eficiencia en la gestión de los recursos y evite la sobre exposición del patrimonio público. En caso de que una gestora presente excedentes de la titularidad de sus UPC, la ADRES procederá a hacer la respectiva auditoría. En cualquier caso los excedentes de UPC deberán ser reinvertidos en mejoras de la atención en salud de su población afiliada. En el caso en que las UPC sean insuficientes para una gestora específica, la ADRES procederá a hacer la respectiva auditoría para verificar la contratación con los prestadores de servicios. En todo caso, la ADRES podrá celebrar convenios o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y cuentas de salud, incluidas las auditorias aleatorias o dirigidas sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida.

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Act 9.
340

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara
REPRESENTANTES A GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición de adición al artículo 9, el cual quedará así:

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

(...)

Numeral nuevo. Asumir la gestión del riesgo financiero en el Sistema de Salud.

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ALT 9
541

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición de Modificación numeral 5 del artículo 9, el cual quedará asi:

Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.

(...)

5.Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) o a las instituciones de las que dependan o los operen, **incluidos los correspondientes a los Equipos Básicos de Salud de su dependencia.**

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ALT 9
542

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración la siguiente proposición de Modificación al numeral 12 del artículo 9, el cual quedará así:

Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.

(...)

12. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales **y de las Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGS).**

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ART 9.
543

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición de Adición al artículo 9, el cual quedará así:

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

(...)

Numeral nuevo. Financiar el servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos.

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración la siguiente proposición de adición al artículo 9, el cual quedará así:

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

(...)

Numeral nuevo. Financiar el funcionamiento de la red de atención de urgencias en departamentos y distritos, incluido el transporte -medicalizado o no-, entre instituciones, municipios y departamentos, de tipo terrestre, fluvial, marítimo, aéreo o del que sea necesario para garantizar la prestación de servicios de salud a las poblaciones rurales y dispersas por parte de los Equipos Básicos de Salud, los CAPS y los laboratorios de salud pública.

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Art 9
545

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición aditiva al artículo 9, el cual quedará así:

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

(...)

Numeral nuevo. Destinar los recursos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para la formación del talento humano en salud, según lo dispuesto en la presente Ley.

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición de Modificación numeral 4 del artículo 9, el cual quedará asi:

Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.

(...)

4.Realizar los pagos de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, asumir como pagador único del Sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud**, talento humano en salud** y proveedores de tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada y mixta.

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

547

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición aditiva al artículo 9, el cual quedará así:

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

(...)

Numeral nuevo. Pagar el valor correspondiente al fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria pública y de su mantenimiento, previa aprobación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, según lo dispuesto en la presente Ley.

-(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

ART 9

548

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN para adicionar un numeral al artículo 9:**

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

(...)

28. Dentro de las cuentas del Fondo Único Público de Salud, constituirá una subcuenta específica para la atención de enfermedades crónicas consideradas de Alto Costo por la normatividad vigente. Esta subcuenta deberá ser destinada para la garantizar la continuidad de la atención de estas enfermedades por los prestadores de carácter público, privado y/o mixto en las condiciones que se vienen prestando con anterioridad a la aprobación de esta Ley.

(...)

Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal

ART 9.

549

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
09 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN para adicionar un numeral al artículo 9:**

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

(...)

28. Dentro de las cuentas del Fondo Único Público de Salud, constituirá una subcuenta específica para la atención de enfermedades crónicas consideradas de Alto Costo por la normatividad vigente. Esta subcuenta deberá ser destinada para la garantizar la continuidad de la atención de estas enfermedades por los prestadores de carácter público, privado y/o mixto en las condiciones que se vienen prestando con anterioridad a la aprobación de esta Ley.

(...)

Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal

550
Art 9

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OLGA LUCÍA Velásquez

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Adiciónese un numeral al artículo 9. el cual quedará, así:

28. Crear las Unidades de Salud Mental y Psicosocial (USMP), que serán incorporadas a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) o a quien haga sus veces. Las USMP seguirán las directrices de la Ley 1616 de 2013, que, entre sus ámbitos de atención, establece la creación de los Centros de Salud Mental Comunitaria y la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en Salud Mental. Las USMP constituirán la base del Sistema Integral de Atención Primaria en Salud Mental y Psicosocial Individual y Colectiva (SIAPSMIC) y su personal de atención será capacitado a través del Sistema de Formación y Capacitación de Profesionales y Agentes en Salud Mental y Psicosocial (SFCPASMP). Como personal básico, las USMP contarán con un médico familiar o comunitario, una enfermera con formación en salud mental comunitaria, un psicólogo clínico con formación en PBE, un psicólogo comunitario con formación en salud mental, un psiquiatra con formación en Atención Primaria en Salud Mental (si hay disponibilidad), y un trabajador social con formación comunitaria y en salud mental. Complementariamente, las USMP se apoyarán en líderes y agentes comunitarios formados en el sistema y con sectores y disciplinas relacionadas con la atención en salud mental, como educación, trabajo e instituciones de apoyo.

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

ART 9
(2)
SS 1

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá D.C., diciembre de 2024

Señor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General H. Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
11 DIC 2024
RECIBIDO
5:03 pm

ASUNTO: Proposición modificativa

PROYECTO DE LEY: 312 de 2024 Cámara

REPRESENTANTE: JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ

Por medio del presente, me permito radicar **PROPOSICIÓN MODIFICATIVA AL NUMERAL 23 DEL ARTÍCULO 09** propuesto en el texto del proyecto 312 de 2024 Cámara.

Me permito radicar modificación del artículo 09 del texto propuesto para segundo debate en la plenaria de la Cámara de Representantes del proyecto de ley 312 de 2024 Cámara, la cual consiste en la **eliminación** del numeral 23.

> ~~*23. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo.*~~

Cordialmente.

JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ
H. Representante Departamento de Antioquia
Partido Centro Democrático

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá D.C., noviembre de 2024

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
11 DIC 2024
RECIBIDO
5:03 pm

Señor
JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
Secretario General H. Cámara de Representantes

ASUNTO: Proposición modificativa
PROYECTO DE LEY: 312 de 2024 Cámara
REPRESENTANTE: JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ

Por medio del presente, me permito radicar **PROPOSICIÓN MODIFICATIVA AL PARÁGRAFO SEGUNDO DEL ARTÍCULO 09** propuesto en el texto del proyecto 312 de 2024 Cámara.

Me permito radicar modificación del artículo 09 del texto propuesto para segundo debate en la plenaria de la Cámara de Representantes del proyecto de ley 312 de 2024 Cámara, modificando el parágrafo 2°, el cual quedará así:

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

El texto con la proposición aprobada o avalada quedará así:

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

Cordialmente.

JHON JAIRO BERRIO LOPEZ
H. Representante Departamento de Antioquia
Partido Centro Democrático

PROPOSICIÓN

AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C "*POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*"

Modifíquese el artículo 9 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "*POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*", el cual quedará así:

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

1. Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al Fondo Único Público de Salud.

2. Administrar los recursos del Fondo Único Público en Salud, que financian el Sistema de Salud, de conformidad con lo previsto en la presente Ley.

3. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET).

4. Realizar los pagos de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, asumir como pagador único del Sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada y mixta.

5. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) o a las instituciones de las que dependan o los operen.

6. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas, pagos y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema, en los términos de la presente Ley.

7. Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de Salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para retroalimentar el régimen de tarifas y formas de pago, con el fin de garantizar el control del riesgo financiero y la sostenibilidad del sistema.

8. Realizar el pago de la remuneración por administración e incentivos a las Gestoras de Salud y Vida.

9. Realizar los pagos por incentivos a los prestadores de mediana y alta complejidad.

10. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías aleatorias que correspondan.

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

11. Administrar la información propia de sus operaciones financieras a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

12. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.

13. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria en Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a las entidades territoriales y otros agentes.

14. Garantizar el flujo oportuno de los recursos del Sistema de Salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles.

15. Hacer públicas todas las transacciones y reconocimientos del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.

16. Realizar las actividades de gestión administrativa necesarias para garantizar la administración del Fondo Único Público. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. La ejecución de los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud y protección social se realizará ~~sin más formalidad que el reconocimiento de~~ **acompañada de los soportes que acreditan la prestación de servicios, los cuales serán de carácter obligatorio a efectos del reconocimiento y pago de las obligaciones de** los servicios prestados, **sin perjuicio de las auditorías que realicen** ~~y auditados por~~ los diferentes prestadores y proveedores, de acuerdo con lo establecido en la presente Ley y las normas vigentes que regulan la ordenación de pagos a los distintos actores del sistema.

17. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.

18. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.

19. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas auditorías aleatorias o dirigidas sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida.

20. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos.

21. Entregar al Ministerio de Salud y Protección Social insumos y análisis del gasto para el establecimiento y actualización del régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.

22. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud, de acuerdo con las auditorías que realicen las Gestoras de Salud y Vida, para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población.

23. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo.

24. ~~Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión o funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social que este determine~~.

~~25.~~ **24.** Diseñar mecanismos financieros y de crédito para contribuir a la liquidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud, siempre que se cumplan los criterios de respaldo en el monto y la frecuencia de los pagos realizados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos.

~~26.~~ **25.** Suscribir los acuerdos marco con los prestadores, gestores farmacéuticos, y proveedores de servicios y tecnologías en salud.

~~27.~~ **26.** Constituir un fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras que se puedan presentar.

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

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

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

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia

JUSTIFICACIÓN

Se modifica el numeral 16 para que haya una verificación de lo que se cobra por parte del Estado, toda vez que podría haber un detrimento patrimonial al confiar solamente en la información reportada por los prestadores y proveedores.

Proponemos la eliminación del numeral 24, toda vez que se puede entender que la ADRES va a ser quien administre los recursos de operación del Ministerio de Salud quien es el órgano rector, entendiendo que la ADRES es una entidad con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente.

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

555

ALT-9

Carlos Vallejo
REPRESENTANTE A LA CAMARA
Departamento del Meta

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Modifíquese el numeral 20 del artículo 9 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". el cual quedará de la siguiente manera:

20. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos, **los cuales se establecerán de manera participativa y democrática.**

(...)

Parágrafo 4. Para efectos de establecer los pisos y techos de los manuales tarifarios de que trata el numeral 20. del artículo 9, el Ministerio de Salud, deberá conformar un Comité Técnico en el que participe la (ADRES), un (1) representante de las Comunidades Científicas, un (1) representante del gremio de trabajadores del sector salud, así como un (1) representante de los empleadores del sector salud.

Atentamente,

CARLOS ARTURO VALLEJO BELTRÁN
Representante a la Cámara
Departamento del Meta
carlos.vallejo@camara.gov.co
Teléfono 3164683301

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

2:55

ALT 9

556

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
12 DIC 2024
RECIBIDO
9:17 am

PROPOSICION DE ADICION AL PARÁGRAFO 3 DEL ARTICULO 9 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".

ADICIÓNESE AL PARAGRAFO 3, DEL ARTICULO 9. EL CUAL QUEDARA ASI:

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

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

Marelen Castillo Torres | UN FUTURO POSIBLE

Art 9

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEGAL
17 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá, D.C., diciembre de 2024

PROPOSICIÓN

Adiciónese un numeral al artículo 9° del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*. así:

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

(...)

Numeral Nuevo. Formación del talento humano en salud. *La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) deberá destinar los recursos necesarios para la formación del talento humano en salud, priorizando las áreas y regiones según las necesidades identificadas por el sistema de salud.*

Cordialmente,

MARELEN CASTILLO TORRES
Representante a la Cámara
Aprobó: Dr. RAVS
Revisó. Dr. RAVS
Proyectó: Dr. JSA

ALT 9

558

17 DIC 2024

RECIBIDO

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Ana Rogelia Monsalve

REPRESENTANTE A LA CÁMARA COMUNIDADES AFRODESCENDIENTES

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Agréguese un parágrafo al artículo 9 del texto propuesto para primer debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*. El cual quedará así:

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

(...)...

Parágrafo 4. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), presentará un informe semestral a las Comisiones Séptimas del Congreso de la República con el fin de exponer el avance y cumplimiento de sus funciones.

Cordialmente,

ANA ROGELIA MONSALVE ÁLVAREZ
Representante a la Cámara
Partido Demócrata Colombiano

Carrera 7 No. 8 - 68 Ed. Nuevo del Congreso
Oficina 345-B
Bogotá D.C - Colombia

www.camara.gov.co
ana.monsalve@camara.gov.co
twitter@anamonsalvea
Facebook: ana monsalve álvarez
Conmutador: (+57) (601) 8770720 Ext: 4304 - 4305

ART 9

559

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 9 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

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

1. Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al Fondo Único Público de Salud
2. Administrar los recursos del Fondo Único Público en Salud, que financian el Sistema de Salud, de conformidad con lo previsto en la presente ley.
3. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET).
4. Realizar los pagos de los servicios de salud ~~de mediana y alta complejidad~~, asumir como pagador único del Sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de **medicamentos y** tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada y mixta**, de acuerdo con los controles, auditorías y validaciones que realicen las Gestoras de Salud y Vida.**
5. **Constituir cuentas especiales para cada una de las Gestoras de Salud y Vida con el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de su población respectiva, que no harán unidad de caja con las otras cuentas especiales y serán empleadas por las EGSVI para realizar la gestión financiera del sistema de salud.**
6. **Desarrollar un régimen de solvencia y de reservas técnicas de la entidad, para la gestión eficiente de los recursos públicos y el giro directo del sistema.**
7. Realizar los giros de **financiación a la oferta de los** ~~las asignaciones a~~ los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) o a las instituciones de las que dependan o los operen**, de conformidad con las condiciones contempladas en la presente Ley**.
8. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas, pagos y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema en los

términos de la presente Ley, **que serán registrados en el Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS**.

9. Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, ~~como elemento fundamental para retroalimentar~~ **en el marco d**el régimen **sistema de seguimiento de precios** tarifas y formas de pago, con el fin de garantizar ~~el control del riesgo financiero y~~ la sostenibilidad del sistema.
10. Realizar el pago de la remuneración por administración e incentivos a las Gestoras de Salud y Vida.
11. Realizar los pagos por incentivos a los prestadores de mediana ~~y~~ alta complejidad
12. Adelantar las **auditorías aleatorias sobre las** verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos **efectuadas por las Gestoras de Salud y Vida**, que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías integrales que corresponda.
13. Administrar **y llevar registro de** la información propia de sus operaciones financieras **y las de los diferentes actores del sistema,** a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).
14. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.
15. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria en Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a las entidades territoriales y otros agentes.
16. Garantizar el flujo oportuno de los recursos del Sistema de Salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles**, de conformidad con mecanismo de autorización del pago de servicios previsto en la presente Ley**.
17. Hacer públicas todas las transacciones y reconocimientos del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud**, a través del Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS**.
18. Realizar las actividades de gestión administrativa necesarias para garantizar la administración del Fondo Único Público. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. ~~La ejecución de los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud y protección social se realizará sin más formalidad que el reconocimiento de los servicios prestados y auditorías por los diferentes prestadores y proveedores, de acuerdo con lo establecido en la presente Ley y las normas vigentes que regulan la ordenación de pagos a los distintos actores del sistema.~~
19. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.

20. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.
21. ~~Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas~~ **Realizar las** auditorías aleatorias **de las prestaciones del sistema de salud** o dirigidas sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida.
22. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, ~~así como manuales tarifarios, con pisos y techos~~.
23. Entregar al Ministerio de Salud y Protección Social insumos y análisis del gasto para el establecimiento y actualización del **sistema de seguimiento de precios** ~~régimen de tarifas~~ y formas de pago para la prestación de servicios de salud.
24. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud, de acuerdo con las auditorías que realicen las Gestoras de Salud y Vida, para atender los costos de la atención ~~en mediana y alta complejidad~~ de la población **afiliada**.
25. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo.
26. Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión o funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social que este determine.
27. Diseñar mecanismos financieros y de crédito para contribuir a la liquidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud, siempre que se cumplan los criterios de respaldo en el monto y la frecuencia de los pagos realizados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos.
28. ~~Suscribir los acuerdos marco con los prestadores, gestores farmacéuticos, y proveedores de servicios y tecnologías en salud.~~
29. Constituir un fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras que se puedan presentar.

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

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

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas practicas de gobierno corporativo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) **en el término de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley**. La Administradora deberá realizar audiencias **anuales** de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma, **así mismo remitir un informe anual al Congreso de la República sobre su gestión y la ejecución presupuestal de los recursos del Sistema de Salud**.

Atentamente,

Catherine Juvinao C.

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

ALT 9
561

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Andrés CANCIMANCE
REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR PUTUMAYO

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

12 4G

PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

Modifíquese el numeral 19, del artículo 9 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*" acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

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

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

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

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

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

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

JUSTIFICACIÓN:

La inclusión de auditorías de cuentas obligatorias y periódicas fortalece los mecanismos de control, asegurando la transparencia en la administración de los recursos públicos del sistema de salud. Esta medida responde a los principios de trazabilidad y rendición de cuentas establecidos en el proyecto, al tiempo que garantiza el uso eficiente de los recursos en todos los niveles del sistema. Además, la publicación de los resultados en audiencias públicas permite consolidar la confianza ciudadana en la gestión del sector salud, alineándose con la promoción de un gobierno abierto.

Atentamente,

Leyla Rincón

ANDRÉS CANCIMANCE LÓPEZ
Representante a la Cámara-Departamento de Putumayo
Cámara de Representantes

ART 9

569

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

HERÁCLITO LANDÍNEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
13 FEB 2025
RECIBIDO

Bogotá D.C, 10 de febrero de 2025

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición de eliminación al **numeral 27 del artículo 9, al Proyecto de Ley No. 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 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)

~~27. Constituir un fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras que se pueda presentar.~~

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co
Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7º No. 8-68. Primer Piso.

ALT 9.

565

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
HERÁCLITO LANDÍNEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
13 FEB 2025
RECIBIDO

Bogotá D.C, 06 de febrero de 2025

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición modificativa al **artículo 9, númeral 16** del **Proyecto de Ley No. 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 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

(…)

16. Realizar las ~~actividades de~~ gestión administrativa necesarias para garantizar la **eficiente** administración del Fondo Único Público. Su régimen de contratación **será mixto, y para su funcionamiento** ~~interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo~~ **se** regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. La ejecución de los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud y protección social, se **regirá** ~~realizará~~ sin más formalidad que el reconocimiento de los servicios prestados y auditados por los diferentes prestadores y proveedores, de acuerdo con lo establecido en la presente Ley y las normas vigentes que regulan la ordenación de pagos a los distintos actores del sistema.
(…)

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co
Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7ª No. 8-68. Primer Piso.

ART 9

566

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

HERÁCLITO LANDÍNEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
13 FEB 2025
RECIBIDO

Bogotá D.C, 10 de febrero de 2025

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición modificativa al artículo 9, del Proyecto de Ley No. **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 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente Ley se denominará "Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES", ~~tendrá por objeto garantizar el adecuado recaudo, administración, flujo y control de los recursos públicos del Sistema de Salud y~~ ejercerá las siguientes funciones:

HERÁCLITO LANDINEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co
Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7ª No. 8-68. Primer Piso.

ART 9

567

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

HERÁCLITO LANDÍNEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
13 FEB 2025
RECIBIDO

ALC
11 19

Bogotá D.C, 10 de febrero de 2025

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición modificativa al artículo 9, del Proyecto **de Ley No. 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 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente Ley se denominará "Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES", ~~tendrá por objeto garantizar el adecuado recaudo, administración, flujo y control de los recursos públicos del Sistema de Salud y~~ ejercerá las siguientes funciones:

HERÁCLITO LANDINEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co
Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7ª No. 8-68. Primer Piso.

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
DE LA REPUBLICA
DE COLOMBIA
04 MAR 2025
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 10 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

~~**Artículo 10. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a 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.~~
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.~~
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.~~

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

Según la ANDI "*La reforma a la salud no es sostenible con la realidad fiscal del país. Los cálculos de la ANDI arrojan un déficit de $141.4 billones en los próximos 10 años, mientras que los cálculos del Ministerio arrojaban un superávit de $21.8 billones. Es decir, una diferencia de $163 billones*".

A esto se debe sumar que claro existe unas nuevas fuentes de financiación del Sistema como lo son los impuestos saludables, Cuentas Maestras (aprobado ya) y FOSFEC (aprobado ya), sin embargo, no hay información que permita establecer si dichos recursos como los impuestos saludables (con vocación de permanencia) son suficientes para sostener el sistema propuesto o si por el contrario debe salir el Gobierno Nacional a presentar una nueva reforma tributaria que permita la financiación se Sistema propuesto,

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

NO. ART 10
571

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
02 DIC 2024
Folios No.
RECIBIDO
4:57 pm

PROPOSICIÓN.

Modifiquese 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 articulo 217 de la Ley 100 de 1993, destinados a financiar el Sistema de Salud.

6 Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales.

7 Los recursos de las Entidades Territoriales provenientes de las rentas cedidas asignadas, que a la vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud, incluyen los recaudos gestionados por entidades del orden nacional y los recaudados territorialmente, los cuales deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES.

8 Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente Ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud.

9 Los recursos 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.

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.

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

Art 10
574

Cámara de Representantes

JUAN CARLOS WILLS

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá, diciembre de 2024

Presidente
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Cámara de Representantes
Bogotá D.C.

PROPOSICIÓN

Acorde a lo dispuesto en los artículos 112 a 115 de la Ley 5ª de 1992, modifíquese el artículo 10 del Proyecto de Ley No. 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 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.

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.
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.

Atentamente.

JUAN CARLOS WILLS OSPINA
Representante a la Cámara por Bogotá

JUSTIFICACIÓN

La inclusión de las rentas como hechos generadores de pago en la reforma a la salud podría tener un impacto económico negativo, especialmente para los ciudadanos con ingresos modestos o variables, ya que las rentas no siempre reflejan la capacidad real de pago de una persona. Esto podría generar desigualdades económicas, afectando más a aquellos propietarios con ingresos limitados y desincentivando la inversión en el sector inmobiliario.

ART 10

575

IV. PROPOSICIONES DE CONTROL Y VIGILANCIA

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 10° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, 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.
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.
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.

Parágrafo: La ADRES implementará sistemas de información y rendición de cuentas que permitan el seguimiento y control de cada una de las fuentes de recursos aquí mencionadas, garantizando la transparencia y acceso a la información por parte de la ciudadanía y los organismos de control

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 10º 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" de la siguiente manera:

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

1. Las cotizaciones sociales que al Sistema de Salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, ~~rentas~~ **Rentistas de capital**, 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

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES.

8. Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos

corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente Ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud.

9. Los recursos de Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), que el Ministerio de Salud y Protección Social determine.

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.

18. Los recursos que se recauden por concepto de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley 2277 de 2022 o la norma que la sustituya, modifique o derogue.

19. ~~Figura jurídica para la destinación específica del 0.5 del IVA social~~ **Recursos del Impuesto al Valor Agregado, equivalentes a 0.5 de los 19**

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

puntos de la tarifa general del gravamen.

La Nación ampliará los cupos de gasto con cargo a recursos de ingresos corrientes y recursos de capital del Ministerio de Salud y Protección Social de manera progresiva equivalente a un punto porcentual (1%) del Producto Interno Bruto de cada año entre los años 2026 y 2035.

Parágrafo: Los recursos correspondientes a los numerales 18 y 19 de que trata el presente artículo se incorporarán como cupos adicionales del sector salud en el marco de gasto de mediano plazo para 2026 en adelante, sin que representen una sustitución de otras fuentes a las que financian el presupuesto del sector en la vigencia fiscal de 2025, ni disminuyan el esfuerzo de la Nación en su financiamiento.

PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

JUSTIFICACIÓN

Se da claridad en la redacción del numeral 19 frente a la destinación de los 0.5 puntos porcentuales del IVA.

Se incorpora que los recursos provenientes de los impuestos saludables y el 0.5 puntos del IVA no sean considerados sustitutivos, sino que sean complementarios en la financiación del sector salud.

Se propone la ampliación del espacio fiscal en 1 punto del PIB en la próxima década con el objetivo de mejorar la financiación del sector atendiendo la dinámica del gasto en salud.

Estas medidas tienen como principal objetivo el mejoramiento de las finanzas del sector salud y hacia futuro garantizar el gasto de la prestación de los servicios de salud requeridos por la población colombiana.

En los últimos años el sistema ha enfrentado diversos problemas financieros y hacia futuro diversos factores ponen en riesgo su sostenibilidad. Entre ellos se destacan el cambio demográfico, el envejecimiento de la población, el aumento en la utilización de los servicios de salud, el aumento en enfermedades crónicas no transmisibles, entre otros.

De otra parte, existe presión para la utilización de nuevas tecnologías y medicamentos, así como la reducción de las brechas territoriales y responder a la dinámica de la población migrante-

Estos factores incrementan la carga financiera sobre el sistema de salud y es indispensable poder financiar estos gastos.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

ART 10

578

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo **10** del **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".***

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

(...)

Parágrafo: Los recursos correspondientes a los numerales 18 y 19 de que trata el presente artículo se incorporarán como cupos adicionales del sector salud en el marco de gasto de mediano plazo para 2026 en adelante, sin que representen una sustitución de otras fuentes a las que financian el presupuesto del sector en la vigencia fiscal de 2025, ni disminuyan el esfuerzo de la Nación en su financiamiento."

Jennifer Pedraza S **JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** CC. 1.010.227.070 de Bogotá D.C. REPRESENTANTE A LA CÁMARA Partido Dignidad	Katherine Miranda P. **KATHERINE MIRANDA** Representante a la Cámara Partido Alianza Verde
Alejandro García R **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde	

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
11:40am.

ALT 10

579

CENTRO DEMOCRÁTICO
Mano firme
Corazón grande

Oscar Darío Pérez
Experiencia para Antioquia

SENTANTES
ENERAL

18 DIC 2024

RECIBIDO

ALC
12/50

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Modifíquese el artículo 9 del Proyecto de Ley N° 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", quedando así:

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

Artículo 10. Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud que administrará la ADRES. La ADRES administrará los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2016. La ADRES coordinará y gestionará el recaudo de cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y asumirá su financiación.

Así mismo recaudará directamente los recursos que se generen para financiar o cofinanciar el aseguramiento en salud. Cuando estos recursos pertenezcan a las Entidades Territoriales en ningún caso se perderá la titularidad y se manejarán en cuentas individuales sobre las cuales deberán rendir cuentas a cada departamento o municipio según el caso.

1. Las cotizaciones sociales que al Sistema de Salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, rentas, trabajo independiente o por cuenta propia, contratos de prestación de servicios o pensiones.

2. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.

3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar el aseguramiento social en salud.

4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 por los obligados.

5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinados a financiar el Sistema de Salud.

6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales.

7. Los recursos de las Entidades Territoriales provenientes de las rentas cedidas asignadas, que a la vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud, incluyen los recaudos gestionados por entidades del orden nacional y los recaudados territorialmente, los cuales deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES.

8. Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente Ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud.

9. Los recursos de Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), que el Ministerio de Salud y Protección Social determine.

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.

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.

CENTRO
DEMOCRÁTICO
Mano firme
Corazón grande

Oscar Darío Pérez
Experiencia para Antioquia

580

ÓSCAR DARÍO PÉREZ PINEDA
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Centro Democrático

CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ART 10

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
16 DIC 2024
RECIBIDO

58

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 10º 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" de la siguiente manera:

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

1. Las cotizaciones sociales que al Sistema de Salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, rentas, trabajo independiente o por cuenta propia, contratos de prestación de servicios o pensiones.

2. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.

3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar el aseguramiento social en salud.

4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 por los obligados.

5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinados a financiar el Sistema de Salud.

6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales.

7. Los recursos de las Entidades Territoriales provenientes de las rentas cedidas asignadas, que a la vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud, incluyen los recaudos gestionados por entidades del orden nacional y los recaudados territorialmente, los cuales deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES.

8. Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos

corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente Ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud.

9. Los recursos de Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), que el Ministerio de Salud y Protección Social determine.

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.

18. Los recursos que se recauden por concepto de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley 2277 de 2022 o la norma que la sustituya, modifique o derogue.

19. ~~Figura jurídica para la destinación específica del 0.5 del IVA social~~ **Recursos del Impuesto al Valor Agregado, equivalentes a 0.5 de los 19 puntos de la tarifa general del gravamen.**

20. El Gobierno Nacional ampliará los cupos de gasto con cargo a recursos de ingresos corrientes y recursos de capital del Ministerio de Salud y Protección Social de manera progresiva equivalente a un punto porcentual (1%) del Producto Interno Bruto entre los años 2026 y 2030.

Parágrafo: Los recursos correspondientes a los numerales 18 y 19 de que trata el presente artículo se incorporarán como cupos adicionales del sector salud en el marco de gasto de mediano plazo para 2026 en adelante, sin que representen una sustitución de otras fuentes a las que financian el presupuesto del sector en la vigencia fiscal de 2025, ni disminuyan el esfuerzo de la Nación en su financiamiento.

ART 10

582

PROPOSICIÓN

Constatado

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 10 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo 10. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. A la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) le corresponde administrar los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional y territorial, asignados para garantizar el aseguramiento social en salud, los cualesse 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 100de 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 ala vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud, incluyen los recaudos

gestionados por entidades del orden nacional y los recaudados territorialmente, los cuales deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES.

8. Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente Ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud.

9. Los recursos de Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), que el Ministerio de Salud y Protección Social determine.

10. Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 52% del valor de la prima anualestablecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobra con adicióna 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 financiacióndel 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 Sistemade Salud.

18. Los recursos que se recauden por concepto de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley 2277 de 2022 o la norma que la sustituya, modifique o derogue.

19._~~Figura jurídica para la destinación específica del 0.5 del IVA social~~ **Recursos del Impuesto al Valor Agregado, equivalentes a 0.5 de los 19 puntos dela tarifa general del gravamen.**

La Nación ampliará los cupos de gasto con cargo a recursos de ingresos corrientes y recursos de capital del Ministerio de Salud y Protección Social de manera progresiva equivalente a un punto porcentual (1%) del Producto Interno Bruto de cada año entrelos años 2026 y 2035.

Parágrafo: Los recursos correspondientes a los numerales 18 y 19 de que trata el presente artículo se incorporarán como cupos adicionales del sector salud en el marcode gasto de mediano plazo para 2026 en adelante, sin que representen una sustituciónde otras fuentes a las que financian el presupuesto del sector en la vigencia fiscal de 2025, ni disminuyan el esfuerzo de la Nación en su financiamiento.

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

Se da claridad en la redacción del numeral 19 frente a la destinación de los 0.5 puntos porcentuales del IVA.

Se incorpora que los recursos provenientes de los impuestos saludables y el 0.5 puntos del IVA no sean considerados sustitutivos sino que sean complementarios en la financiación del sector salud.

Se propone la ampliación del espacio fiscal en 1 punto del PIB en la próxima década con el objetivo de mejorar la financiación del sector atendiendo la dinámica del gasto en salud.

Estas medidas tienen como principal objetivo el mejoramiento de las finanzas del sector salud y hacia futuro garantizar el gasto de la prestación de los servicios de salud requeridos por la población colombiana.

En los últimos años el sistema ha enfrentado diversos problemas financieros y hacia futuro diversos factores ponen en riesgo su sostenibilidad. Entre ellos se destacan el cambio demográfico, el envejecimiento de la población, el aumento en la utilización de los servicios de salud, el aumento en enfermedades crónicas no transmisibles, entre otros.

De otra parte, existe presión para la utilización de nuevas tecnologías y medicamentos, así como la reducción de las brechas territoriales y responder a la dinámica de la población migrante-

Estos factores incrementan la carga financiera sobre el sistema de salud y es indispensable poder financiar estos gastos.

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Alt 11.
586

PROPOSICIÓN Constanera

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 11 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo 11. Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud. Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario, así:

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

Parágrafo. El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, definirá nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud que incluya a partir del año 2026**, y para ello presentará las iniciativas legislativas respectivas a estudio y decisión del Congreso de la República.**

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
04 MAR 2025
RECIBIDO
3:51

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

JUSTIFICACIÓN

Se agrega la expresión "*las iniciativas legislativas se presentarán al Congreso para su estudio y aprobación*" debido a que como se encuentra redactado podría interpretarse en dos sentidos:

- La reforma como se encuentra planteada esta desfinanciada y este parágrafo es la muestra que se necesitan más recursos para financiar el modelo que se quiere implementar.
- Dejarlo tal cual podría llegar a interpretaciones erradas, como si la intención fuera otorgar facultades extraordinarias para que el gobierno defina las nuevas fuentes de financiación para el sistema de salud, mediante cualquier mecanismo jurídico sin que cuente con el estudio y aprobación del Congreso, atendando contra las funciones establecidas en el artículo 150 Superior #1 "*Interpretar, reformar y derogar las leyes*".

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

LILI RODRÍGUEZ
CONGRESISTA

ART 11

588

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En mi condición de Representante a la Cámara del Departamento de Cundinamarca y con sustento en la ley 5ta de 1992, me permito presentar proposición para modificar el artículo 11 del 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", el cual quedará de la siguiente manera:

Artículo del Proyecto de Ley	Proposición Modificativa
Artículo 11. Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud. Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario, así: Artículo 513-14. Destinación de los impuestos saludables. El Gobierno nacional, a partir del primero (1°) de enero de 2026, destinará el cien por ciento (100%) del recaudo de los impuestos a las bebidas ultraprocesadas azucaradas (IBUA) y los impuestos a los productos comestibles ultraprocesados industrialmente y/o con alto contenido de azúcares añadidos (ICUI), al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). **Parágrafo.** El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, definirá nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud que incluya a partir del año 2026.	**Artículo 11. Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud.** Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario, así: Artículo 513-14. Destinación de los impuestos saludables. El Gobierno nacional, a partir del primero (1°) de enero de 2026, destinará el cien por ciento (100%) del recaudo de los impuestos a las bebidas ultraprocesadas azucaradas (IBUA) y los impuestos a los productos comestibles ultraprocesados industrialmente y/o con alto contenido de azúcares añadidos (ICUI), al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). **Parágrafo 1.** El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, definirá nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud que incluya a partir del año 2026. **Parágrafo 2.** **El Gobierno Nacional, dentro de los primeros seis (6) meses de entrada en vigencia de la presente Ley, definirá un porcentaje procedente de los impuestos mencionados en el presente artículo para aumentar la capacidad técnica y financiera de la Superintendencia de Salud.**

LILIANA RODRÍGUEZ VALENCIA
Representante a la Cámara
Departamento de Cundinamarca

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
12:34 p

Art 11

589

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN para adicionar un numeral al artículo 11:**

Artículo 11. Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud. Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario, así:

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

Parágrafo: El Gobierno Nacional, en cabeza de los Ministerios de Hacienda y Crédito Público **y de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación, evaluará e incorporará de forma progresiva** ~~definirá~~ **nuevas fuentes de financiación** ~~para el sistema de salud que incluya a partir del año 2026.~~ **que permitan garantizar la continuidad en la atención y un crecimiento suficiente de los recursos para la prestación de los servicios de salud en todo el territorio nacional y en todos los niveles de atención.**

Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal

Justificación

Este artículo podría interpretarse limitado a hacer una modificación al Estatuto Tributario para destinar recursos de los impuestos a bebidas azucaradas y a los ultraprocesados, sin que se asuma una función de diseño y desarrollo de nuevas fuentes de financiación en el largo plazo.

La situación financiera actual del sistema, y los retos que a mediano y largo plazo enfrentará el sistema, asociados a factores como el aumento en la expectativa de vida, cambios en los perfiles epidemiológicos y mayores expectativas de la población, exige pensar en alternativas de financiación adicionales que permita al sistema de salud contar con recursos suficientes para atender las necesidades de la población en todos los niveles y en todo el territorio nacional.

Si bien en Colombia el gasto en salud como porcentaje del PIB es cercano al promedio de la OCDE (8,1% en Colombia vs 9,2% promedio en los países OCDE), el gasto per cápita está en los últimos lugares (USD 1.640 vs USD 4.986, cifras en PPP). Así las cosas, materializar las aspiraciones contenidas en la Ley Estatutaria en Salud requiere un mayor esfuerzo financiero y explorar nuevas opciones que complementen las fuentes actuales de recursos destinadas al sistema de salud del país.

La redacción propuesta permitiría avanzar en este sentido, al requerir por parte del Gobierno Nacional la evaluación e incorporación progresiva de nuevas fuentes de financiación.

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
04 MAR 2025
RECIBIDO

Art 11(-)
59

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 11 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

~~**Artículo 11. Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud.** Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario, así:~~

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

~~**Parágrafo.** El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, definirá nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud que incluya a partir del año 2026.~~

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

JUSTIFICACIÓN

Este artículo es la muestra clara que este Proyecto de Ley se encuentra financiado, no hay un estudio sobre los recursos que entrarían por concepto de impuesto saludable y si los mismos son suficientes para atender las necesidades demográficas y epidemiológicas del país.

Por otro lado, el parágrafo es la muestra de que se necesitan más recursos para financiar el modelo que se quiere implementar y dejarlo, es la puerta a que, en virtud de eso, el Gobierno presente una nueva reforma tributaria para financiar la reforma a la salud (que, en todo caso, no se requiere porque puede presentar una reforma tributaria en cualquier momento para estudio por parte del Congreso).

Según la ANDI "*La reforma a la salud no es sostenible con la realidad fiscal del país. Los cálculos de la ANDI arrojan un déficit de $141.4 billones en los próximos 10 años, mientras que los cálculos del Ministerio arrojaban un superávit de $21.8 billones. Es decir, una diferencia de $163 billones*".

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER

Constanza

ART 11(-)
593

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN DE ELIMINACION

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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"

~~**Artículo 11. Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud.** El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, definirá nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud que incluya a partir del año 2026, la siguiente:~~

~~Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario, así:~~

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

JUSTIFICACION

Por falta de unidad de materia este articulo debe eliminarse de la reforma a la salud.

Representante a la Camara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

Constanza

ALT 11 G
594

CAMARA DE LA REPUBLICA
SECRETARIA GENERAL
17 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN___ 2024

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY 135 DE 2024 CÁMARA "POR EL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 11 DEL PROYECTO DE LEY 312 DE 2024, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

~~**ARTÍCULO 11. NUEVAS FUENTES DE FINANCIACIÓN PARA EL SISTEMA DE SALUD. ADICIÓNESE EL ARTÍCULO 513-14 DEL TÍTULO X DEL LIBRO III DEL ESTATUTO TRIBUTARIO, ASÍ:**~~

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

~~**Parágrafo. El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, definirá nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud que incluya a partir del año 2026.**~~

Atentamente,

JAMES MOSQUERA TORRES
Representante a la Cámara
CITREP 6 Chocó –Antioquia

Art 12
595

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN para adicionar un numeral al artículo 12:**

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

(...)

30. El pago de servicios de atención a enfermedades crónicas consideradas de Alto Costo por la normatividad vigente, para garantizar la continuidad de la atención de estas enfermedades por los prestadores de carácter público, privado y/o mixto en las condiciones que se vienen prestando con anterioridad a la aprobación de esta Ley.

(...)

Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal

ALT 12

596

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
09 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN para adicionar un numeral al artículo 12:**

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

(...)

30. El pago de servicios de atención a enfermedades crónicas consideradas de Alto Costo por la normatividad vigente, para garantizar la continuidad de la atención de estas enfermedades por los prestadores de carácter público, privado y/o mixto en las condiciones que se vienen prestando con anterioridad a la aprobación de esta Ley.

(...)

Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal

Art 12

597

Martha Alfonso
Congresista

Bogotá D.C. Diciembre 9 de 2024

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO
12:00m

Honorable Representante
Jaime Raul Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

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

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

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

Modifíquese el artículo 12, el cual quedara así:

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

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

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

Bogotá-Conmutador: (+57) (601) 8770720 Dirección: Calle 10 No. 7- 51 Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 - 68 of - 652 - Correo: martha.alfonso@camara.gov.co

Martha Alfonso
Congresista

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

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

Respetuosamente,

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

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presento

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 12° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

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

1. La financiación de los servicios del nivel primario conforme a los presupuestos estándar en sus componentes fijo y variable, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y la operación de los equipos de salud territorial.
2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa y la prestación de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territoriales.
3. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos que define la presente Ley.
5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta.
6. La atención de poblaciones especiales o migrantes que determine la norma legal.
7. Los servicios sociales complementarios en salud, según lo definido en la presente Ley.
8. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
9. El saneamiento financiero de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.
10. El Fortalecimiento de la infraestructura y la dotación de la red pública hospitalaria y su mantenimiento.
11. El fortalecimiento de la Red Nacional de Atención de Urgencias.
12. El pago de servicios de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental del paciente y su acompañante; ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.
13. El financiamiento de los laboratorios de salud pública y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, conforme a lo establecido en la presente Ley.
14. El pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad, y para las Gestoras de Salud y Vida.
15. La formación del talento humano en salud.
16. El pago de las incapacidades por enfermedad general de origen común.
17. El pago de remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.
18. El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes.

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

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

ART 12

600

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Karmen
Karmen Ramírez Boscán
REPRESENTANTE
Curul Internacional

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., 10 de diciembre de 2024

Honorables Representantes
Mesa Directiva
Cámara de Representantes

Honorables Representantes
Ponentes
Cámara de Representantes

REFERENCIA: Proposición al 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".

Adiciónese un nuevo numeral al Artículo 12 del Proyecto de Ley 312 de 2024 "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", quedando de la siguiente manera:

> "Numeral. La financiación de servicios médicos de emergencia y repatriaciones sanitarias de colombianos en el exterior en situaciones de vulnerabilidad, bajo criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social."

Atentamente,

Carmen Felisa Ramírez Boscán
Representante a la Cámara
Circunscripción internacional

Art 12

601

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

GERSON LISÍMACO MONTAÑO

RECOMPAS

Bogotá, diciembre de 2024.

Doctor:
Jaime Raúl salamanca Torres.
Presidente Honorable Cámara de Representantes
Congreso de la República.
Ciudad. -

Cordial saludo.
Comedidamente me permito presentar proposición aditiva al artículo 12 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

PROPOSICION MODIFICATORIA Y ADITIVA

El artículo 12 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", tendrá **UN NUEVO NUMERAL** y quedará así:

" (...)

Para Reconocer una prima o valor adicional (UPC ADICIONAL) del 11.47% sobre la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado (UPC) establecida por el gobierno nacional, para aquellos pacientes que con ocasión del hecho victimizantes requieran atención inmediata y prioritaria especializada, la cual contemplará el transporte terrestre, marítimo o fluvial y aéreo al nivel de atención de mayor complejidad, con los acompañantes de su núcleo familiar quienes accederán al servicio de hotelería o casa de paso con alimentación por el tiempo que dure la estabilización y salida del paciente.

El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud reglamentará el funcionamiento de la UPC diferencial para víctimas del conflicto interno armado dentro de los tres meses siguientes a la entrada en vigencia la presente ley.

(...)"

Presentado por:

GERSON LISIMACO MONTAÑO ARIZALA
Representante a la Cámara CITREP-10

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

12:10pm

Carrera 7 No. 8 - 68 Oficina 446B Edificio Nuevo del Congreso
gerson.montano@camara.gov.co

Art 12

602

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

GERSON LISÍMACO MONTAÑO

RECOMPAS

Bogotá, diciembre de 2024.

Doctor:
Jaime Raúl salamanca Torres.
Presidente Honorable Cámara de Representantes
Congreso de la República.
Ciudad. -

Cordial saludo.
Comedidamente me permito presentar proposición modificatoria y aditiva al numeral 12 del artículo 12 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

PROPOSICION MODIFICATORIA Y ADITIVA

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

" (...)

12. El pago de servicios de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental del paciente y su acompañante; ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo. **Tratándose de los acompañantes se les garantizara los gastos de hotelería o casas de paso, así como su alimentación.**

(...)"

Presentado por:

GERSON LISIMACO MONTAÑO ARIZALA
Representante a la Cámara CITREP-10

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO
12:10h

Carrera 7 No. 8 - 68 Oficina 446B Edificio Nuevo del Congreso
gerson.montano@camara.gov.co

ART 12
603

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OLGA LUCÍA Velásquez

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES "

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

ALO 2 13

Adiciónese un numeral al artículo 12, el cual quedará así:

(...)

30. Se destinarán recursos para la promoción de la buena salud mental, la prevención de enfermedades y trastornos mentales, así como para la investigación en salud mental. Esto incluirá la realización de campañas de prevención y promoción de la salud mental, así como el fomento y apoyo a la investigación en este ámbito. Además, se desarrollarán rutas de atención integradas que garanticen el acceso de la población colombiana a los servicios de salud mental disponibles. También se llevará a cabo la capacitación de los trabajadores de atención primaria en salud para asegurar el manejo adecuado de los problemas de salud mental en el primer nivel de atención.

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

KAREN MANRIQUE
CONGRESISTA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
COMISIÓN PRIMERA CONSTITUCIONAL

ACT 12

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

604

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

CÁMARA DE REPRESENTANTES
PLENARIA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara
"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"

PROPOSICIÓN

ADICIÓNESE UN PARÁGRAFO NUEVO, AL ARTÍCULO 12, DEL PRESENTE PROYECTO DE LEY EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

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

[...]

Parágrafo nuevo. Se priorizará la asignación de recursos hacia las regiones con mayores inequidades en infraestructura y atención médica.

Atentamente,

Karen A Manrique O
Representante a la Cámara
Comisión Primera
CITREP 2, Arauca.

Edificio Nuevo Del Congreso, Carrera 7 Nº 8-68, oficina 619
Conmutador: (+57) (601) 390 4050 | Extensión 3613 - 3611, Bogotá - Colombia
karen.manrique@camara.gov.co | @KarenManriqueO

ALT 12

605

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá D.C., diciembre de 2024

Señor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General H. Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
11 DIC 2024
RECIBIDO
5:03 pm

ASUNTO: Proposición modificativa

PROYECTO DE LEY: 312 de 2024 Cámara

REPRESENTANTE: JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ

Por medio del presente, me permito radicar **PROPOSICIÓN MODIFICATIVA AL NUMERAL 3 DEL ARTÍCULO 12** propuesto en el texto del proyecto 312 de 2024 Cámara.

Me permito radicar modificación del artículo 12 del texto propuesto para segundo debate en la plenaria de la Cámara de Representantes del proyecto de ley 312 de 2024 Cámara, la cual consiste en la **eliminación** del numeral 3

> ~~*3. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.*~~

Cordialmente.

JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ
H. Representante Departamento de Antioquia
Partido Centro Democrático

Art 12
606

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Incorpórese tres (3) incisos al artículo 12 del proyecto de Ley 319 de 2024 Cámara de Representantes "Por medio del cual se modifica el sistema de salud" de la siguiente manera:

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

1. La financiación de los servicios del nivel primario conforme a los presupuestos estándar en sus componentes fijo y variable, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y la operación de los equipos de salud territorial.
2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa y la prestación de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territoriales.
3. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos que define la presente Ley.
5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta.
6. La atención de poblaciones especiales o migrantes que determine la norma legal.
7. Los servicios sociales complementarios en salud, según lo definido en la presente Ley.
8. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
9. El saneamiento financiero de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.
10. El Fortalecimiento de la infraestructura y la dotación de la red pública hospitalaria y su mantenimiento.
11. El fortalecimiento de la Red Nacional de Atención de Urgencias.
12. El pago de servicios de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental del paciente y su acompañante; ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.
13. El financiamiento de los laboratorios de salud pública y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, conforme a lo establecido en la presente Ley.
14. El pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad, y para las Gestoras de Salud y Vida.
15. La formación del talento humano en salud.
16. El pago de las incapacidades por enfermedad general de origen común.
17. El pago de remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.
18. El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes.
19. El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a este propósito contenido en el punto 1 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz.

20. El pago de la atención de pacientes lesionados en accidentes de tránsito por vehículos sin póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) o no identificados, así como el pago en exceso de las aseguradoras del SOAT de tarifa reducida; o los ajustes que se deriven de la reglamentación del SOAT.
21. El pago de indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de accidentes de tránsito según la reglamentación, eventos terroristas o eventos catastróficos, así como los gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011 y la Ley 2078 de 2021 o de las que las sustituyan o modifiquen.
22. El aporte inicial y el ahorro anual en el Fondo de Catástrofes y Epidemias, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para tal efecto.
23. El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemias, con cargo al Fondo creado para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
24. Las medidas de atención en salud de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para las cuales, los recursos asignados serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas.
25. Otros programas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la ADRES con recursos de inversión o funcionamiento.
26. El pago de las obligaciones producto de decisiones judiciales u obligaciones previas reconocidas legalmente, con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente Ley.
27. Los gastos de funcionamiento de la ADRES de acuerdo con las normas legales vigentes.
28. Los recursos que por vigilancia corresponda transferir a la Superintendencia Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno nacional.

Los demás gastos que por disposición legal se determinen para el Sistema de Salud

La Administradora de Recursos del Sistema de Salud deberá reconocer y contabilizar las obligaciones contables y financieras a su cargo siguiendo un régimen de reservas técnicas asimilable al de las Empresas Promotoras de Salud o en su defecto al de las empresas aseguradoras vigiladas por la Superintendencia Financiera.

El régimen de reservas es una condición indispensable para la sostenibilidad del sistema de salud y la garantía del derecho fundamental bajo el modelo de aseguramiento social. El reconocimiento de los pasivos contingentes o reconocidos debe garantizarse plenamente con inversiones en las mejores condiciones de seguridad, liquidez y rentabilidad. En todo caso los pasivos reconocidos y la inversión de los recursos para su financiación deben ser equivalentes.

La Nación, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, así como del Ministerio de Hacienda diseñará e implementará el modelo actuarial y financiero que permita la mejor estimación de los compromisos conocidos y por conocer del sistema de salud. El Ministerio de Hacienda será el responsable de la provisión adecuada y suficiente de los recursos y la Superintendencia de Salud la encargada de velar por su correcta cuantificación y constitución.

Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde

ART 12

608

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
12 DIC 2024
RECIBIDO
9:17am

PROPOSICION DE ELIMINACION AL NUMERAL 23 DE ARTICULO 12 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".

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

~~23. **El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemias, con cargo al Fondo creado para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.**~~

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ART 12
(5)
609

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá D.C., diciembre de 2024

Señor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General H. Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
11 DIC 2024
RECIBIDO
5:03

ASUNTO: Proposición modificativa

PROYECTO DE LEY: 312 de 2024 Cámara

REPRESENTANTE: JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ

Por medio del presente, me permito radicar **PROPOSICIÓN MODIFICATIVA AL NUMERAL 18 DEL ARTÍCULO 12** propuesto en el texto del proyecto 312 de 2024 Cámara.

Me permito radicar modificación del artículo 12 del texto propuesto para segundo debate en la plenaria de la Cámara de Representantes del proyecto de ley 312 de 2024 Cámara, la cual consiste en la **eliminación** del numeral 18

> ~~*18. El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes.*~~

Cordialmente.

JHON JAIRO BERRIO LOPEZ
H. Representante Departamento de Antioquia
Partido Centro Democrático

Art 12

610

C

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo **12** del **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".***

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

(...)

27. Los gastos de funcionamiento de la ADRES de acuerdo ~~con las normas legales vigentes~~ **a lo que estipule la presente ley**.

.

(...)

Cordialmente,

Jennifer Pedraza S

JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL
CC. 1.010.227.070 de Bogotá D.C.
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
Partido Dignidad

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
3:50pm

ART 12

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

AGS-917-2024 III

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento del Guainía y de conformidad con el artículo 113 y 114 de la ley 5ª de 1992, me permito presentar la siguiente proposición modificatoria numeral 5 del artículo 12 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara – acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" las modificaciones propuestas se resaltan en negrilla y subrayado en la siguiente tabla:

TEXTO ORIGINAL	TEXTO PROPUESTO
Artículo 12. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán destinados a lo siguiente: Numeral: 5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta.	**Artículo 12. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).** Los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán destinados a lo siguiente: Numeral: 5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta, <u>estos pagos se realizarán previa regulación de tarifas y activación o definición de los mecanismos de control.</u>

Atentamente,

ALEXANDER GUARÍN SILVA
Representante a la Cámara por el Guainía

JUSTIFICACIÓN:

Con la proposición presentada se puede evitar la desviación de recursos o pagos desproporcionados entre operadores, especialmente de los servicios prestados en las zonas rurales.

Partido de la Unión por la gente.
AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA
Carrera 7 No. 8 – 62 Edificio Nuevo del Congreso
Oficina 544B Ext. 3101 - 3102

ALT 12

612

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Camara por Bogotá

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 12 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

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

1. La financiación de los servicios del nivel primario conforme a los presupuestos estándar en sus componentes fijo y variable, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y la operación de los equipos de salud territorial **que tendrán que ser adicionales a los contemplados a la Unidad de Pago por Capacitación – UPC de mediana y alta complejidad**.
2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territorial, **que tendrán que ser adicionales a los contemplados a la Unidad de Pago por Capacitación – UPC de mediana y alta complejidad**.
3. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, **que tendrán que ser adicionales a los contemplados a la Unidad de Pago por Capacitación (UPC) de mediana y alta complejidad**
4. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente Ley.
5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta.
6. La atención de poblaciones especiales o migrantes que determine la norma legal.
7. ~~Los servicios sociales complementarios en salud, según lo definido en la presente Ley.~~
8. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación **y estudio técnico realizado** por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
9. El saneamiento financiero de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del

Estado, **por el término de dieciocho (18) meses contados a partir de su transformación en ISE**.

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

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

Act 12
6/3

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA
PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA- ACUMULADO PROYECTO DE LEY No. 135 DE 2024 CÁMARA

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

El suscrito representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la Ley 5 de 1992 somete a consideración del Presidente y los miembros de la plenaria de la Honorable Cámara de Representantes, la siguiente proposición aditiva de numeral nuevo al artículo 12, el cual quedara así:

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

(...)

Numeral nuevo. El pago de la remuneración del talento humano en salud, de acuerdo con la normatividad que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente norma."

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ
Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER
Representante a la Cámara

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA
PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA- ACUMULADO PROYECTO DE LEY No. 135 DE 2024 CÁMARA

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

El suscrito representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la Ley 5 de 1992 somete a consideración del Presidente y los miembros de la plenaria de la Honorable Cámara de Representantes, la siguiente proposición aditiva de numeral nuevo al artículo 12, el cual quedara así:

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

(...)

Numeral nuevo. Al pago del apoyo de sostenimiento a residentes de conformidad con lo previsto en el artículo 7 de la ley 1917 de 2018."

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ
Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

ART 13

615

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

25. Otros programas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la ADRES con recursos de inversión o funcionamiento.
26. El pago de las obligaciones que surjan de decisiones judiciales u obligaciones previas reconocidas legalmente, previo a la entrada en vigencia de la presente Ley.
27. Los gastos de funcionamiento de ADRES de acuerdo con las normas legales vigentes.
28. Los recursos que por vigilancia corresponda transferir a la Superintendencia Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno Nacional.
29. Los demás gastos que por disposición legal se determinen para el sistema de salud, **que serán financiados con recursos adicionales a los contemplados a la Unidad de Pago por Capacitación – UPC de mediana y alta complejidad**.

Atentamente,

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

Cristian Avendaño

bkr 12

616

CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA

Ana Rogelia Monsalve

REPRESENTANTE A LA CÁMARA
COMUNIDADES AFRODESCENDIENTES

CAMARA DE REPRESENTA
SECRETARIA GENE
LEYES
17 DIC 2024

PROPOSICIÓN

Modifíquese el numeral 2° del artículo 12 del texto propuesto para segundo debate al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

ALC
$ 37

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

(...)

2. *Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa y la prestación de servicios de salud de las poblaciones rurales,* ***comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, población indígena y pueblo ROM*** *y dispersas por parte de los equipos de salud territoriales.*

(...)

Atentamente,

ANA ROGELIA MONSALVE ÀLVAREZ
Representante a la Cámara
Circunscripción Especial Afrodescendiente
Partido Demócrata Colombiano

Carrera 7 No. 8 - 68 Ed. Nuevo del Congreso
Oficina 345-B
Bogotá D.C - Colombia

www.camara.gov.co
ana.monsalve@camara.gov.co
twitter@anamonsalvea
Facebook: ana monsalve álvarez
Conmutador: (+57) (601) 8770720 Ext: 4304 - 4305

DIÓGENES QUINTERO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
CATATUMBO

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 12 del Proyecto de Ley 312 de 2024 – Cámara, *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"* el cual quedará así:

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

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

www.diogenesquintero.com
diogenes.quintero@camara.gov.co
@diogenesqa

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

29. Los recursos que por vigilancia corresponda transferir a la Superintendencia Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno nacional.
30. Los demás gastos que por disposición legal se determinen para el Sistema de Salud.

DIÓGENES QUINTERO AMAYA
Representante a la Cámara
Catatumbo

Art 12

620

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Karmen
Karmen Ramírez Boscán
REPRESENTANTE
Curul Internacional

Bogotá D.C., 10 de diciembre de 2024

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

Honorables Representantes
Mesa Directiva
Cámara de Representantes

Honorables Representantes
Ponentes
Cámara de Representantes

ALC 12/372

REFERENCIA: Proposición al 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".

Adiciónese un nuevo numeral al Artículo 12 del Proyecto de Ley 312 de 2024 "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", quedando de la siguiente manera:

> "Numeral: La financiación de servicios médicos de emergencia y repatriaciones sanitarias de colombianos en el exterior en situaciones de vulnerabilidad será responsabilidad del sistema de salud, bajo criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dichos criterios deberán considerar las condiciones socioeconómicas, la gravedad de la situación médica y la disponibilidad de recursos, y serán establecidos en coordinación con el Ministerio de Relaciones Exteriores."

Argumentos

La inclusión de un nuevo numeral en el artículo 12, el cual permite la financiación de servicios médicos de emergencia y repatriaciones sanitarias para colombianos en el exterior, es una medida que refuerza el compromiso del Estado con la protección integral de todos sus ciudadanos. Este enfoque reconoce que las emergencias médicas y las necesidades de repatriación son situaciones críticas que no pueden dejarse desatendidas, especialmente en contextos de vulnerabilidad.

Definir los criterios de acceso a estos servicios a través de una colaboración entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Relaciones Exteriores asegura que las medidas respondan a las necesidades reales de la población en el exterior. Estos criterios deben incluir una evaluación de factores como la gravedad de la emergencia médica, la situación económica de las personas afectadas y la disponibilidad de recursos logísticos y financieros.

Además, la coordinación entre los ministerios involucrados garantiza un uso eficiente y transparente de los recursos asignados para estos servicios. Este enfoque evita duplicidades y permite priorizar

casos críticos, asegurando una respuesta rápida y efectiva a las necesidades de salud de los colombianos en el exterior.

Atentamente,

Carmen Felisa Ramírez Boscán
Representante a la Cámara
Circunscripción internacional

Art 12

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Wilmer Castellanos
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 FEB 2025
RECIBIDO

Art 12

621

9:51am

PROPOSICIÓN

AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C "*POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*"

Modifíquese el artículo 12 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "*POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*", el cual quedará así:

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

1. La financiación de los servicios del nivel primario conforme a los presupuestos estándar en sus componentes fijo y variable, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y la operación de los equipos de salud territorial.

2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa y la prestación de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territoriales.

3. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

4. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos que define la presente Ley.

5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta.

6. La atención de poblaciones especiales o migrantes que determine la norma legal.

7. Los servicios sociales complementarios en salud, según lo definido en la presente Ley.

8. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

9. El saneamiento financiero de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.

10. El Fortalecimiento de la infraestructura y la dotación de la red pública hospitalaria y su mantenimiento.

11. El fortalecimiento de la Red Nacional de Atención de Urgencias.

12. El pago de servicios de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental del paciente y su acompañante; ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.

13. El financiamiento de los laboratorios de salud pública y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, conforme a lo establecido en la presente Ley.

14. El pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad~~, y para las Gestoras de Salud y Vida~~.

15. La formación del talento humano en salud.

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

16. El pago de las incapacidades por enfermedad general de origen común.

17. El pago de remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

18. El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes.

19. El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a este propósito contenido en el punto 1 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz.

20. El pago de la atención de pacientes lesionados en accidentes de tránsito por vehículos sin póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) o no identificados, así como el pago en exceso de las aseguradoras del SOAT de tarifa reducida; o los ajustes que se deriven de la reglamentación del SOAT.

21. El pago de indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de accidentes de tránsito según la reglamentación, eventos terroristas o eventos catastróficos, así como los gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011 y la Ley 2078 de 2021 o de las que las sustituyan o modifiquen.

22. El aporte inicial y el ahorro anual en el Fondo de Catástrofes y Epidemias, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para tal efecto.

23. El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemias, con cargo al Fondo creado para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

24. Las medidas de atención en salud de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para las cuales, los recursos asignados serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas.

25. Otros programas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la ADRES con recursos de inversión o funcionamiento.

26. El pago de las obligaciones producto de decisiones judiciales u obligaciones previas reconocidas legalmente, con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente Ley.

27. Los gastos de funcionamiento de la ADRES de acuerdo con las normas legales vigentes.

28. Los recursos que por vigilancia corresponda transferir a la Superintendencia Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno nacional.

29. Los demás gastos que por disposición legal se determinen para el Sistema de Salud.

WILMER CASTELLANOS HERNANDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

622

JUSTIFICACIÓN

Proponemos modificar el numeral 14, en consideración a que las gestoras de vida, no deben participar de los incentivos que sí son totalmente válidos para los prestadores del servicio, que son las verdaderamente encargados de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en esta iniciativa legislativa.

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

Art 12

623

JULIÁN LÓPEZ CONGRESISTA

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento del Valle del Cauca y de conformidad con el artículo 113 y 114 de la ley 5ª de 1992, me permito presentar la siguiente proposición modificatoria del numeral decimo (10) del artículo doceavo (12) del Proyecto de ley No.312 de 2024, **"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"** las modificaciones propuestas se resaltan en negrilla y subrayado en la siguiente tabla:

TEXTO ORIGINAL	TEXTO PROPUESTO
Artículo 12. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán destinados a lo siguiente: (...)	**Artículo 12. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).** Los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán destinados a lo siguiente: **(...)** 10.El Fortalecimiento, **mejoramiento y creación** de la infraestructura y la dotación de la red pública hospitalaria y su mantenimiento.

1

Atentamente,

JULIÁN DAVID LÓPEZ TENORIO
Representante a la Cámara

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
11 FEB 2025
RECIBIDO
5:10 pm

JULIÁN LÓPEZ CONGRESISTA
Oficina:343B-344B Edificio Nuevo Congreso
Teléfono:(57+1)3904050 ext. 4163-4302-4303 Celular:3024629992
julian.lopez@camara.gov.vo julianlopezte julianlopezte Julián López

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
04 MAR 2025
RECIBIDO

Art 13 (-)

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 13 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

~~**Artículo 13. Fondo Único Público de Salud.** Créese el Fondo Único Público de Salud cuya fuente serán los recursos a los que hace 35encia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud, sin personería jurídica ni planta de personal propia. Será administrado por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES).~~

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

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

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

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

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

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

JUSTIFICACIÓN

Según la ANDI "*se fragmenta la mancomunación de recursos para crear dos subcuentas, esto genera ineficiencia en la administración de los recursos, similar a lo que sucedía en el FOSYGA*", para ACEMI la inmovilización de recursos, dificulta la asignación de recursos al no ser una bolsa común y revive igualmente la mala experiencia del FOSYGA.

Según ACEMI "*prioriza la Atención primaria en salud y el gasto en infraestructura. Aparece residual el aseguramiento (La upc de la mediana y alta complejidad). Es ahí donde el sistema más consume y donde la senda de gasto por envejecimiento y presión tecnológica tiende a aumentar. No hay una nota técnica que demuestre que la mayor inversión en APS tiene un efecto en la disminución de los enfermos, al menos en el corto plazo*".

Art 13
626

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OLGA LUCÍA Velásquez

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES "

Modifíquese el Artículo 13 del Proyecto de ley 312 de Camara que quedaría así:

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

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

Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud serán las de:
a. Atención Primaria en Salud.
b. Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.
c. Sub - cuenta para la promoción de la buena salud mental, prevención de la enfermedad y trastorno mental, e investigación en Salud Mental.

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

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

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

Avr 13
627

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presento:

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 13° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

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

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

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

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

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

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

Parágrafo: El Fondo Único Público de Salud deberá implementar un sistema de rendición de cuentas anual, accesible al público, que detalle el origen y uso de los recursos en cada una de las cuentas, promoviendo la transparencia y permitiendo el control social y ciudadano sobre la gestión de los recursos de salud.

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

KAREN MANRIQUE
CONGRESISTA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
COMISIÓN PRIMERA CONSTITUCIONAL

ALI 13

628

CÁMARA DE REPRESENTANTES
PLENARIA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara
"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"

PROPOSICIÓN

ADICIÓNESE UN PARÁGRAFO NUEVO, AL ARTÍCULO 13, DEL PRESENTE PROYECTO DE LEY EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

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

[...]

Parágrafo nuevo. Se implementarán auditorías periódicas y mecanismos de veeduría ciudadana para supervisar la correcta asignación y uso de los recursos.

Atentamente,

Karen A Manrique O
Representante a la Cámara
Comisión Primera
CITREP 2, Arauca.

Edificio Nuevo Del Congreso, Carrera 7 Nº 8-68, oficina 619
Conmutador: (+57) (601) 390 4050 | Extensión 3613 - 3611, Bogotá - Colombia
karen.manrique@camara.gov.co | @KarenManriqueO

ART 13

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
HERÁCLITO LANDÍNEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
13 FEB 2025
RECIBIDO

629

Bogotá D.C, 10 de febrero de 2025

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición modificativa al **artículo 13, al Proyecto de Ley No. 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 13. Fondo Único Público de Salud. Créese el Fondo Único Público de Salud cuya fuente serán los recursos a los que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud, sin personería jurídica ni planta de personal propia. Será administrado por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

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

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

a. Atención Primaria en Salud.

b. Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.

c. Atención de Catástrofes, Epidemias y Contingencias

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

La inspección, vigilancia y control del Fondo Único Público de Salud será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y de las demás autoridades **señaladas** ~~competentes establecidas~~ por la Constitución y la Ley.

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co
Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7ª No. 8-68. Primer Piso.

NT 14

630

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

KATHERINE MIRANDA

PROPOSICIÓN SUSTITUTIVA

Modifíquese el contenido del artículo 14 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

Artículo 14. Traslado presupuestal entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud. La ADRES no podrá realizar traslados presupuestales entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud, así como tampoco podrá destinar los recursos de las cuentas para fines distintos de los establecidos en los artículos 15, 16 y 17 de la presente ley.

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
9:29 am

Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde

Art 14

631

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
09 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN para adicionar un numeral al artículo 14:**

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

(...)

7. La garantía de la atención de enfermedades crónicas consideradas de alto costo por la normatividad vigente, en la misma condición en que se vienen prestando con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente Ley. Esta garantía debe ser cotejada con la información suministrada por la Cuenta de Alto Costo y de los prestadores que atienden estos servicios.

(...)

Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal

ART 14

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

632

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN para adicionar un numeral al artículo 14:**

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

(...)

7. La garantía de la atención de enfermedades crónicas consideradas de alto costo por la normatividad vigente, en la misma condición en que se vienen prestando con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente Ley. Esta garantía debe ser cotejada con la información suministrada por la Cuenta de Alto Costo y de los prestadores que atienden estos servicios.

(...)

Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal

ALT 14
633

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
16 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C
"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 14 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "*POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*", el cual quedará así:

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

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

2. Los traslados deberán estar orientados a atender las necesidades más urgentes del Sistema de Salud, priorizando la atención en salud de la población más vulnerable, la mejora en la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria.

3. No podrán trasladarse aquellos recursos que por disposición legal o reglamentaria estén destinados a un fin específico.

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

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

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

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia

JUSTIFICACIÓN

Se entiende que para optimizar el uso de los recursos y garantizar la atención en salud, la ADRES podrá realizar traslados presupuestales entre las **cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud**, de modo que en el numeral 1 no se podría considerar la Cuenta General para el Manejo como de carácter independiente, como quiera que del artículo 13 se lee que las dos únicas cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud serán las de:

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

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

Art 14

634

17 DIC 2024

RECIBIDO

PROPOSICIÓN___ 2024

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY 135 DE 2024 CÁMARA "POR EL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."

Adiciónese un parágrafo al artículo 14 del Proyecto de ley 312 de 2024, el cual quedará así:

Parágrafo. Los traslados presupuestales deberán priorizarse en municipios con los índices más altos de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), garantizando que la inversión en infraestructura, dotación, servicios y atención en salud contribuya a cerrar brechas territoriales y a mejorar las condiciones de vida de la población más vulnerable. Para este fin, la ADRES deberá realizar una evaluación periódica de los municipios con mayores inequidades en salud, asegurando la focalización efectiva de los recursos.

Atentamente,

JAMES MOSQUERA TORRES
Representante a la Cámara
CITREP 6 Chocó –Antioquia

James.mosquera@camara.gov.co Edificio Congreso Oficina 501

@JamesMosqueraT

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
5 DIC 2024
RECIBIDO

635 Art 14

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición modificativa al articulo 14 el cual quedará asi:

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

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

JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que es la cuenta general quien hace los traslados no es necesario señalarlo.

Representante a la Camara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

Constaneu

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
04 MAR 2025
RECIBIDO

636

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 14 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

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

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

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

Si bien se permite el traslado de recursos entre cuentas, esta requiere la aprobación por la Junta Directiva de la ADRES, previa evaluación técnica y financiera que justifique la necesidad del traslado, garantizando el equilibrio financiero del Fondo y la cobertura de las obligaciones priorizadas.

Según la ANDI "*se fragmenta la mancomunación de recursos para crear dos subcuentas, esto genera ineficiencia en la administración de los recursos, similar a lo que sucedía en el FOSYGA*", para ACEMI la inmovilización de recursos, dificulta la asignación de recursos al no ser una bolsa común y revive igualmente la mala experiencia del FOSYGA.

Según ACEMI "*prioriza la Atención primaria en salud y el gasto en infraestructura. Aparece residual el aseguramiento (La upc de la mediana y alta complejidad). Es ahí donde el sistema más consume y donde la senda de gasto por envejecimiento y presión tecnológica tiende a aumentar. No hay una nota técnica que demuestre que la mayor inversión en APS tiene un efecto en la disminución de los enfermos, al menos en el corto plazo*".

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
DE LA REPUBLICA
DE COLOMBIA
04 MAR 2025
RECIBIDO

ALT 15(-)

638

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 15 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

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

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

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

~~Estos recursos se destinarán a financiar:~~

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

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

~~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.~~

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

Según la ANDI "*se fragmenta la mancomunación de recursos para crear dos subcuentas, esto genera ineficiencia en la administración de los recursos, similar a lo que sucedía en el FOSYGA*", para ACEMI la inmovilización de recursos, dificulta la asignación de recursos al no ser una bolsa común y revive igualmente la mala experiencia del FOSYGA.

Según ACEMI "*prioriza la Atención primaria en salud y el gasto en infraestructura. Aparece residual el aseguramiento (La upc de la mediana y alta complejidad). Es ahí donde el sistema más consume y donde la senda de gasto por envejecimiento y presión tecnológica tiende a aumentar. No hay una nota técnica que demuestre que la mayor inversión en APS tiene un efecto en la disminución de los enfermos, al menos en el corto plazo*".

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIECER Salazar
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICACIÓN

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición de modificación al artículo 15 el cual quedará asi:

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~~ **tener un** 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.

Representante a la Camara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición aditiva al artículo 15, 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...

   (...)

Numeral nuevo. Los recursos de que trata el artículo 42 de la Ley 1438 de 2011 en lo que corresponda a financiamiento de la Atención Primaria en Salud.

(...)"

Representante a la Camara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Art 15
643

ELIÉCER SALAZAR LÓPEZ
Representante a la Cámara
SECRETARÍA GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO

ALC
9 300

PROPOSICIÓN MODIFICACIÓN

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición de modificación al numeral 1 del articulo 15, el cual quedará asi:

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 **del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones que trata Ley 715 de 2001.** ~~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 (...)"

JUSTIFICACIÓN

La explicación en el númeral no es necesaria y se debe especificar en que componente es donde salen los recursos.

Representante a la Camara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

Art 15

694

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
09 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN:**

Artículo 15. Cuenta de Atención Primaria en Salud. La Cuenta de Atención Primaria en Salud, **integra los recursos que se asignen en la definición de la Unidad de pago por Capitación (UPC) destinados a la Atención Primaria en Salud (APS). Estos recursos serán definidos una vez el Ministerio de Salud y Protección Social establezca, mediante un análisis técnico, variables como el costo de prestación de servicios de salud en cada municipio, de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población, las condiciones de salud de los habitantes, el alcance y los contenidos de los servicios a prestar y la disponibilidad de la oferta en el territorio y** 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.

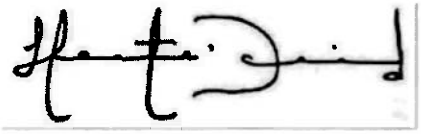
Estos recursos deberán considerarse en la definición de la Unidad de pago por Capitación (UPC) con destino a la Atención Primaria en Salud y su crecimiento progresivo, luego de que el Ministerio de Salud y Protección defina técnicamente los alcances, inclusiones, costeo de la atención y costo de la disponibilidad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

Estos recursos se destinarán a financiar:

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

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

Atentamente



HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal

JUSTIFICACIÓN

Es indispensable definir los componentes que integran la Cuenta de Atención Primaria en Salud y el rol que ésta juega dentro de la definición de la Unidad de Pago por Capitación.

Sobre el particular, es fundamental que el Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector, cuente con los insumos pertinentes, necesarios, conducentes y útiles, los cuales necesariamente deben provenir desde la óptica técnica para la definición de éstos recursos, los cuales permitan garantizar no solo la suficiencia de los mismos, sino que mediante ellos se haga efectiva la cobertura de manera integral, factores éstos que si bien se fundamentan en aspectos inherentes a la salud pública, el ámbito territorial juega un papel preponderante a efectos de maximizar la universalidad en la cobertura a las diferentes latitudes del territorio nacional.

Es por lo anterior, que en atención a dichos propósitos, los recursos para la determinación de la Unidad de Pago por Capitación y por consiguiente la Cuenta de Atención Primaria en Salud, se integren de acuerdo a factores más que meramente económicos, de acuerdo a estudios en esencia técnicos que permitan brindar un panorama real de acuerdo a la condición de salud de la población, las necesidades de la misma y las condiciones de oferta, partiendo desde las municipalidades como núcleo primario de nuestra división política.

En ese sentido y siguiendo la línea de lo anterior, resulta imperativo que por uniformidad de manejo, así como se encuentran definidos los criterios para la UPC complementaria, es importante de igual manera disponer de los factores e insumos necesarios para definir la UPC para la atención del nivel primario en atención a las diferentes necesidades de cada territorio.

ART 15

647

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

AJO
10/56a

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN:**

Artículo 15. Cuenta de Atención Primaria en Salud. La Cuenta de Atención Primaria en Salud, **integra los recursos que se asignen en la definición de la Unidad de pago por Capitación (UPC) destinados a la Atención Primaria en Salud (APS). Estos recursos serán definidos una vez el Ministerio de Salud y Protección Social establezca, mediante un análisis técnico, variables como el costo de prestación de servicios de salud en cada municipio, de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población, las condiciones de salud de los habitantes, el alcance y los contenidos de los servicios a prestar y la disponibilidad de la oferta en el territorio y** 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).
2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial,
3. La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos.
4. Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal

JUSTIFICACIÓN

Es indispensable definir los componentes que integran la Cuenta de Atención Primaria en Salud y el rol que ésta juega dentro de la definición de la Unidad de Pago por Capitación.

Sobre el particular, es fundamental que el Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector, cuente con los insumos pertinentes, necesarios, conducentes y útiles, los cuales necesariamente deben provenir desde la óptica técnica para la definición de éstos recursos, los cuales permitan garantizar no solo la suficiencia de los mismos, sino que mediante ellos se haga efectiva la cobertura de manera integral, factores éstos que si bien se fundamentan en aspectos inherentes a la salud pública, el ámbito territorial juega un papel preponderante a efectos de maximizar la universalidad en la cobertura a las diferentes latitudes del territorio nacional.

Es por lo anterior, que en atención a dichos propósitos, los recursos para la determinación de la Unidad de Pago por Capitación y por consiguiente la Cuenta de Atención Primaria en Salud, se integren de acuerdo a factores más que meramente económicos, de acuerdo a estudios en esencia técnicos que permitan brindar un panorama real de acuerdo a la condición de salud de la población, las necesidades de la misma y las condiciones de oferta, partiendo desde las municipalidades como núcleo primario de nuestra división política.

En ese sentido y siguiendo la línea de lo anterior, resulta imperativo que por uniformidad de manejo, así como se encuentran definidos los criterios para la UPC complementaria, es importante de igual manera disponer de los factores e insumos necesarios para definir la UPC para la atención del nivel primario en atención a las diferentes necesidades de cada territorio.

Art 15

650

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presento

SECRETARÍA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 15° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, 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).
2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial,
3. La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos.
4. **Programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, priorizando intervenciones en poblaciones vulnerables.**
5. 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.

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

Art 15.

651

Martha Alfonso
Congresista

Bogotá D.C. Diciembre 10 de 2024

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

2:13pm

Honorable Representante
Jaime Raul Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

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

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

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

Modifíquese el artículo 15, el cual quedara así:

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

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

Martha Alfonso
Congresista

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).
2. **Los medios diagnósticos y terapéuticos que se definan para una Atención Primaria en Salud Resolutiva**
3. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial,
4. La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos.
5. Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

Justificación: Con el objetivo de volver más eficiente el acceso a los servicios de salud para los pobladores, es indispensable que en los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS se pueda dispensar medicamentos básicos de uso ambulatorio. Estos medicamentos deben poder ser financiados con los recursos de la UPC para Atención Primaria en Salud.

Respetuosamente,

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

Bogotá-Conmutador: (+57) (601) 3770720 Dirección: Calle 10 No. 7- 51 Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 - 68 of - 632 - Correo: martha.alfonso@camara.gov.co

ART 15

652

PROPOSICION MODIFICATIVA

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"

Modifíquese el artículo 15 del proyecto de ley, 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.

(...)

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

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

Parágrafo: La asignación de los recursos destinados a la Cuenta de Atención Primaria en Salud deberá realizarse bajo criterios de equidad territorial, priorizando regiones rurales, dispersas y con altos índices de vulnerabilidad social. Para ello, se implementará un sistema de clasificación basado en indicadores de necesidades sanitarias, disponibilidad de infraestructura y condiciones socioeconómicas locales, asegurando una distribución justa y proporcional. Además, se incentivará financieramente a las entidades que operen en zonas priorizadas, promoviendo su sostenibilidad y fortalecimiento.

De los Honorables Representantes

CARLOS FELIPE QUINTERO OVALLE
Representante a la Cámara
Departamento de Cesar

653 ART 15

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
14 FEB 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 15º 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" de la siguiente manera:

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

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

Parágrafo. Los recursos que se integren en la Cuenta de Atención Primaria en Salud estarán sujetos a la definición de la Unidad de Pago por Capitación destinada a este nivel de atención, una vez el Ministerio de Salud y Protección Social establezca los alcances técnicos, las inclusiones, la estructura de costos de la atención y el costo de disponibilidad de los servicios para lo cual tendrá un plazo no mayor a seis (6) meses contados a partir de la expedición de la presente ley.

VICTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 15 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud 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) **y los insumos asociados para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el cuidado, incluidos los cuidados paliativos.**

2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial,
3. La atención pre hospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos.
4. Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

Cordialmente,

HUGO ALFONSO ARCHILA SUÁREZ
Representante a la Cámara
Departamento del Casanare.

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
CÁMARA DE REPRESENTANTES
04 MAR 2025
RECIBIDO

ART 16(-) 656

Constaus

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 16 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

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

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

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

1. ~~Al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social,~~
2. ~~Al transporte intermunicipal, interdepartamental medicalizado de los departamentos y distritos.~~

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

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

Según la ANDI "*se fragmenta la mancomunación de recursos para crear dos subcuentas, esto genera ineficiencia en la administración de los recursos, similar a lo que sucedía en el FOSYGA*", para ACEMI la inmovilización de recursos, dificulta la asignación de recursos al no ser una bolsa común y revive igualmente la mala experiencia del FOSYGA.

ALT 16

659

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

HERÁCLITO LANDÍNEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

Bogotá D.C, 09 de diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición modificativa al **artículo 16** del **Proyecto de Ley No. 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 16. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria tendrá las siguientes fuentes:

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta **en salud** ~~para~~ **de** los departamentos, **municipios** y ~~de los~~ distritos ~~que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos.~~

(...)

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO
11:30am

Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co
Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7ª No. 8-68. Primer Piso.

Alt 16
660

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presento

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 16° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

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

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

Estos recursos se destinarán a los siguientes usos:

1. Al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, **priorizando instituciones en zonas alejadas, de alta vulnerabilidad y con mayores necesidades sanitarias.**
2. Al transporte intermunicipal, interdepartamental medicalizado de los departamentos y distritos.

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

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

ART 16

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
16 DIC 2024
RECIBIDO

661

PROPOSICIÓN

AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C
"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 16 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "*POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*", el cual quedará así:

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

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

Estos recursos se destinarán a los siguientes usos:

1. Al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social,
2. Al transporte intermunicipal, interdepartamental medicalizado de los departamentos y distritos.

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

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

JUSTIFICACIÓN

En caso de mantenerse la disposición con solo atención de alta y mediana complejidad deja por fuera la baja complejidad. En Colombia, se ha identificado que la atención en salud de baja complejidad es fundamental para abordar las necesidades de salud de la población, especialmente en áreas rurales y remotas, por lo que invertir en la atención de baja complejidad puede ser clave para mejorar la salud y el bienestar de la población, aumentando la calidad y la cobertura en las áreas más apartadas del país.

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

ART 17

662

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.

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.

JUSTIFICACIÓN

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

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ALT 17
664

ELIÉCER SALAZAR JARAMILLO
Representante a la Cámara

SECRETARÍA GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición aditiva en el sentí de incluir dos numerales al artículo 17, el cual quedará asi:

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

1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis.
2. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, y la prestación económica por maternidad a las mujeres y personas no cotizantes según lo definido en la presente Ley.
3. El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo.
4. El financiamiento para la formación en salud.
5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.
6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que se deban reconocer por Accidentes de Tránsito y eventos terroristas, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras del SOAT.
7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.
8. Pago de remuneración por la administración a las Gestoras de Salud y Vida.
9. Pago de incentivos para los prestadores de mediana y alta complejidad y Gestoras de Salud y Vida.
10. **El pago de la remuneración del talento humano en salud, de acuerdo con la normatividad que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente norma.**
11. **Al pago del apoyo de sostenimiento a residentes de conformidad con lo previsto en el artículo 7 de la ley 1917 de 2018.**

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

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

ALT 17
665

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN para adicionar un numeral al artículo 17 :**

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

(...)

10. El pago de servicios de atención a enfermedades crónicas consideradas de Alto Costo por la normatividad vigente, para garantizar la continuidad de la atención de estas enfermedades por los prestadores de carácter público, privado y/o mixto en las condiciones que se vienen prestando con anterioridad a la aprobación de esta Ley.

(...)

Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal

ART 17

666

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
09 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN para adicionar un numeral al artículo 17 :**

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

(...)

10. El pago de servicios de atención a enfermedades crónicas consideradas de Alto Costo por la normatividad vigente, para garantizar la continuidad de la atención de estas enfermedades por los prestadores de carácter público, privado y/o mixto en las condiciones que se vienen prestando con anterioridad a la aprobación de esta Ley.

(...)

Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal

ALT 17
667

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presento

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 17° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, 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, **capacitación continua y bienestar del talento humano** en salud.
5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.
6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que se deban reconocer por Accidentes de Tránsito y eventos terroristas, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras del SOAT.
7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.
8. Pago de remuneración por la administración a las Gestoras de Salud y Vida.
9. Pago de incentivos para los prestadores de mediana y alta complejidad y Gestoras de Salud y Vida.
10. **Inversión en programas de salud mental y prevención de adicciones, reconociendo su creciente importancia en la salud pública.**

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

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

Art 17 Art 17

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

JORGE RODRIGO TOVAR
CÁMARA DE PAZ 2022-2026

668

1:50 pm

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

Modifíquese el numeral cuarta del **ARTÍCULO 17** del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

Artículo 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, **aplicando un enfoque diferencial y territorial para las zonas rurales**.
5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.

(…)

Del Honorable Congresista,

JORGE RODRIGO TOVAR VÉLEZ
Representante a la Cámara
CITREP No. 12 Cesar, Magdalena y La Guajira
Asociación Paz es Vida (Pa-Vida)

Cra 7 8-68 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
utl.jorge-tovar@camara.gov.co jorgerodrigotovar.com
jorgerodrigotovar | jorgerodrigotv | jorgerodrigotv

PROPOSICIÓN

AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C
"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 17 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C *"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.
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.

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia

JUSTIFICACIÓN

Las gestoras de vida, no deben participar de los incentivos que sí son totalmente válidos para los prestadores del servicio, que son las verdaderamente encargados de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en esta iniciativa.

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

DIÓGENES QUINTERO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
CATATUMBO

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

Art 17
670

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 17 del Proyecto de Ley 312 de 2024 – Cámara, *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"* 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. <u>Financiamiento de la implementación y manutención del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</u>
6. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.
7. 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.
8. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.
9. Pago de remuneración por la administración a las Gestoras de Salud y Vida.
10. 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.

DIÓGENES QUINTERO AMAYA
Representante a la Cámara
Catatumbo

www.diogenesquintero.com
diogenes.quintero@camara.gov.co
@diogenesqa

Art 17

671

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

HERÁCLITO LANDÍNEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
13 FEB 2025
RECIBIDO

Bogotá D.C, 11 de febrero de 2025

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición de eliminación al **numeral 5 del artículo 17, al Proyecto de Ley No. 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 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:

(...)

~~5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias~~.

(...)

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co
Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7ª No. 8-68. Primer Piso.

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
04 MAR 2025
RECIBIDO

672 ART 18

Constan

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 18 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

~~**Artículo 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 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.~~

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

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

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

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

~~**Parágrafo 1.** En 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 sobreviniente 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.~~

~~**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.~~

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

Al definir de manera prioritaria los usos y los recursos de las cuentas de APS y de fortalecimiento de la red pública hospitalaria, la disponibilidad de recursos para la atención de mediana y alta complejidad queda desfinanciada. De hecho, se rompe la prioridad que el aseguramiento individual ha tenido en la legislatura vigente (artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015) y queda desprotegido el principal mecanismo de garantía del derecho fundamental a la salud en los términos de Ley Estatutaria.

Las fuentes no parecen ser suficientes para financiar estos conceptos de manera sostenible.

Constancia

ALT 186

676

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO
12:45pm

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROPOSICIÓN DE ELIMINACIÓN

PROPOSICIÓN DE ELIMINACIÓN

AL PROYECTO DE LEY No 312 DEL 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" EN SU ARTICULO 18.

ELIMINESE EL ARTICULO 18 DEL ACTUAL PROYECTO DE LEY

JUSTIFICACIÓN

La imposición de la ADRES como único receptor y pagador de un nuevo sistema no mejora la situación de salud del país. Por el contrario, aumenta los retrasos en los pagos, empeora la situación financiera de las IPS y refuerza la centralización política del sistema, lo que conlleva todos los riesgos de sostenibilidad fiscal que implica una modificación de este tipo. Es una realidad de facto, ya que así ha ocurrido en los últimos meses, y es evidente el detrimento del sistema.

Adicionalmente, convertir al ADRES en la entidad que autoriza los procesos de mediana y alta complejidad aumenta la demora en el sistema, aumenta la inequidad y solo genera mayor burocracia en el sistema.

Elkin Ospina

ELKIN OSPINA OSPINA
REP. CÁMARA POR ANTIOQUIA.

PROPOSICIÓN

Elimínese el artículo 18 del texto propuesto para segundo debate del proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así: 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 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 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.~~

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

1. ~~Se asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos~~

~~de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en territorio para la Atención Primaria en Salud, que le corresponde al Sistema de Salud.~~

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

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

~~Parágrafo 1. En 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 sobreviniente 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. 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.~~

~~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.~~

Atentamente,

Modesto Aguilera Vides
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico.

JUSTIFICACIÓN

Propongo eliminar el presente artículo, como quiera que no se incluyen las ordenanzas de la Corte Constitucional establecidas mediante auto 007 de 2025, basados en el seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, por medio de las cuales se identificaron los problemas de calidad y precisión en la información reportada por las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) del régimen subsidiado para calcular la UPC y se señalaron deficiencias en el sistema de datos que no reflejaban las necesidades reales de la población ni la frecuencia de uso de los servicios, entre otros problemas que afectan la suficiencia de la UPC.

La corte ordenó la creación de una metodología de ajuste que considere factores como siniestralidad, inflación, rezago acumulado desde 2021 y ajustes ex post. Esto, porque evidenció que el Ministerio ha realizado incrementos insuficientes en la UPC sin demostrar su suficiencia real. Este artículo 18 no incluye ninguno de estos factores, por lo que no garantiza la suficiencia de recursos en los términos de la Corte.

Otro aspecto que no garantiza la suficiencia de recursos es la fragmentación de la UPC en financiamiento por niveles de atención primaria y mediana-alta complejidad. Aquí, la financiación del nivel primario se hará vía oferta, lo que puede generar más desfinanciamiento en los servicios que dependen de presupuestos máximos. Esto representa un cambio estructural en la forma en que se asignan los recursos y afectaría el acceso y la continuidad en la atención. Esta fragmentación puede generar desigualdades en regiones con mayores costos operativos o con menor infraestructura en salud, afectando la equidad en la financiación.

Es importante señalar que la Corte Constitucional, en el Auto 007-25, punto 3.7.e, ordena al Ministerio de Salud "abstenerse de fraccionar la UPC o establecer destinaciones porcentuales específicas para otros fines diferentes a los PBS no UPC". Así, es posible que el artículo 18 sea inconstitucional porque contradice una orden expresa de la Corte Constitucional.

En conclusión, si bien este artículo busca garantizar la suficiencia de recursos, la metodología propuesta no incluye las ordenanzas de la Corte Constitucional, por lo que podría generar un efecto contrario, agravando la situación.

PROPOSICIÓN MODIFICACIÓN

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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"

Si el suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición de modificación; del articulo 18 el cual quedará asi:

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),~~ **De acuerdo con lo establecido en el Artículo 6º. de la presente Ley, el Consejo Nacional de Salud definirá el valor anual de la 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 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 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~~ **analisis** necesarios para definir la Unidad de Pago por Capitación ~~que requieran~~, deberán ser desarrollados **mediante un estudio técnico independiente con base en la información suministrada** 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.

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

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

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

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

El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y con el Departamento Nacional de Planeación, precisarán las diversas fuentes y tipos de recursos según su destinación:

a) Recursos destinados a la Atención Primaria en Salud que afectan positivamente los determinantes sociales relacionados en el Artículo 9 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, pero que no provienen del sector salud, ni están a cargo de la Administradora de los Recursos de Salud.

b) Recursos del Sistema de Salud que no son de la UPC, los subsidios a la oferta para salud pública, el Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, los CAPS y los Equipos Básicos de Salud, los destinados a infraestructura y dotación hospitalaria, la incorporación de los trabajadores de la salud a las plantas de personal, el Sistema Único de Información en Salud y los demás que se consideren necesarios.

c) Los recursos de la UPC definidos en este artículo para cubrir el PBS.

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 sobreviniente 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. 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~~ **2** 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.

JUSTIFICACIÓN

Es importante esclarecer que con dichos recursos tambien de se debe garantizar los pagos a los residentes que sirven de apoyo y el demas personal de talento humano.

Representante a la Camara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

ART 18
682

C

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN:**

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.

(...)

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

1. Se asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes, ~~y que~~ **donde se** consideren **previamente** 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.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

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

(...)

Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

JUSTIFICACIÓN

En línea con la proposición formulada sobre el Artículo 15 del informe de ponencia con relación a la Cuenta de Atención Primaria en Salud, es importante determinar que en cada municipio las necesidades de salud en la población así como la oferta de servicios es diferente, por ende es necesario que al momento de fijar el presupuesto per cápita para la atención en el nivel primario, se cuente con un ejercicio previo de definición de contenidos, cobertura y alcance desde la perspectiva técnica pues dicho insumo estimamos que podría garantizar dicha cobertura en función de las necesidades poblacionales de cada territorio.

ART 18

685

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

ALC.
9:45am

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

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

Artículo 18. Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación. El Consejo Nacional de Salud ~~Ministerio de Salud y Protección Social~~, **aplicando los resultados de los estudios técnicos a que se refiere el artículo 6 de la presente ley**, ~~tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud~~, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC),), para cubrir la atención en salud de la población, 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 y tecnologías en ~~de~~ salud.

(...)"

JULIA MIRANDA LONDOÑO Representante a la Cámara por Bogotá Partido Nuevo Liberalismo	**JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso
KATHERINE MIRANDA Representante a la Cámara Partido Alianza Verde	**JUAN SEBASTIÁN GÓMEZ GONZÁLES** Representante a la Cámara por Caldas Nuevo Liberalismo

Alejandro Garcia R **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde	**DANIEL CARVALHO MEJÍA** Representante a la Cámara
Carolina Giraldo B **CAROLINA GIRALDO BOTERO** Representante a la Cámara Departamento de Risaralda	

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,

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Art 18
186

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
09 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN:**

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.

(...)

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

1. Se asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes**,** ~~y que~~ **donde se** consideren **previamente** 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.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

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

(...)

Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

JUSTIFICACIÓN

En línea con la proposición formulada sobre el Artículo 15 del informe de ponencia con relación a la Cuenta de Atención Primaria en Salud, es importante determinar que en cada municipio las necesidades de salud en la población así como la oferta de servicios es diferente, por ende es necesario que al momento de fijar el presupuesto per cápita para la atención en el nivel primario, se cuente con un ejercicio previo de definición de contenidos, cobertura y alcance desde la perspectiva técnica pues dicho insumo estimamos que podría garantizar dicha cobertura en función de las necesidades poblacionales de cada territorio.

Art 18

689

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO
2.39

PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 18 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" de la siguiente manera:

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), **a partir de las necesidades de salud de la población, los cálculos propios relacionados con las frecuencias de uso y severidad de los servicios y tecnologías en salud, las metas de salud pública, las características territoriales y el perfil epidemiológico y demográfico,** 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 todos 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.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

En el marco del aseguramiento social en salud la UPC no constituye una prima de riesgo y será utilizada como una herramienta de seguimiento actuarial y financiero de los costos anuales del sistema.

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

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

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

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

Parágrafo 1. En 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 sobreviniente 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

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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.

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

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

JUSTIFICACIÓN

La UPC ya no es una prima de riesgo que se traslada a una aseguradora (EPS) para gestionar el riesgo financiero y de salud de la población. Con el proyecto de ley, el riesgo financiero pasa a ser responsabilidad de la Nación. Existirá un único pagador (ADRES) y las gestoras no manejarán recursos, ni serán las responsables de la sostenibilidad del sistema.

La prima pasará a ser un cálculo actuarial, que servirá para llevar un control de la evolución de los costos del sistema, pero ya no actuará como la restricción presupuestal del sistema.

La nueva UPC tampoco se entiende como un costeo del Plan Básico de Salud. Este desaparece como concepto para dar paso a un conjunto de cuentas para financiar servicios.

Esta nueva UPC debería ser calculada de manera adecuada siguiendo criterios técnicos para entender cómo se comporta el uso de los servicios. La información para calcularla reposará en la Adres y en los CAPS. Las Gestoras no participarán de su cálculo. Es importante vincular a la Academia en la definición de la nueva metodología de cálculo, así como contemporizar la información que sirve de base para el ejercicio, por lo que se propone que sea del año anterior.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

ART 18

691

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá D.C., diciembre de 2024

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
11 DIC 2024
RECIBIDO
5:03pm

Señor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General H. Cámara de Representantes

ASUNTO: Proposición modificativa

PROYECTO DE LEY: 312 de 2024 Cámara

REPRESENTANTE: JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ

Por medio del presente, me permito radicar **PROPOSICIÓN MODIFICATIVA AL PRIMER INCISO DEL ARTÍCULO 18** propuesto en el texto del proyecto 312 de 2024 Cámara.

Me permito radicar modificación del artículo 18 del texto propuesto para segundo debate en la plenaria de la Cámara de Representantes del proyecto de ley 312 de 2024 Cámara, la cual consiste en la **modificación** del primer inciso del artículo, el cual quedará así:

TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA	TEXTO PROPUESTO CON LA PROPOSICIÓN
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 (...)	**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, <u>en todo caso, su aumento no podrá ser inferior al porcentaje correspondiente al aumento del índice de precios al consumidor (IPC) del sector salud definido por el DANE para el año inmediatamente anterior.</u> (...)

La proposición avalada o aprobada 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, en todo caso, su aumento no podrá ser inferior al porcentaje correspondiente al aumento del índice de precios al consumidor (IPC) del sector salud definido por el DANE para el año inmediatamente anterior.*
>
> *(...)"*

Cordialmente.

JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ
H. Representante Departamento de Antioquia
Partido Centro Democrático

ART 18

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
16 DIC 2024
RECIBIDO

692

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 18 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" de la siguiente manera:

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), **partir de las necesidades de salud de la población, los cálculos propios relacionados con las frecuencias de uso y severidad de los servicios y tecnologías en salud, las metas de salud pública, las características territoriales y el perfil epidemiológico y demográfico,** 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 todos 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 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.

En el marco del aseguramiento social en salud la UPC será utilizada como una herramienta de seguimiento actuarial y financiero de los costos anuales del sistema.

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 **y el acompañamiento de la Academia.** El Ministerio de Salud **y Protección Social** garantizará que en el término de implementación del SPUIIS que se señala en la presente ley se utilice la información de fuente primaria **de facturación electrónica de los prestadores de servicios de salud** para el cálculo de la UPC **del año anterior al que se fija.**

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

1. ~~**Se asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y**~~

~~alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en territorio para la Atención Primaria en Salud, que le corresponde al Sistema de Salud.~~

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

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

Parágrafo 1. En 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 sobreviniente 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.

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.

ALT 18
693

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
HERÁCLITO LANDÍNEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
13 FEB 2025
RECIBIDO

Bogotá D.C, 10 de febrero de 2025

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición modificativa al **Parágrafo 1 del artículo 18, al Proyecto de Ley No. 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 18. Unidad de pago por Capitación (UPC).

(...)

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 sobreviniente 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 la cuenta de Atención de Catástrofes, Epidemias y Contingencias** ~~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 la **cuenta** ~~el fondo~~.

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co
Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7ª No. 8-68. Primer Piso.

DLT 18

694

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

AGS-914-2024 III

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento del Guainía y de conformidad con el artículo 113 y 114 de la ley 5ª de 1992, me permito presentar la siguiente proposición modificatoria del artículo 18 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara – acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" las modificaciones propuestas se resaltan en negrilla y subrayado en la siguiente tabla:

TEXTO ORIGINAL	TEXTO PROPUESTO
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	**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 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	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 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. 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	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, **respeto y protección a la diversidad étnica y sociocultural** 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. Para garantizar la suficiencia de recursos, la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los residentes en el país, el Ministerio de

Salud y Protección Social determinará la UPC así: 1. Se asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en territorio para la Atención Primaria en Salud, que le corresponde al Sistema de Salud. La financiación del nivel primario se hará vía oferta, para garantizar los servicios de salud territoriales según las necesidades. El total de los recursos asignados deberá garantizar la sostenibilidad de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). 2. Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes, **Parágrafo 1.** En 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 sobreviniente y no previsible en salud,	Salud y Protección Social determinará la UPC así: 1. Se asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en territorio para la Atención Primaria en Salud, que le corresponde al Sistema de Salud. La financiación del nivel primario se hará vía oferta, para garantizar los servicios de salud territoriales según las necesidades. El total de los recursos asignados deberá garantizar la sostenibilidad de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). 2. Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes, **Parágrafo 1.** En todo caso la UPC será utilizada para el aseguramiento social en salud y el pago de prestación de servicios y tecnologías de salud. En

Partido de la Unión por la gente.
AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA
Carrera 7 No. 8 – 62 Edificio Nuevo del Congreso
Oficina 544B Ext. 3101 - 3102

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. **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	casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, la 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. **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.

se realizará dentro del primer año de la entrada en vigencia de la presente Ley.	**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.

Atentamente,

ALEXANDER GUARÍN SILVA
Representante a la Cámara por el Guainía

JUSTIFICACIÓN

Revisando de fondo la intención del proyecto de Ley, se evidencia que es necesario incluir dentro del texto el criterio etino y sociocultural previsto en la ley 691 de 2001 Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia

Partido de la Unión por la gente.
AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA
Carrera 7 No. 8 – 62 Edificio Nuevo del Congreso
Oficina 544B Ext. 3101 - 3102

ART 196

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

Constancia

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
DE LA REPUBLICA
DE COLOMBIA
04 MAR 2025
RECIBIDO

169

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 19 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

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

~~Una vez registrado y certificado en las 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 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría,~~

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

~~siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.~~

~~En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la 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.~~

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

Para la ANDI "*La ADRES asumirá el giro directo de todos los pagos de las prestaciones de los servicios de salud del sistema. Se propone un giro mínimo del 85% con la radicación del valor de las facturas y el 15 % restante sujeto a la auditoría. Esto podría traer implicaciones para la gestión futura de los recursos y poca efectividad en los controles del sistema de salud. No se tienen en cuenta modalidades de contratación que no aplicarían esta gestión de cuentas, ya que en los acuerdos de voluntades entre los actores se pactan condiciones diferentes de pago, sea anticipado, gradual o total*".

Si bien se permite que en caso de existencia de glosas superiores se descuente ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor, para ACEMI "*el 85% de las facturas presentadas por las IPS a las ADRES sin que medie validación alguna representa un riesgo de detrimento patrimonial. Si el 15% está sujeto a auditoria y no es suficiente para cubrir las glosas, no hay como compensar, habrá perdida de recursos*" en caso de que no presente más cuentas.

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

ART 19
700

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 auditorias 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

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.

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.

ART 19

702

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
05 MAR 2025
RECIBIDO

PROPOSICIÓN___ 2024

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY 135 DE 2024 CÁMARA "POR EL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."

Modifíquese el parágrafo del artículo 19 del Proyecto de ley 312 de 2024, el cual quedará así:

Artículo 19. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud.

(")

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. **En la reglamentación se establecerán mecanismos de priorización para garantizar que las instituciones prestadoras de salud ubicadas en municipios con mayores índices de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) reciban los pagos en los tiempos mínimos estipulados, con el fin de asegurar la continuidad en la prestación del servicio en las zonas con mayor vulnerabilidad.**

Atentamente,

JAMES MOSQUERA TORRES
Representante a la Cámara
CITREP 6 Chocó –Antioquia

James.mosquera@camara.gov.co Edificio Congreso Oficina 501
@JamesMosqueraT

Ler 191

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL 703 09 DIC 2024

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

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

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

~~Una vez registrado y certificado en la las RIITS,~~ **cada prestador y proveedor procederá a celebrar un acuerdo de voluntades con una Entidad Gestora de Salud y Vida** ~~firmar un acuerdo marco con la ADRES, pagador único, celebrar un acuerdo de voluntades con una Gestora de Salud y Vida,~~ para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo ~~que incluye~~ **El acuerdo de voluntades deberá incluir los servicios a proveer, las condiciones de calidad esperadas y la modalidad de pago,así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad, desempeño institucional, y la auditoría para el giro directo por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud** ~~la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorias 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 las cuentas de servicios solicitados y prestados ante la ADRES, la cual pagará **hasta** ~~mínimo~~ el 85% del valor de las facturas presentadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud dentro de los 30 días calendario siguientes a su radicación. Las Gestoras de Salud y Vida dispondrán de un plazo máximo de 60 días calendario para realizar la auditoría de las cuentas y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.

En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas

siguientes del prestador o proveedor. **En caso de que no existan cuentas o facturas posteriores con el prestador que recibió un mayor valor que el validado, este estará obligado a reembolsar dentro de las 30 días siguientes a la notificación del resultado final de la validación, el mayor valor a la ADRES a través del mecanismo que para este efecto defina la reglamentación y la responsabilidad por el incumplimiento del rembolso será solidaria con los titulares del capital social del prestador.**

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", **incluyendo el porcentaje a que se refiere el presente artículo, el cual deberá corresponder con el nivel de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional de cada prestador.**

Parágrafo 2. El Consejo Nacional de Salud establecerá el porcentaje mínimo del pago de facturas que debe realizar ADRES a las Instituciones Prestadoras de Salud en los 30 días siguientes a la radicación de la factura.

Cordialmente,

JULIA MIRANDA LONDOÑO Representante a la Cámara por Bogotá Partido Nuevo Liberalismo	**JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso
JUAN SEBASTIÁN GÓMEZ GONZÁLES Representante a la Cámara por Caldas Nuevo Liberalismo	**ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde
DANIEL CARVALHO MEJÍA Representante a la Cámara	**CAROLINA GIRALDO BOTERO** Representante a la Cámara Departamento de Risaralda

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

LILI RODRÍGUEZ
CONGRESISTA

ART 19

704

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En mi condición de Representante a la Cámara del Departamento de Cundinamarca y con sustento en la ley 5ta de 1992, me permito presentar proposición para modificar el artículo 19 del 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", el cual quedará de la siguiente manera:

SECRETARÍA GENERAL
10 DIC 2024
RECIBIDO

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

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 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión. En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la 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.	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 **calendario** para pagar mínimo el 85% de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días **calendario** para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión. En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la 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.

LILIANA RODRÍGUEZ VALENCIA
Representante a la Cámara
Departamento de Cundinamarca

ART 19

706

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá D.C., noviembre de 2024

Señor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General H. Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
11 DIC 2024
RECIBIDO
5:03 pm

ASUNTO: Proposición modificativa

PROYECTO DE LEY: 312 de 2024 Cámara

REPRESENTANTE: JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ

Por medio del presente, me permito radicar **PROPOSICIÓN MODIFICATIVA AL ARTÍCULO 19** propuesto en el texto del proyecto 312 de 2024 Cámara.

Me permito radicar modificación al primer inciso del artículo 19 del texto propuesto para segundo debate en la plenaria de la Cámara de Representantes del proyecto de ley 312 de 2024 Cámara, adicionándole un inciso, el cual quedará así:

TEXTO PROPUESTO EN PONENCIA	TEXTO PROPUESTO EN PROPOSICIÓN
Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el	**Gestión de pago por la prestación de servicios de salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento, a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud. **En todo caso, estas condiciones estarán sujetas a las reglas aplicables a los contratos por adhesión y deberán ser publicadas en un lugar de acceso**

sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.	**público, ya sea en formato físico o virtual, de manera que se garantice la transparencia y el conocimiento por parte de los prestadores y demás interesados.**

El texto con la proposición aprobada o avalada quedará así:

> ***ARTÍCULO 19. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud.*** *El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento, a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.*
>
> *En todo caso, estas condiciones estarán sujetas a las reglas aplicables a los contratos por adhesión y deberán ser publicadas en un lugar de acceso público, ya sea en formato físico o virtual, de manera que se garantice la transparencia y el conocimiento por parte de los prestadores y demás interesados.*
>
> *(...).*

FUNDAMENTACIÓN

La adición propuesta al artículo 19 se fundamenta en el principio de transparencia consagrado en los artículos 209 y 74 de la Constitución Política, que exige que las actuaciones públicas sean claras y accesibles para los ciudadanos. Establecer que las condiciones de los prestadores de servicios de salud estén publicadas en un lugar de acceso público, ya sea físico o virtual, garantiza que todos los actores del sistema tengan pleno conocimiento de las reglas aplicables, promoviendo la igualdad y evitando arbitrariedades.

707

Además, el régimen de los contratos por adhesión, reconocido en el Código Civil y el Estatuto del Consumidor (Ley 1480 de 2011), exige que las condiciones impuestas unilateralmente sean claras, comprensibles y accesibles. En el contexto del sistema de salud, donde los prestadores deben aceptar condiciones establecidas por el Ministerio de Salud, esta medida asegura que dichas condiciones sean equitativas y transparentes.

Finalmente, esta adición refuerza el principio de publicidad aplicable por analogía a las relaciones contractuales con el Estado, tal como lo dispone la Ley 80 de 1993. Publicar las condiciones reglamentarias fortalece la confianza entre las partes, fomenta la buena fe y asegura que los prestadores puedan cumplir con sus obligaciones en igualdad de condiciones, promoviendo un sistema de salud más justo y eficiente.

Cordialmente.

JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ
H. Representante Departamento de Antioquia
Partido Centro Democrático

DKT 19

708

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá D.C., diciembre de 2024

Señor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General H. Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
11 DIC 2024
RECIBIDO
5:03 pm

ASUNTO: Proposición modificativa

PROYECTO DE LEY: 312 de 2024 Cámara

REPRESENTANTE: JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ

Por medio del presente, me permito radicar **PROPOSICIÓN MODIFICATIVA AL ARTÍCULO 19** propuesto en el texto del proyecto 312 de 2024 Cámara.

Me permito radicar modificación del artículo 19 del texto propuesto para segundo debate en la plenaria de la Cámara de Representantes del proyecto de ley 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA	TEXTO PROPUESTO CON LA PROPOSICIÓN
Artículo 19. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud. Una vez registrado y certificado en las RIITS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la ADRES, pagador único, para poder	**Artículo 19. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud. Una vez registrado y certificado en las 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

recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorias tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la 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 laADRES y a la Gestora de Salud y Vida correspondiente. A partir de esa fecha la Adres dispondrá de 30 días para pagar mínimo el 85% de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión. En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la 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.	que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorias tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la 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 20% de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión. En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la 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.

La proposición avalada o aprobada quedará así:

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

Una vez registrado y certificado en las 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 auditorias 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 20% de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.

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

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

Cordialmente.

JHON JAIRO BERRIO LOPEZ
H. Representante Departamento de Antioquia
Partido Centro Democrático

ART 19

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 19 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" de la siguiente manera:

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

Una vez registrado y certificado en las (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 auditorias 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~~ hasta el 85% de su valor previa validación por parte de la Gestora.

Esta validación tendrá por objeto establecer unas condiciones de calidad en la información y los requisitos esenciales mínimos para el pago de los servicios de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional. Las gestoras podrán hacer uso de herramientas tecnológicas y de nuevas tecnologías de la información para facilitar este proceso, que se adelantará sin perjuicio de las auditorias integrales que realice la Gestora sobre la facturación.

~~y~~ A partir de la radicación de la cuenta o factura, la Gestora de Salud y Vida **tendrá ~~de~~** 60 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.

En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor. **En caso de que no existan cuentas o facturas posteriores con ese prestador, este estará obligado a reembolsar dentro de las 30 días siguientes a la notificación del resultado final de la validación, el mayor valor a la ADRES a través del mecanismo que para este efecto defina la reglamentación**.

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.

711 Art 19

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
14 FEB 2024
RECIBIDO

Modifíquese el artículo 19 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" de la siguiente manera:

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

Una vez registrado y certificado en las (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 auditorias 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~~ **hasta** el 85% de su valor **previa validación por parte de la Gestora.**

Esta validación tendrá por objeto establecer unas condiciones de calidad en la información y los requisitos esenciales mínimos para el pago de los servicios de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional. Las gestoras podrán hacer uso de herramientas tecnológicas y de nuevas tecnologías de la información para facilitar este proceso, que se adelantará sin perjuicio de las auditorias integrales que realice la Gestora sobre la facturación.

~~y~~ **A partir de la radicación de la cuenta o factura**, la Gestora de Salud y Vida **tendrá** ~~de~~ 60 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.

En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor. **En caso de que no existan cuentas o facturas posteriores con ese prestador, este estará obligado a reembolsar dentro de las 30 días siguientes a la notificación del resultado final de la validación, el mayor valor a la ADRES a través del mecanismo que para este efecto defina la reglamentación**.

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.

VICTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO

JAIME RAÚL
SALAMANCA
Representante a la Cámara por Boyacá

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
04 MAR 2025
RECIBIDO

Bogotá, D. C.

Señor:

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
Secretario General Cámara de Representantes

Asunto: Proposición modificativa del PL 312/2024 Cámara - acumulado con el PL 135/2024 Cámara.

Cordial saludo,

Respetuosamente me permito someter a consideración de la honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, la siguiente «Proposición de Modificación» al **inciso tercero del artículo 19 del Proyecto de Ley 312 de 2024 C** "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

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

Una vez registrado y certificado en las 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%~~ **70%** de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el

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

En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la 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

JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Representante a la Cámara por Boyacá
Partido Alianza Verde

ALT 19
713

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
04 MAR 2025
RECIBIDO

Bogotá, D. C.

Señor:

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
Secretario General Cámara de Representantes

Asunto: Proposición modificativa del PL 312/2024 Cámara - acumulado con el PL 135/2024 Cámara.

Cordial saludo,

Respetuosamente me permito someter a consideración de la honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, la siguiente «Proposición de Modificación» **al inciso cuarto del artículo 19 del Proyecto de Ley 312 de 2024 C** "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

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

Una vez registrado y certificado en las 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 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el

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

En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor. **Si esta situación se presenta en tres o más cuentas consecutivas, la ADRES estará autorizada a pagar en las siguientes tres cuentas que se presenten mínimo el 50% en el primer pago.**

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

JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Representante a la Cámara por Boyacá
Partido Alianza Verde

Anexo 1
9, 10, 11, 12, 13

ART 20H

Constanza

714

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 OCT 2024
RECIBIDO
12:45m

PROPOSICIÓN DE ELIMINACIÓN

PROPOSICIÓN DE ELIMINACIÓN

AL PROYECTO DE LEY No 312 DEL 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" EN SU ARTICULO 20.

ELIMINESE EL ARTICULO 20 DEL ACTUAL PROYECTO DE LEY

JUSTIFICACIÓN

La imposición de la ADRES como único receptor y pagador de un nuevo sistema no mejora la situación de salud del país. Por el contrario, aumenta los retrasos en los pagos, empeora la situación financiera de las IPS y refuerza la centralización política del sistema, lo que conlleva todos los riesgos de sostenibilidad fiscal que implica una modificación de este tipo. Es una realidad de facto, ya que así ha ocurrido en los últimos meses, y es evidente el detrimento del sistema.

Adicionalmente, convertir al ADRES en la entidad que autoriza los procesos de mediana y alta complejidad aumenta la demora en el sistema, aumenta la inequidad y solo genera mayor burocracia en el sistema.

Elkin R Ospina

ELKIN RODOLFO OSPINA OSPINA
REP. CÁMARA POR ANTIOQUIA.

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

715 ART 20(-)

Constancia

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
04 MAR 2025
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 20 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

~~**Artículo 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 Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas.~~

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

~~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.~~

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

Para la ANDI La propuesta de un régimen de tarifas con el único objetivo de contención del gasto no permite que las fuerzas del mercado - en el libre juego de oferta y demanda-actúen para una mejor selección de tecnologías y procedimientos a través de procesos de compra inteligentes.

Tener un piso y un techo hará que la mayoría de los servicios tengan el efecto murciélago; es decir, se peguen al techo más alto de la tarifa, impidiendo que la libre competencia actúe en busca de ofrecer un mejor servicio o tecnología de calidad, con innovación y oportunidad.

Incluso, es posible que algunas regiones presenten dificultades para ofrecer servicios de salud de calidad a precios razonables, lo que podría resultar en una disminución del acceso a los servicios de salud de calidad en el país.

Para ACEMI "*El Manual tarifario tiene varios riesgos; promueve el pago por evento, encarece los servicios y puede desincentivar la calidad. Los modelos de contratación en los sistemas de salud propenden por vincular resultados en salud, compartir riesgos agregar cantidades en busca de eficiencias. Este tarifario es contrario a esa tendencia*".

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

ALT 20

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
02 DIC 2024
Folios No.
RECIBIDO
4:57 pm

7/8

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.

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.

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.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
09 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN para adicionar un parágrafo al artículo 20 :**

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

(...)

Parágrafo 3. Para garantizar la continuidad en la atención de los pacientes que padecen enfermedades crónicas consideradas de alto costo en la normatividad vigente, se deberá cotejar la información de prestación por parte de la Cuenta de Alto Costo, prestadores y EPS que permitan determinar un reconocimiento mínimo por la prestación de estos servicios a ser incluido en el Manual Tarifario. Reconocimiento que podrá ser complementado con mecanismos de pagos por resultados en salud de los diferentes prestadores.

Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal

Art 20
721

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN para adicionar un parágrafo al artículo 20 :**

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

(...)

Parágrafo 3. Para garantizar la continuidad en la atención de los pacientes que padecen enfermedades crónicas consideradas de alto costo en la normatividad vigente, se deberá cotejar la información de prestación por parte de la Cuenta de Alto Costo, prestadores y EPS que permitan determinar un reconocimiento mínimo por la prestación de estos servicios a ser incluido en el Manual Tarifario. Reconocimiento que podrá ser complementado con mecanismos de pagos por resultados en salud de los diferentes prestadores.

Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal

722
ART 20

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

DE POLO A POLO
MIGUEL
DEFIENDE LA PATRIA

Bogotá, 9 de diciembre de 2024

Ciudad

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
5:05 pm

Señor
Presidente
JAIME RÁUL SALAMANCA
Sesión Plenaria Cámara de Representantes de Colombia

Ref: Proposición de modificatoria del artículo 20° 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".

Artículo 20. Autorización de pago de servicios. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) **deberá autorizar** ~~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, **sin perjuicio del** ~~según~~ 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 Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados, del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud. Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo. **El registro permanente del servicio deberá enmarcarse en los ordenamientos de la Ley de protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012)**

El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas. Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud. Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías a las facturas presentadas por los integrantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), y certificarán ante la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) el cumplimiento para el pago.

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

Parágrafo 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

Miguel Polo Polo

H. R. MIGUEL ABRAHAM POLO POLO
Circunscripción Afro-Descendiente
Tel: (601) 382 3000 Ext. 4311
Carrera 7 No. 8 - 68 Oficina 328

Edificio Nuevo del Congreso- Oficina 328
miguel.polo@camara.gov.co

ART 20

724

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 FEB 2025
RECIBIDO
3:19 pm

AGS-963-2025 III

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento del Guainía y de conformidad con el artículo 113 y 114 de la ley 5ª de 1992, me permito presentar la siguiente proposición modificatoria del artículo 20 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara – acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" las modificaciones propuestas se resaltan en negrilla y subrayado en la siguiente tabla:

TEXTO ORIGINAL	TEXTO PROPUESTO
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	**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

Partido de la Unión por la gente.
AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA
Carrera 7 No. 8 – 62 Edificio Nuevo del Congreso
Oficina 544B Ext. 3101 - 3102

Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados, del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud. Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas. Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud. Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías a las facturas presentadas por los integrantes de las 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	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 **y pertinencia médica**. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas. Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud. Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías a las facturas presentadas por los integrantes de las 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

Partido de la Unión por la gente.
AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA
Carrera 7 No. 8 – 62 Edificio Nuevo del Congreso
Oficina 544B Ext. 3101 - 3102

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.	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.

Atentamente,

ALEXANDER GUARÍN SILVA
Representante a la Cámara por el Guainía

JUSTIFICACIÓN

Revisando de fondo la intención del proyecto de Ley, se evidencia que es necesario incluir dentro del texto el criterio de pertinencia medica prevista en el decreto 1011 de 2006 y decreto 441 de 2022 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.

Partido de la Unión por la gente.
AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA
Carrera 7 No. 8 – 62 Edificio Nuevo del Congreso
Oficina 544B Ext. 3101 - 3102

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

C 726 ART 21(-)

DE POLO A POLO
MIGUEL
DEFIENDE LA PATRIA

Bogotá, 9 de diciembre de 2024

Constanza

Ciudad

Señor
Presidente
JAIME RÁUL SALAMANCA
Sesión Plenaria Cámara de Representantes de Colombia

Ref: Proposición eliminatoria del artículo 21° 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".

~~**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 Son servicios de transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa, conforme a los que sean considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~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 6 (seis) 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 fallecen~~

Miguel Polo Polo

H. R. MIGUEL ABRAHAM POLO POLO
Circunscripción Afro-Descendiente
Tel: (601) 382 3000 Ext. 4311
Carrera 7 No. 8 - 68 Oficina 328

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

Constancia

ART 21

727

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

HERÁCLITO LANDÍNEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
13 FEB 2025

Bogotá D.C, 07 de febrero de 2025

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición modificativa del **parágrafo 2 del artículo 21,** del **Proyecto de Ley No. 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 21. Servicios Sociales Complementarios en Salud.

(...)

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

(...).

HERÁCLITO LANDINEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co
Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7ª No. 8-68. Primer Piso.

Alt 21

Constanza

728

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

17 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 21 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

Articulo 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 **mediante un estudio técnico y previo concepto del Consejo Nacional de Salud**.

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 6 (seis) meses, el responsable y fuente de financiación para el pago del traslado de cadáver al lugar de residencia, para 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.

Atentamente,

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

Cristian Avendaño

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Karmen
Karmen Ramírez Boscán
REPRESENTANTE
Curul Internacional
18 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., 10 de diciembre de 2024

Honorables Representantes
Mesa Directiva
Cámara de Representantes

Honorables Representantes
Ponentes
Cámara de Representantes

REFERENCIA: Proposición al 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".

Modifíquese el artículo 21 del Proyecto de Ley 312 de 2024 "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", quedando de la siguiente manera:

- Texto de proposición aditiva en negrillas y subrayado.

  "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 cuya condición socioeconómica y/o geográfica le impide proporcionárselos por sí misma. Tales servicios incluyen transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa, conforme a los que sean considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social. **Estos servicios también incluirán transporte sanitario internacional siempre que se encuentren en situación de vulnerabilidad, en coordinación con el Ministerio de Relaciones Exteriores."**

Argumentos

La modificación propuesta al artículo 21, el cual amplía los servicios sociales complementarios en salud para incluir el transporte sanitario internacional en situaciones de vulnerabilidad, es un avance significativo en la garantía de derechos fundamentales y en la inclusión de la población colombiana en el exterior. Esta propuesta reconoce que las barreras geográficas no deben ser un obstáculo para el acceso a servicios de salud esenciales, particularmente en contextos críticos.

La inclusión del transporte sanitario internacional como parte de los servicios sociales complementarios es una medida que refuerza el principio de equidad en el sistema de salud. Este tipo de apoyo es vital para las personas en condiciones de vulnerabilidad que enfrentan emergencias médicas fuera del territorio nacional. Al coordinar estos servicios con el Ministerio de Relaciones

Exteriores, se asegura una gestión eficiente y articulada, maximizando el impacto positivo para quienes más lo necesitan.

Finalmente, la articulación entre el sistema de salud y el Ministerio de Relaciones Exteriores también favorece la construcción de alianzas internacionales que pueden generar beneficios adicionales, como la cooperación técnica y la reducción de costos asociados al transporte sanitario. En este sentido, la modificación del artículo 21 no solo responde a necesidades urgentes, sino que también proyecta un modelo de salud inclusivo, solidario y preparado para los retos de un contexto globalizado.

Atentamente,

Carmen Felisa Ramírez Boscán
Representante a la Cámara
Circunscripción internacional

Art 21

730

Constante

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

ALEJANDRO OCAMPO
CÁMARA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
16 DIC 2024
RECIBIDO
5:06pm

Cámara de Representantes
Plenaria
16 de diciembre

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el **Parágrafo 2 del Artículo 21** del PL 312/2024C "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" el cual quedará así:

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 quienes 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**, **y pertenezcan a** ~~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~~.

ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO
Representante a la Cámara

Art 21

Constituts

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Karmen
Karmen Ramírez Boscán
REPRESENTANTE
Curul Internacional

731

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., 10 de diciembre de 2024

Honorables Representantes
Mesa Directiva
Cámara de Representantes

Honorables Representantes
Ponentes
Cámara de Representantes

REFERENCIA: Proposición al 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".

Modifíquese el artículo 21 del Proyecto de Ley 312 de 2024 "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", quedando de la siguiente manera:

- Texto de proposición aditiva en negrillas y subrayado.

  "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 cuya condición socioeconómica y/o geográfica le impide proporcionárselos por sí misma. Tales servicios incluyen transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa, conforme a los que sean considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social. **Estos servicios también incluirán transporte sanitario internacional siempre que se encuentren en situación de vulnerabilidad, en coordinación con el Ministerio de Relaciones Exteriores."**

Atentamente,

Carmen Felisa Ramírez Boscán
Representante a la Cámara
Circunscripción internacional

C

Constanza

ART 21

732

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

HERÁCLITO LANDÍNEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

Bogotá D.C, 09 de diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición modificativa al **artículo 21** del **Proyecto de Ley No. 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 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.

El Gobierno nacional ~~determinará~~ **reglamentará, en un tiempo máximo de seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley**, 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.

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO
11:30am

Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co
Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7ª No. 8-68. Primer Piso.

ART 21

Constancia

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL 09 DIC 2024 733

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

Elimínese el parágrafo del artículo 21 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones",el parágrafo 1, del siguiente tenor:

"Artículo 21

(...)

~~**Parágrafo 2.** El Gobierno nacional determinará, en un plazo de 6 (seis) 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 fallecen."~~

Julia Miranda

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

Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

Alejandro Garcia R

ALEJANDRO GARCÍA RÍOS
Representante a la Cámara por Risaralda
Partido Alianza Verde

Carolina Giraldo B

CAROLINA GIRALDO BOTERO
Representante a la Cámara
Departamento de Risaralda

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

ART 22

734

Constancia

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
02 DIC 2024
Folios No.
RECIBIDO
4:57 pm

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.

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.

Constructiva

ALT 22
735

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

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".

Modifíquese el artículo 22 del proyecto de ley, 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.~~

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. A partir del año 2030, esta protección será equivalente a un salario mínimo mensual legal vigente, garantizando progresividad en la asignación. 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~~ **los criterios de priorización y cobertura universal.**

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~~ quince (15) días calendario 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.~~

El Sistema de Salud garantizará control prenatal de calidad a todas las mujeres y personas gestantes, eliminando barreras de acceso y asegurando corresponsabilidad mediante programas de educación, apoyo psicológico y seguimiento postparto.

HECTOR MAURICIO CUELLAR PINZON
Representante a la Cámara por Caquetá

Art 22

Constante

736

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 22 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*". 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 1. 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.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

Parágrafo 2. La definición de la Unidad de Pago por Capitación para el Regimen Subsidiado, deberá incorporar los ajustes que contemplan el reconocimiento de las personas gestantes no cotizantes.

Atentamente,

Catherine Juvinao C

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

Cristian Avendaño

Art 23

738

Constancia

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presento

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 23° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Artículo 23. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El Gobierno nacional establecerá los requisitos para que a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) privadas o mixtas, se les concedan créditos blandos con tasas compensadas, que les faciliten el saneamiento de sus finanzas, **con especial atención a instituciones en zonas rurales y de difícil acceso** y les favorezca su estabilización financiera y permanencia en el Sistema de Salud. Se priorizarán prestadores afectados financieramente por EPS liquidadas o en proceso de liquidación.

Parágrafo: Los créditos otorgados estarán sujetos a la presentación y cumplimiento de un plan de mejora financiera y operativa por parte de las instituciones beneficiarias, supervisado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

DLT 23

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Constante

KATHERINE MIRANDA

739

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el artículo 23 del proyecto de Ley 319 de 2024 Cámara de Representantes "Por medio del cual se modifica el sistema de salud", de la siguiente manera:

Artículo 23. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El Gobierno Nacional establecerá los requisitos **y procedimientos** para que las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), ya sean públicas, privadas o mixtas, accedan a **créditos blandos con tasas compensadas,** destinados a saneamiento financiero, estabilización y permanencia en el Sistema de Salud.

Parágrafo 1: Se dará prioridad a aquellas instituciones que acrediten **afectaciones financieras comprobadas** derivadas de la liquidación o el proceso de liquidación de Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Parágrafo 2: El Gobierno Nacional reglamentará la **destinación, condiciones y mecanismos de control** de estos créditos, asegurando **criterios de transparencia, eficiencia y equidad** en su otorgamiento.

Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
9:29am

Profe González
Representante a la Cámara

Constancia

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Art 23

740

H.R. Hernando González
Representante a la Cámara por el Valle del Cauca
Partido Cambio Radical

SECRETARÍA GENERAL
17 DIC 2024
RECIBIDO

Proposicion 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".

En virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición Modificatoria del Artículo 23.

Artículo 23. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El Gobierno nacional establecerá los requisitos para que a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) privadas o mixtas, se les concedan créditos blandos con tasas compensadas, que les facilite el saneamiento de sus finanzas y les favorezca su estabilización financiera y permanencia en el Sistema de Salud. Se priorizarán prestadores afectados financieramente por EPS liquidadas o en proceso de liquidación, **y proveedores de equipo médico, medicamentos e instrumental quirúrgico.**

Atentamente,

HERNANDO GONZALEZ
Representante a la Cámara
Departamento del Valle del Cauca

Dirección: Carrera 7 No. 8 - 68 Bogotá D.C
Edificio Nuevo del Congreso Oficina 307 B
Teléfono: (601) 382 3000 Ext: 3061 - 3062

E-mail:
hernando.gonzalez@camara.gov.co
utlprofegonzalez@gmail.com

Art 23

Constitucional

741

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
17 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN___ 2024

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY 135 DE 2024 CÁMARA "POR EL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."

Adiciónense un parágrafo al artículo 23 del Proyecto de ley 312 de 2024, el cual quedará así:

Parágrafo. Los créditos establecidos en el presente artículo serán otorgados únicamente para financiar proyectos de inversión en infraestructura, dotación de equipos médicos y tecnológicos, así como para la mejora de la calidad de los servicios. En ningún caso estos recursos podrán destinarse a cubrir gastos de funcionamiento o costos operativos

Atentamente,

JAMES MOSQUERA TORRES
Representante a la Cámara
CITREP 6 Chocó –Antioquia

ART 24

792

Constanza

Martha Alfonso Castañeda

Bogotá D.C. Diciembre 9 de 2024

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Honorable Representante
Jaime Raul Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

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

PROPOSICIÓN SUSTITUTIVA

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

Sustitúyase el artículo 24, el cual quedara así:

ARTÍCULO 24. Modificación de la destinación de parte de los recursos del fondo de solidaridad de fomento al empleo y protección al cesante. Por un periodo de 2 años, a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, las Cajas de Compensación Familiar que: 1. Administren, o hayan administrado, programas de salud; 2. Participen en el aseguramiento en salud; 3. Se encuentren en liquidación; podrán usar hasta el 40% de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) para:

a) **Sanear los pasivos asociados a la prestación de los servicios de salud de sus afiliados. Estos pasivos deben estar debidamente auditados, conciliados y reconocidos por los prestadores en salud y las Cajas de Compensación Familiar.**
b) **Efectuar el pago de deudas al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS). Estas deudas deben estar registradas en los estados financieros de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) con las respectivas Cajas de Compensación Familiar**

Parágrafo. Posterior a los dos años de la entrada en vigencia de la presente ley, el 40% de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) serán trasladados a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) con destinación a la cuenta de Atención Primaria en Salud que crea el Artículo 15 de la presente ley.

Bogotá-Conmutador: (+57) (601) 8770720 Dirección: Calle 10 No. 7- 51 Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 - 68 pl - 652 - Correo: martha.alfonso@camara.gov.co

Martha Alfonso
Congresista

~~**Artículo 24. Modificación de la destinación de parte de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC).** Las Cajas de Compensación Familiar que hayan administrado o administren programas de salud o participen en el aseguramiento en salud y/o se encuentren en liquidación podrán usar los recursos de su apropiación del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) hasta en un porcentaje del 40% de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, incorporados a dicho Fondo en virtud del numeral 2 del artículo 6 de la Ley 1636 de 2013 para el saneamiento de pasivos debidamente auditados, conciliados y reconocidos asociados a la prestación de servicios de salud de sus afiliados, así como para efectuar el pago de las deudas que las Cajas de Compensación Familiar presenten con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), registradas en los estados financieros de la Administradora de los Recursos del Sistema de General de Seguridad Social en Salud (ADRES) con la respectiva caja.~~

~~**Parágrafo.** La modificación temporal de la destinación del porcentaje del FOSFEC será hasta por dos (2) años contados a partir de la entrada en vigencia de presente Ley.~~

Respetuosamente,

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

Bogotá-Conmutador: (+57) (601) 8770720 Dirección: Calle 10 No. 7- 51 Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 - 68 of - 642 - Correo: martha.alfonso@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

REPRESENTANTE A LA CÁMARA
MAURICIO CUELLAR
CAQUETÁ

Constumbre

ART 24
743

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA
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".

Modifíquese el artículo 24 del proyecto de ley, el cual quedará así

Artículo 24. Modificación de la destinación de parte de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC).

Las Cajas de Compensación Familiar que hayan administrado o administren programas de salud o participen en el aseguramiento en salud ~~y/o se encuentren en liquidación~~ podrán usar los recursos de su apropiación del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) hasta en un porcentaje del ~~40%~~ **30%** de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, incorporados a dicho Fondo en virtud del numeral 2 del artículo 6 de la Ley 1636 de 2013, para el saneamiento de pasivos debidamente auditados, conciliados y reconocidos asociados a la prestación de servicios de salud de sus afiliados, así como para efectuar el pago de las deudas que las Cajas de Compensación Familiar presenten con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), registradas en los estados financieros de la Administradora de los Recursos del Sistema de General de Seguridad Social en Salud (ADRES) con la respectiva caja.

Parágrafo. Se establece que las Cajas de Compensación Familiar deberán presentar un plan de uso de recursos al Ministerio de Salud y Protección Social, el cual incluirá metas específicas de saneamiento y fortalecimiento financiero, priorizando el pago directo a prestadores de servicios de salud. Este plan será supervisado trimestralmente por la Superintendencia de Salud, que deberá emitir conceptos sobre su cumplimiento.

HECTOR MAURICIO CUELLAR PINZON
Representante a la Cámara por Caquetá

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO
12:25m

DLT 24

744

Constancia

C

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

ALEJANDRO OCAMPO
CÁMARA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
16 DIC 2024
RECIBIDO
5:06 pm

Cámara de Representantes
Plenaria
16 de diciembre

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el **Artículo 24** del PL 312/2024C "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" el cual quedará así:

Artículo 24. Modificación de la destinación de parte de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC). Las Cajas de Compensación Familiar que hayan administrado o administren programas de salud o participen en el aseguramiento en salud ~~y/o~~ **y que** se encuentren en liquidación podrán usar los recursos de su apropiación del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) hasta en un porcentaje del 40% de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, incorporados a dicho Fondo en virtud del numeral 2 del artículo 6 de la Ley 1636 de 2013 para el saneamiento de pasivos debidamente auditados, conciliados y reconocidos asociados a la prestación de servicios de salud de sus afiliados, así como para efectuar el pago de las deudas que las Cajas de Compensación Familiar presenten con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), registradas en los estados financieros de la Administradora de los Recursos del Sistema de General de Seguridad Social en Salud (ADRES) con la respectiva caja.

(...)

ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO
Representante a la Cámara

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Constancia

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
KATHERINE MIRANDA
RECIBIDO

DXT 24
9:29 am
745

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el artículo 24 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

ARTÍCULO 24. Modificación de la destinación de parte de los recursos del fondo de solidaridad de fomento al empleo y protección al cesante. Las Cajas de Compensación Familiar que hayan administrado o administren programas de salud o participen en el aseguramiento en salud y/o se encuentren en liquidación podrán usar los recursos de su apropiación del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) hasta en un porcentaje del 40% de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, incorporados a dicho Fondo en virtud del numeral 2 del artículo 6 de la Ley 1636 de 2013 para el saneamiento de pasivos debidamente auditados, conciliados y reconocidos asociados a la prestación de servicios de salud de sus afiliados, así como para efectuar el pago de las deudas que las Cajas de Compensación Familiar presenten con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), registradas en los estados financieros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud con la respectiva caja.

Las Cajas de Compensación Familiar de que trata el presente artículo deberán reportar al Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud y Protección Social, a la Superintendencia Nacional de Salud, cuando decidan hacer uso de la destinación de los recursos de la presente ley. Así mismo, adoptarán un plan de pagos, la programación y aplicación de los recursos y mínimo cada tres meses de acuerdo con las fechas que defina la Superintendencia Nacional de Salud deberán reportar los avances de este, el cual será publicado en sitios web de la Superintendencia Nacional de Salud y del Ministerio de Salud y de Protección Social. El reporte se hará sin perjuicio de la información que requieran los entes de control, inspección y vigilancia de las Cajas de Compensación Familiar en virtud de sus facultades legales.

Parágrafo 1. La modificación temporal de la destinación del porcentaje del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) será hasta por dos (2) años contados a partir de la entrada en vigencia de **la** presente Ley.

Parágrafo 2. Las Cajas de Compensación Familiar de que trata la presente ley que no paguen los pasivos o no apliquen los recursos para cumplir las condiciones financieras o de solvencia según las condiciones establecidas por las normas vigentes conforme al presente artículo, perderán los beneficios descritos, en la siguiente vigencia fiscal. En este caso, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará las medidas procedentes de acuerdo con sus competencias.

Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde

ART 25

Constancia

746

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN DE MODIFICACION

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 suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición modificativa al numeral 2 del Artículo 25°, el cual quedará así:

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

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

1. (...)
2. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada, el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios y el pago de la atención de urgencia a la población migrante no asegurada a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, sin importar la fecha de causación de la obligación, previa auditoría de cuentas conforme a lo establecido por las normas legales y reglamentarias vigentes. **Siempre y cuando la auditoría de cuentas arroje como resultado la capacidad financiera o presupuestal para atender a dicha población.**

(..)

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar

ART 25

747

Constanza -

Martha Alfonso
Congresista

Bogotá D.C. Diciembre 9 de 2024

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO
12:47m

Honorable Representante
Jaime Raul Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

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

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

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

Modifíquese el artículo 25, el cual quedara así:

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

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

1. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud, independiente de la vigencia de causación. Estos recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
2. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada, el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios y el pago de la atención de urgencia a la población migrante no asegurada a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas,

sin importar la fecha de causación de la obligación, previa auditoría de cuentas conforme a lo establecido por las normas legales y reglamentarias vigentes.

3. En el pago de pasivos de Empresas Sociales del Estado**, o a las Instituciones de Salud del Estado (ISE),** a cargo de las entidades territoriales. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud.
4. ~~El saneamiento fiscal y financiero. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud.~~
5. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Maestro de inversiones en infraestructura y dotación en salud del respectivo departamento o distrito.

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

Justificación: Se agrega el nombre las ISE, dado que este es el nombre que se les asigna a estas instituciones.

Respetuosamente,

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

Bogotá-Conmutador: (+57) (601) 8770720 Dirección: Calle 10 No. 7- 51 Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 - 68 of. - 632 - Correo: martha.alfonso@camara.gov.co

Art 25.

748

Constanza

SECRETARÍA GENERAL
17 DIC 2024
RECIBIDO
5:18 pm

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Ana Rogelia Monsalve
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
COMUNIDADES AFRODESCENDIENTES

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Modifíquese el numeral 2 del artículo 25 del texto propuesto para primer debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*. El cual quedará así:

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

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

2. En el pago de los servicios prestados a la población **en condición de pobreza multidimensional** ~~pobre~~ no asegurada, el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios y el pago de la atención de urgencia a la población migrante no asegurada a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, sin importar la fecha de causación de la obligación, previa auditoría de cuentas conforme a lo establecido por las normas legales y reglamentarias vigentes.

Cordialmente,

ANA ROGELIA MONSALVE ÁLVAREZ
Representante a la Cámara
Partido Demócrata Colombiano

Carrera 7 No. 8 - 68 Ed. Nuevo del Congreso
Oficina 345-B
Bogotá D.C - Colombia

www.camara.gov.co
ana.monsalve@camara.gov.co
twitter@anamonsalvea
Facebook: ana monsalve álvarez
Conmutador: (+57) (601) 8770720 Ext. 4304 - 4305

Art 26

Constante

749

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
18 DIC 2024
RECIBIDO
5:06 pm

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

ALEJANDRO OCAMPO
CÁMARA

Cámara de Representantes
Plenaria
16 de diciembre

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el **Artículo 26** del PL 312/2024C "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" el cual quedará así:

ARTÍCULO 26. Modifíquese el artículo 3° de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así:

> **Artículo 3. Destinación de los excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales financiados con recursos del situado fiscal y del sistema general de participaciones.** Los recursos excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales, de que trata el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, correspondientes a las vigencias 1994 a 2016, financiados con recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones, se destinarán, si las entidades territoriales lo consideran pertinente, al pago de la deuda por conceptos de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada, la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y, de no existir deudas por estos conceptos, al saneamiento de deudas laborales de las Empresas Sociales del Estado entre otros pasivos de estas entidades que requieran ser saneados para garantizar su operación, de acuerdo con lo que defina la respectiva entidad territorial.

(...)

ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO
Representante a la Cámara

750 ART 26

Constancia

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

DE POLO A POLO
MIGUEL
DEFIENDE LA PATRIA

Bogotá, 9 de diciembre de 2024

Ciudad

Señor
Presidente
JAIME RÁUL SALAMANCA
Sesión Plenaria Cámara de Representantes de Colombia

Ref: Proposición modificatoria del artículo 26° 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".

ARTÍCULO 26. Modifíquese el artículo 3º de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así:

"Artículo 3. Destinación de los excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales financiados con recursos del situado fiscal y del sistema general de participaciones.
Los recursos excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales, de que trata el artículo 85 de la Ley 1 438 de 2011, correspondientes a las vigencias 1994 a 2016, financiados con recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones, se destinarán si las entidades territoriales lo consideran pertinente al pago de la deuda por conceptos de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada, la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. y de no existir deudas por estos conceptos al saneamiento de deudas laborales de las Empresas Sociales del Estado entre otros pasivos de estas entidades que requieran ser saneados para garantizar su operación, de acuerdo con lo que defina la respectiva entidad territorial.
~~Los recursos excedentes que no fueron saneados y que se encuentren en poder de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), de las Entidades Administradoras de Pensiones y de las Administradoras de Fondos de Cesantías (AFC)~~ serán girados a **las Instituciones Prestadoras de Salud IPS a las que estas se encuentren afiliadas con el fin de darles viabilidad fiscal y permitirles continuar dentro del régimen del sistema de salud.** ~~la ADRES; estos recursos, junto con los que por este concepto tenga la ADRES, serán distribuidos entre los departamentos y distritos, conforme a los criterios definidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social y se destinarán a los mismos conceptos previstos en el inciso anterior. Los recursos excedentes que fueron saneados y que se encuentren en poder de las Empresas Sociales del Estado o de la Entidad Territorial, serán ejecutados por estas para el pago de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y/o a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda."~~

Miguel Polo Polo

H. R. MIGUEL ABRAHAM POLO POLO

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
5:05 Pm

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Constancia

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 NOV 2024
KATHERINE MIRANDA
RECIBIDO

ART 27
9:29am
751

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el **artículo 27** del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

Artículo 27. Modifíquese el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 21. USOS DE LOS RECURSOS EXCEDENTES DEL SECTOR SALUD. Con el fin de priorizar las necesidades en el saneamiento del sector salud se podrá disponer de los siguientes recursos:

1. Los excedentes y saldos no comprometidos en el uso de recursos de oferta de salud del Sistema General de Participaciones a 31 de diciembre de 2019, se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores, el pago de las deudas de la atención de urgencia de la población migrante no afiliada a cargo de los departamentos y distritos y, de no existir estas deudas, al pago de pasivos de las Empresas Sociales del Estado. En el caso de que el municipio haya perdido la competencia para administrar los recursos de prestación de servicios de salud o de no presentar deudas por concepto de prestación de servicios de vigencias anteriores, dichos saldos serán girados al departamento para financiar las actividades definidas en este numeral.

2. Los recursos recaudados de la estampilla pro-salud de que trata el artículo 1o de la Ley 669 de 2001, se podrán destinar para el pago de las deudas por servicios y tecnologías de salud sin cobertura en el **Plan de Beneficios en Salud (PBS)** ~~POS~~, prestados a los afiliados al régimen subsidiado de salud. Los recursos no ejecutados y/o los excedentes financieros podrán utilizarse para los mismos fines, ~~distritos~~ y, de no existir estas deudas, al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado".

Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde

ALT 26

752

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
15 MAR 2025
RECIBIDO

PROPOSICIÓN___ 2024

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY 135 DE 2024 CÁMARA "POR EL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."

Modifíquese el artículo 26 del Proyecto de ley 312 de 2024, el cual quedará así:

ARTÍCULO 26. Modifíquese el artículo 3º de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así:

Artículo 3. Destinación de los excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales financiados con recursos del situado fiscal y del sistema general de participaciones. Los recursos excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales, de que trata el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, correspondientes a las vigencias 1994 a 2016, financiados con recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones, se destinarán si las entidades territoriales lo consideran pertinente al pago de la deuda por conceptos de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada, la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y de no existir deudas por estos conceptos, al saneamiento de deudas laborales de las Empresas Sociales del Estado, entre otros pasivos de estas entidades que requieran ser saneados para garantizar su operación, de acuerdo con lo que defina la respectiva entidad territorial.

Los recursos excedentes que no fueron saneados y que se encuentren en poder de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), de las Entidades Administradoras de Pensiones y de las Administradoras de Fondos de Cesantías (AFC) serán girados a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES); estos recursos, junto con los que por este concepto tenga la ADRES, serán distribuidos entre los departamentos y distritos, conforme a los criterios definidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social, **con una asignación preferencial para aquellos municipios que presenten los más altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), para garantizar que las poblaciones más vulnerables reciban la atención necesaria en salud.** Estos recursos se destinarán a los mismos conceptos previstos en el inciso anterior.

Los recursos excedentes que fueron saneados y que se encuentren en poder de las Empresas Sociales del Estado o de la Entidad Territorial, serán ejecutados por estas para el pago de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y/o a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda,

priorizando aquellos municipios con mayores índices de Necesidades Básicas Insatisfechas.

Atentamente,

JAMES MOSQUERA TORRES
Representante a la Cámara
CITREP 6 Chocó –Antioquia

DLT 281

Modesto Aguilera
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
ATLÁNTICO • 2022 - 2026

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

753

PROPOSICIÓN

Elimínese el artículo 28 del texto propuesto para segundo debate del proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así: 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 o 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.~~
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 secretarias 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.~~
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 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 resolutividad 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.~~

Atentamente,

Modesto Aguilera Vides
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico.

JUSTIFICACIÓN

Al inicio del año 2024, se registraron 51 millones 700 mil personas afiliadas a diferentes EPS del país, encabezada por Nueva Eps con 10,8 millones de afiliados, seguida por Sanitas con 5,7 millones y Sura con 5.3 millones, (Poli, 2024)[1] lo que indica el gran impacto que tendría en los usuarios, los cambios estructurales de la presente reforma.

La reforma al sistema de salud presenta una ruta de atención con muchos vacíos, especialmente para los pacientes que poseen condiciones crónicas o de alto costo. Actualmente no hay un esquema claro que asegure la atención integral desde la atención primaria hasta los niveles de mediana y alta complejidad, y la falta de coordinación entre las distintas áreas agrava la situación.
Desde el punto de vista médico, esto genera muchos riesgos, como lo son: la pérdida de información clínica, interrupción de tratamientos y demoras en la atención especializada.

[1] https://articulo20.poligran.edu.co/2024/03/20/estas-son-las-eps-con-mas-numeros-de-afiliados-en-colombia/#:~:text=Iniciando%20el%202024%20se%20registraron,diferentes%20EPS%20en%20el%20pa%C3%ADs.

ART 28

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
14 FEB 2024
RECIBIDO

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" de la siguiente manera:

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. Vincularci~~ón de~~ la población al Sistema de Aseguramiento Social.

~~1.~~ **2.** 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.~~ **3.** Organizar y conformar con las Direcciones Departamentales y Distritales o Municipales las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) para las subregiones funcionales para la gestión en salud, incluyendo los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

~~3.~~ **4.** Participar en la planeación estratégica del desarrollo de la RIITS en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.

~~4.~~ **5.** 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.~~ **6.** 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 Redes Integrales e Integradas Territorial de Salud (RIITS).

~~6.~~ **7.** Desarrollar modelos **predictivos** ~~estimativos~~ que permitan la gestión anticipada de los riesgos en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo **y de otras variables o factores que sean relevantes en el análisis.** ~~que identifiquen patrones de comportamiento para ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo.~~

~~7.~~ **8.** Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las RIITS, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.

~~8.~~ **9.** Gestionar **y articular** un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarias 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.~~ **10.** Ejecutar articuladamente con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RIITS.

~~10.~~ **11.** Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales.

~~11.~~ **12.** Entregar informes periódicos del funcionamiento de las RIITS.

~~12.~~ **13.** Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.

~~13.~~ **14.** Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de la Red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud.

~~14.~~ **15.** Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, y los CAPS, la prestación de servicios especializados **requeridos por la población afiliada** ~~**para personas con enfermedades raras o huérfanas**~~, **a través de acciones de promoción de la salud,** ~~**incluyendo su**~~ prevención **de la enfermedad**, diagnóstico, **tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos** ~~**y manejo**~~, **incluyendo la población con enfermedades raras o huérfanas y otras enfermedades alto costo** según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. ~~**, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.**~~

~~15.~~ **16.** Garantizar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.

~~16.~~ **17.** 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.~~ **18.** Realizar la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente **primario y** 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.~~ **19.** Auditar la facturación del componente complementario de mediana y alta complejidad **y realizar auditoria sobre el gasto a nivel primario** de RIITS, la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para los pagos a que haya lugar.

~~19.~~ **20.** 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.~~ **21.** Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

~~21.~~ **22.** Realizar la gestión y validaciones necesarias para el pago de las prestaciones económicas.

~~22.~~ **23.** ~~**Gestionar la atención integral de la salud del**~~, **Implementar un sistema de atención** al 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.~~ **24.** 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 las RIITS correspondiente, con criterios de eficiencia, calidad y resultados en salud de la población. Estos convenios **serán vigilados y controlados** ~~**tendrán control y podrán ser objetados**~~ por las Entidades territoriales Departamentales y Distritales o municipales de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención.

~~24.~~ **25.** ~~**En conjunto con las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación a**~~**A**delantar la revisión periódica del desempeño de los CAPS, que conduzca al mejoramiento continuo.

~~25.~~ **26.** 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 resolutividad 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.

VICTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO

ART 28

C

757

LUIS CARLOS OCHOA TOBÓN
Representante a la Cámara Departamento de Antioquia

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
16 DIC 2024
RECIBIDO
2:13 Pm

Señores
CÁMARA DE REPRESENTANTES
Congreso de la República

Asunto: PROPOSICIÓN MODIFICATIVA AL PL 312 DE 2024C- acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetuosamente en los términos del artículo 114 de la Ley 5 de 1991, me permito someter a consideración de la honorable plenaria de la Cámara de Representantes, la siguiente proposición modificativa al artículo **28** del proyecto de Ley 312 de 2024 "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" en los siguientes términos:

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.
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

Carrera 7 No. 8 – 68 Edificio Nuevo del Congreso, Oficina 613.
Teléfono 3102366205. Correo: luisc-ochoa@camara.gov.co
Bogotá – Colombia

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 secretarias 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.
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

Carrera 7 No. 8 – 68 Edificio Nuevo del Congreso, Oficina 613.
Teléfono 3102366205. Correo: luisc-ochoa@camara.gov.co
Bogotá – Colombia

758

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 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 **resolución** ~~resolutividad~~ 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.

Cordialmente;

Luis Carlos Ochoa Tobón.
Representante a la Cámara

Carrera 7 No. 8 – 68 Edificio Nuevo del Congreso, Oficina 613.
Teléfono 3102366205. Correo: luisc-ochoa@camara.gov.co
Bogotá – Colombia

Art 28

759

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" de la siguiente manera:

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. Afiliar a la población al Sistema de Aseguramiento Social.

~~1.~~ **2.** 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.~~ **3.** Organizar y conformar con las Direcciones Departamentales y Distritales o Municipales las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) para las subregiones funcionales para la gestión en salud, incluyendo los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

~~3.~~ **4.** Participar en la planeación estratégica del desarrollo de la RIITS en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.

~~4.~~ **5.** 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.~~ **6.** 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 Redes Integrales e Integradas Territorial de Salud (RIITS).

~~6.~~ **7.** Desarrollar modelos **predictivos** ~~**estimativos**~~ que permitan la gestión anticipada de los riesgos en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo **y de otras variables o factores que sean relevantes en el análisis.** ~~**que identifiquen patrones de comportamiento para ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo.**~~

~~7.~~ **8.** Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las RIITS, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.

~~8.~~ **9.** Gestionar **y articular** un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarias 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.~~ **10.** Ejecutar articuladamente con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RIITS.

~~10.~~ **11.** Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

~~11.~~**12.** Entregar informes periódicos del funcionamiento de las RIITS.

~~12.~~**13.** Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.

~~13.~~**14.** Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de la Red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud.

~~14.~~**15.** Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, y los CAPS, la prestación de servicios especializados **requeridos por la población afiliada** ~~para personas con enfermedades raras o huérfanas~~**, a través de acciones de promoción de la salud,** ~~incluyendo su~~ prevención **de la enfermedad**, diagnóstico, **tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos** ~~y manejo~~, **incluyendo la población con enfermedades raras o huérfanas y otras enfermedades alto costo** según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. ~~, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.~~

~~15.~~**16.** ~~Garantizar~~ **Contribuir con** el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.

~~16.~~**17.** 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.~~**18.** Realizar la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente **primario y** 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.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

~~18.~~**19.** Auditar la facturación del componente complementario de mediana y alta complejidad **y realizar auditoria sobre el gasto a nivel primario** de RIITS, la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para los pagos a que haya lugar.

~~19.~~**20.** 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.~~**21.** Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

~~21.~~**22.** Realizar la gestión y validaciones necesarias para el pago de las prestaciones económicas.

~~22.~~**23.** ~~**Gestionar la atención integral de la salud del**~~, **Implementar un sistema de atención** al 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.~~**24.** 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 las RIITS correspondiente, con criterios de eficiencia, calidad y resultados en salud de la población. Estos convenios **serán vigilados y controlados** ~~**tendrán control y podrán ser objetados**~~ por las Entidades territoriales Departamentales y Distritales o municipales de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención.

~~24.~~**25.** ~~**En conjunto con las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación a**~~ **A**delantar la revisión periódica del desempeño de los CAPS, que conduzca al mejoramiento continuo.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

~~25.~~**26.** 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 resolutividad 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

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA
[redacted]
Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

JUSTIFICACIÓN

Se mejora la redacción de algunos de los numerales dando claridad en las funciones de las Gestoras.

Se incorpora el papel de afiliación al Sistema de Aseguramiento Social en Salud, punto inicial de contacto del ciudadano con el Sistema de Aseguramiento Social en Salud y en donde suministra información relacionada con su grupo familiar, IBC, ingresos, datos de contacto, entre otros, así como todas las novedades que estos puedan tener.

Las gestoras se encargarán de la afiliación y registro de los usuarios al sistema de salud y pueden promover la afiliación de personas que no se encuentren afiliadas en búsqueda de la cobertura universal en salud en el país. Con base en lo anterior, las personas surten proceso de **afiliación** ante a una Gestora y paralelamente deberán surtir una adscripción en el CAPS.

Entre las funciones que se precisan y armonizan en el texto se encuentran las relacionadas con la organización y conformación de las RIITS, el desarrollo de los modelos predictivos de gestión del riesgo, la referencia y contra referencia y el papel de los Entes territoriales en el seguimiento y la procura del mejoramiento continuo en la atención en los CAPS.

Se incorpora la auditoria al gasto en el nivel primario, que aun cuando se financia por presupuesto tipo (Oferta) no tiene en la reforma ninguna auditoria financiera, mas allá de la revision ex post de su desempeño. Considerando que este nivel recibirá cerca del 17% de los recursos , es indispensable establecer mecanismos de control sobre estos recursos.

Adicionalmente, se considera que no es conveniente que la entidad territorial sea juez y parte en la celebración y seguimiento de los convenios, ya que de conformidad con las competencias asignadas en la Ley 715/2001 (art 43.4.1), a las Direcciones territoriales del nivel departamental les corresponde realizar la vigilancia y control del aseguramiento, y a las Direcciones municipales de salud les corresponde (art 44.1.3) gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios para la población de su jurisdicción. Es de señalar que

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

las mismas funciones le corresponden a los Distritos (art 45 Ley 715/2001).

El fortalecimiento de la gobernanza de las entidades territoriales es fundamental en el proceso de coordinación y articulación de los diferentes actores del sistema de aseguramiento social para la garantía del derecho a la salud.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

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.

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 informacion, 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.

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

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 resolutividad 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 deberan 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.

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.

ALT 2967

766

11:20am

PROPOSICIÓN

Elimínese el artículo 29 del texto propuesto para segundo debate del proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así: 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.~~

~~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 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 Promotoras de Salud (EPS), para permitir el cumplimiento de los planes de habilitación y saneamiento aprobados, sin perjuicio de lo establecido en el régimen de transición.~~

Atentamente,

Modesto Aguilera Vides
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico.

JUSTIFICACIÓN

Al inicio del año 2024, se registraron 51 millones 700 mil personas afiliadas a diferentes EPS del país, encabezada por Nueva Eps con 10,8 millones de afiliados, seguida por Sanitas con 5,7 millones y Sura con 5.3 millones, (Poli, 2024)[1] lo que indica el gran impacto que tendría en los usuarios, los cambios estructurales de la presente reforma, razón por la que, propongo la eliminación del presente artículo.

La reforma al sistema de salud presenta una ruta de atención con muchos vacíos, especialmente para los pacientes que poseen condiciones crónicas o de alto costo. Actualmente no hay un esquema claro que asegure la atención integral desde la atención primaria hasta los niveles de mediana y alta complejidad, y la falta de coordinación entre las distintas áreas agrava la situación.
Desde el punto de vista médico, esto genera muchos riesgos, como lo son: la pérdida de información clínica, interrupción de tratamientos y demoras en la atención especializada.

[1] https://articulo20.poligran.edu.co/2024/03/20/estas-son-las-eps-con-mas-numeros-de-afiliados-en-colombia/#:~:text=Iniciando%20el%202024%20se%20registraron,diferentes%20EPS%20en%20el%20pa%C3%ADs.

ART 20

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
14 FEB 2024
RECIBIDO

C

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" de la siguiente manera:

Artículo 29. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud. Dentro de los **seis** (6) meses siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud autorizadas para operar en alguno o ambos de los dos regímenes de afiliación actuales y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a sus competencias, la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a dicha transformación presentando el proyecto de habilitación o plan de retiro voluntario según el caso, y el correspondiente plan de saneamiento, teniendo en cuenta lo siguiente:

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

Si la Entidad Promotora de Salud no expresa ninguna de las dos intenciones 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)~~ **veinticuatro (24)** meses contados a partir de su aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y deberá presentar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo. 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 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.

VICTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO

768 ART 29

C

PROPOSICIÓN

AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C
"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 29 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "*POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*", el cual quedará así:

Artículo 29. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud. Dentro de los **seis** ~~tres~~ (**6** ~~3~~) meses siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud autorizadas para operar en alguno o ambos de los dos regímenes de afiliación actuales y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a sus competencias, la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a dicha transformación presentando el proyecto de habilitación o plan de retiro voluntario según el caso, y el correspondiente plan de saneamiento, teniendo en cuenta lo siguiente:

1. Si la Entidad Promotora de Salud, desea transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar el proyecto de habilitación como Gestora de Salud y Vida.

2. Si la Entidad Promotora de Salud no está interesada en transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar su plan de retiro voluntario.

Si la Entidad Promotora de Salud no expresa ninguna de las dos intenciones 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 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 **seis** ~~tres~~ (**6** ~~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.

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

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

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

769

JUSTIFICACIÓN

El término propuesto de sólo tres (3) meses después de la reglamentación, resulta insuficiente, de modo que planteamos que sean seis (6) meses toda vez que el término inicial se considera un periodo muy corto para poder establecer un plan que permita a las EPS no solo pagar sus pasivos sino establecer la hoja de ruta para la transformación.

Para el caso del parágrafo 3 no compartimos que se diga "*a la entrada en vigencia de la presente ley*", como quiera que las disposiciones aquí contenidas, tendrán un plazo de reglamentación para establecer los requisitos de habilitación y las condiciones de transformación y sin estos requisitos no es lógico que se presente plan de habilitación, razón por la cual proponemos el ajuste a la redacción.

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

ART 29

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

C

DE POLO A POLO
MIGUEL
DEFIENDE LA PATRIA

77

Bogotá, 9 de diciembre de 2024

Ciudad

Señor
Presidente
JAIME RÁUL SALAMANCA
Sesión Plenaria Cámara de Representantes de Colombia

Ref: Proposición modificatoria del artículo 29° 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".

Artículo 29. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud. Dentro de los **veinticuatro meses (24)** ~~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:
(..)

Miguel Polo Polo

H. R. MIGUEL ABRAHAM POLO POLO
Circunscripción Afro-Descendiente
Tel: (601) 382 3000 Ext. 4311

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

5:05pm

ART 29

771

C

PROPOSICION MODIFICATIVA

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"

Modifíquese el artículo 29 del proyecto de ley, el cual, quedará así:

Artículo 29. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud. Dentro de los **doce (12)** ~~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.

De los Honorables Representantes

CARLOS FELIPE QUINTERO OVALLE
Representante a la Cámara
Departamento de Cesar

Art 29

772

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" de la siguiente manera:

Artículo 29. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud. Dentro de los **seis** ~~**tres**~~ (6) meses siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud autorizadas para operar en alguno o ambos de los dos regímenes de afiliación actuales y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a sus competencias, la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a dicha transformación presentando el proyecto de habilitación o plan de retiro voluntario según el caso, y el correspondiente plan de saneamiento, teniendo en cuenta lo siguiente:

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

Si la Entidad Promotora de Salud no expresa ninguna de las dos intenciones 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)**~~ **treinta y seis (36)** meses contados a partir de su aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y deberá presentar el paz y salvo de todas

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

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)~~** **treinta y seis (36)** 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.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

JUSTIFICACIÓN

Se debe ampliar a seis (6) meses el plazo para que la EPS presente la manifestación de acogerse o no a la transformación. Se trata de una decisión para la cual se debe realizar estudios de factibilidad y de la reglamentación que para el fin expida el MSPS.

Se sugiere ampliar de 18 a 36 meses el término para implementar el plan de saneamiento de pasivos. Lo anterior atendiendo a la complejidad propia de la operación, al término que se requiere en la práctica para realizar un acuerdo con los acreedores, y a las exigencias financieras para la implementación del acuerdo.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

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

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

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

C

ART 29

774

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
02 DIC 2024
Folios No.
RECIBIDO
4:57pm

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

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

775

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.

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.

776 ART 30

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL LEYES 14 FEB 2024 RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Modifíquese el artículo 30 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" de la siguiente manera:

Artículo 30. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por ~~dos~~ **tres** ~~(2)~~ ~~**(3)**~~ **dos (2)** años siempre que cumplan con las condiciones **de habilitación y permanencia vigentes.** ~~**permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el periodo de transición previsto en la presente Ley.**~~

Las EPS podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los ~~**tres seis**~~ **tres (3)** meses siguientes a la expedición de la presente Ley.

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

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

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

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

3. Durante el período que permanezcan como EPS, será obligatoria la implementación del giro directo a través de la ADRES.

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

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

6. Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a ~~18~~ 36 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.

7. Todas las EPS tendrán plazo máximo de ~~dos~~ ~~tres~~ ~~(2)~~ ~~(3)~~ dos (2)años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. Excepcionalmente, cuando por razones de insuficiencia ~~suficiencia~~ de infraestructura hospitalaria, ~~en~~ zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor. ~~sin que en ningún caso supere un (1) año adicional.~~

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

Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las EPS, la ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS.

9. Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración

establecidos en el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011. ~~legislación vigente~~.

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

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

Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar de manera integral, la salud de l

población que se les asigne y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad **salvo lo previsto en el numeral 7 del presente artículo.**

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

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

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

VICTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO

778 ART 30

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

ERIKA Sánchez
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el artículo 30 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"* el cual quedará así:

Artículo 30. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por **tres (3)** ~~dos (2)~~ años, siempre que cumplan las condiciones de permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el periodo de transición previsto en la presente Ley.

Las EPS podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los tres (3) meses siguientes a la expedición de la presente Ley.

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

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

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

Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. La habilitación y autorización de las RIITS estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

7. Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 18 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.
8. Todas las EPS tendrán plazo máximo de **tres (3)** ~~dos (2)~~ años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional.
9. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.

   Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las EPS, la ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS.
10. Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración establecidos en la legislación vigente.
11. En cualquier momento y antes de cumplirse los **tres (3)** ~~dos~~ años de transición previstos en esta Ley, las EPS que cumplan con las condiciones para su transformación y presenten un plan de saneamiento aprobado, podrán iniciar su operación como Gestoras de Salud y Vida en los términos de la presente Ley.

(...)

ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR SANTANDER

ART 30

PROPOSICIÓN

AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C "*POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*"

Modifíquese el artículo 30 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "*POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*", el cual quedará así:

Artículo 30. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por **cuatro** ~~dos~~ (**4** ~~2~~) años, siempre que cumplan las condiciones de permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el periodo de transición previsto en la presente Ley.

Las EPS podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los **seis** ~~tres~~ (**6** ~~3~~) meses siguientes a la expedición de la presente Ley.

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

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

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

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

8. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.
   Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las EPS, la ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS.
9. Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración establecidos en la legislación vigente.
10. En cualquier momento y antes de cumplirse los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS que cumplan con las condiciones para su transformación y presenten un plan de saneamiento aprobado, podrán iniciar su operación como Gestoras de Salud y Vida en los términos de la presente Ley.

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

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

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

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

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

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia

780

JUSTIFICACIÓN

Si bien, el texto propuesto contempla un periodo de dos años de transición para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) se transformen en Gestoras de Salud y Vida, consideramos que el término es insuficiente para que concrete en un cambio positivo.

Se tiene que las EPS podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, sin embargo, solo tres (3) meses resulta insuficiente para dicha reglamentación, de modo que se propone que se amplíe.

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

Art 30

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

DE POLO A POLO
MIGUEL
DEFIENDE LA PATRIA

78

Bogotá, 9 de diciembre de 2024

Ciudad

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
5:05pm

Señor
Presidente
JAIME RÁUL SALAMANCA
Sesión Plenaria Cámara de Representantes de Colombia

Ref: Proposición eliminatoria del artículo 30° 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".

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

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

La manifestación de transformación deberá acompañarse de un Plan de saneamiento de pasivos aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 29 de la presente Ley. Durante este periodo deberán cumplir progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:

1. Organizar conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, la atención de su población a cargo, en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) conforme a la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, Centros de Atención Primaria en Salud CAPS que serán financiados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).
2. Durante los dos años de transición previstos en esta ley, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de Entidades Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. ~~Durante el periodo de tiempo que permanezcan como Entidades Promotoras de Salud (EPS), será obligatoria la implementación del giro directo a través de la ADRES.~~
4. Se organizarán progresivamente por subregiones funcionales para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados en esos sitios. En las mencionadas subregiones y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud.
5. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) que organicen y conformen junto con las entidades territoriales del orden departamental y distrital de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. La habilitación y autorización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.
6. Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a **24 meses** ~~18 meses~~, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.

7. Todas las Entidades Promotoras de Salud tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional.

8. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud. Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS.

9.-Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración **acorde con la situación financiera de cada institución** ~~establecidos en la legislación vigente.~~

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

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

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

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

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

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

Miguel Polo Polo

H. R. MIGUEL ABRAHAM POLO POLO
Circunscripción Afro-Descendiente
Tel: (601) 382 3000 Ext. 4311

ART 30
(16)
783

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá D.C., noviembre de 2024

Señor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General H. Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
11 DIC 2024
RECIBIDO
5:03 pm

ASUNTO: Proposición modificativa

PROYECTO DE LEY: 312 de 2024 Cámara

REPRESENTANTE: JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ

Por medio del presente, me permito radicar **PROPOSICIÓN MODIFICATIVA AL ARTÍCULO 30** propuesto en el texto del proyecto 312 de 2024 Cámara.

Me permito radicar modificación del artículo 30 del texto propuesto para segundo debate en la plenaria de la Cámara de Representantes del proyecto de ley 312 de 2024 Cámara, modificando el parágrafo 3°, el cual quedará así:

TEXTO PROPUESTO EN PONENCIA	TEXTO PROPUESTO EN PROPOSICIÓN
Parágrafo 3: Una vez cumplidos los requisitos para la transformación de la EPS en Gestora de Salud y Vida, y previa aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, como una alternativa del proceso de disolución, podrán constituir la Gestora de Salud y Vida como una persona jurídica diferente, ya sea de naturaleza privada, mixta o pública según corresponda, para asumir dicho rol, con una Junta Directiva o máximo órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.	**Parágrafo 3:** Una vez cumplidos los requisitos para la transformación de la EPS en Gestora de Salud y Vida, y previa aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, como una alternativa del proceso de disolución, podrán constituir la Gestora de Salud y Vida como una persona jurídica diferente, ya sea de naturaleza privada, mixta o pública según corresponda, para asumir dicho rol, con una Junta Directiva o máximo órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Las Cámaras de Comercio darán prelación y prioridad a estas solicitudes de transformación en virtud de garantizar el derecho fundamental a la salud de los usuarios.

El texto con la proposición aprobada o avalada quedará así:

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

Las Cámaras de Comercio darán prelación y prioridad a estas solicitudes de transformación en virtud de garantizar el derecho fundamental a la salud de los usuarios.

Cordialmente.

JHON JAIRO BERRIO LOPEZ
H. Representante Departamento de Antioquia
Partido Centro Democrático

C

Modesto Aguilera
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
ATLÁNTICO • 2022 - 2026

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
GACETA DE LEYES
CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
12 DIC 2024
CAMARA DE REPRESENTANTES
RECIBIDO

ART 301

734

11:22 am

PROPOSICIÓN

Elimínese el artículo 30 del texto propuesto para segundo debate del proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así: el cual quedará así:

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

~~Las EPS podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los tres (3) meses siguientes a la expedición de la presente Ley.~~
~~La manifestación de transformación deberá acompañarse de un plan de saneamiento de pasivos aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 29 de la presente Ley.~~
~~Durante este periodo deberán cumplir progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:~~

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

de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. La habilitación y autorización de las RIITS estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

6. Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 18 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.
7. Todas las EPS tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional.
8. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.
   Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las EPS, la ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS.
9. Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración establecidos en la legislación vigente.
10. En cualquier momento y antes de cumplirse los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS que cumplan con las condiciones para su transformación y presenten un plan de saneamiento aprobado, podrán iniciar su operación como Gestoras de Salud y Vida en los términos de la presente Ley.

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

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

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

785

~~órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

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

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

Atentamente,

Modesto Aguilera Vides
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico.

JUSTIFICACIÓN

Al inicio del año 2024, se registraron 51 millones 700 mil personas afiliadas a diferentes EPS del país, encabezada por Nueva Eps con 10,8 millones de afiliados, seguida por Sanitas con 5,7 millones y Sura con 5.3 millones, (Poli, 2024)[1] lo que indica el gran impacto que tendría en los usuarios, los cambios estructurales de la presente reforma, razón por la que, propongo la eliminación del presente artículo.

La reforma al sistema de salud presenta una ruta de atención con muchos vacíos, especialmente para los pacientes que poseen condiciones crónicas o de alto costo. Actualmente no hay un esquema claro que asegure la atención integral desde la atención primaria hasta los niveles de mediana y alta complejidad, y la falta de coordinación entre las distintas áreas agrava la situación.

[1] https://articulo20.poligran.edu.co/2024/03/20/estas-son-las-eps-con-mas-numeros-de-afiliados-en-colombia/#:~:text=Iniciando%20el%202024%20se%20registraron,diferentes%20EPS%20en%20el%20pa%C3%ADs.

Desde el punto de vista médico, esto genera muchos riesgos, como lo son: la pérdida de información clínica, interrupción de tratamientos y demoras en la atención especializada.

+ eliminativo parágrafo 5

ART 30

786

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá D.C., noviembre de 2024

Señor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General H. Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
11 DIC 2024
RECIBIDO
5:03 pm

ASUNTO: Proposición modificativa

PROYECTO DE LEY: 312 de 2024 Cámara

REPRESENTANTE: JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ

Por medio del presente, me permito radicar **PROPOSICIÓN MODIFICATIVA AL ARTÍCULO 30** propuesto en el texto del proyecto 312 de 2024 Cámara.

Me permito radicar modificación del artículo 30 del texto propuesto para segundo debate en la plenaria de la Cámara de Representantes del proyecto de ley 312 de 2024 Cámara, modificando el parágrafo 5°, el cual quedará así:

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

	En todo caso, las gestoras de Salud y vida, podrán suscribir convenios con aseguradoras que presten servicios y/o planes voluntarios de salud (medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud).

El texto con la proposición aprobada o avalada quedará así:

> ***Parágrafo 5:*** *Las EPS que decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida y que se encuentren administrando Planes Voluntarios en Salud (Medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud) deberán escindir esta operación comercial dentro del periodo de transición para convertirse en Gestoras, sin que se requiera nueva autorización para el efecto de los planes vigentes. En ningún caso habrá coexistencia administrativa y financiera con la Gestora de Salud y Vida. Las EPS que no se transformen en Gestoras de Salud y Vida podrán seguir comercializando Planes Voluntarios en Salud de conformidad con la reglamentación legal vigente.*
>
> *En todo caso, las gestoras de Salud y vida, podrán suscribir convenios con aseguradoras que presten servicios y/o planes voluntarios de salud (medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud).*

Cordialmente.

JHON JAIRO BERRIO LOPEZ
H. Representante Departamento de Antioquia
Partido Centro Democrático

ART 30
(10)

787

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá D.C., noviembre de 2024

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
11 DIC 2024
RECIBIDO
5:03 pm

Señor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General H. Cámara de Representantes

ASUNTO: Proposición eliminativa

PROYECTO DE LEY: 312 de 2024 Cámara

REPRESENTANTE: JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ

Por medio del presente, me permito radicar **PROPOSICIÓN ELIMINATIVA AL PARÁGRAFO QUINTO DEL ARTÍCULO 30** propuesto en el texto del proyecto 312 de 2024 Cámara.

Cordialmente.

JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ
H. Representante Departamento de Antioquia
Partido Centro Democrático

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 30 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" de la siguiente manera:

Artículo 30. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por ~~dos~~ **tres** ~~(2)~~ **(3)** años siempre que cumplan con las condiciones **de habilitación y permanencia vigentes.** ~~**permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el periodo de transición previsto en la presente Ley.**~~

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

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

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

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

2. Durante los ~~dos~~ **tres** años de transición previstos en esta Ley, las EPS, deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de Entidades Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

3. Durante el período que permanezcan como EPS, será obligatoria la implementación del giro directo a través de la ADRES.

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

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

6. Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a ~~**18**~~ **36** meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.

7. Todas las EPS tendrán plazo máximo de ~~dos~~ **tres** ~~(2)~~ **(3)** años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. Excepcionalmente, cuando por razones de **insuficiencia** ~~**suficiencia**~~ de infraestructura hospitalaria**,** ~~**en**~~ zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor. ~~**sin que en ningún caso supere un (1) año adicional.**~~

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

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

Nacional de Salud.

Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las EPS, la ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS.

9. Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración

establecidos en el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011. ~~**legislación vigente**~~. En cualquier momento y antes de cumplirse los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS que cumplan con las condiciones para su transformación y presenten un plan de saneamiento aprobado, podrán iniciar su operación como Gestoras de Salud y Vida en los términos de la presente Ley.

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

Parágrafo 2: La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar de manera integral, la salud de la población que se les asigne y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad **salvo lo previsto en el numeral 7 del presente artículo**

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

Parágrafo 4: Las EPS con participación accionaria del Estado podrán certificar la asunción del pago de sus pasivos y acreencias por parte de la Nación o de la Entidad territorial de su respectiva jurisdicción, como respaldo de cumplimiento

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

de las condiciones de permanencia que se les aplica, necesarias para transformarse en Gestoras de Salud y Vida.

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

PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

La propuesta de modificación de los incisos y numerales relacionados con el Proyecto de Ley de transformación del sistema de salud colombiano busca garantizar la estabilidad jurídica, proteger los derechos de los usuarios y facilitar una transición ordenada para las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que operan en el país. A continuación, se detallan las justificaciones para cada uno de los ajustes propuestos:

1. **Inciso Primero: Cumplimiento de Condiciones de Habilitación Existentes** La modificación propuesta busca que las EPS continúen operando bajo las condiciones de habilitación vigentes durante los tres años de transición, en lugar de exigirles nuevas condiciones que podrían ser implementadas durante dicho periodo. La razón es que estas entidades ya han sido autorizadas bajo la normativa actual para desempeñar su función, y no resulta razonable imponer nuevas exigencias en un corto plazo. Además, la transformación o venta de una EPS La transición de una EPS a una Entidad Gestora de Salud y Vida implica la realización de reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas significativas, así como procesos de "due diligence" para evaluar su viabilidad financiera y operativa. Este proceso puede extenderse por más de dos años debido a la complejidad de las gestiones que deben llevarse a cabo para asegurar que la transformación sea sostenible y efectiva. Por esta razón, establecer nuevas exigencias durante este periodo no solo sería innecesario, sino que también podría retrasar la implementación del nuevo modelo de gestión en salud.
2. **Inciso Segundo: Ampliación del Plazo para Decisiones sobre Transformación** Se propone extender el plazo para que las EPS manifiesten si desean acogerse al proceso de transformación de 6 a 12 meses. Esta decisión requiere un análisis detallado de factibilidad y un estudio riguroso por parte de los propietarios de las EPS, dado el impacto financiero y operativo que esta transformación conlleva. Ampliar este plazo permitirá a las entidades tomar decisiones más informadas y responsables.
3. **Numerales 1 y 4: Cumplimiento de Acuerdos Contractuales y Derecho de Libre Elección Las EPS.** Que actualmente operan tienen acuerdos

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

contractuales vigentes que no pueden ser terminados de manera abrupta sin incurrir en responsabilidades legales según el artículo 90 de la Constitución, lo que implicaría compensaciones tanto al Estado como a los prestadores. Además, la terminación forzosa de estos contratos y la reorganización de la red de servicios vulneraría el derecho de los usuarios a elegir libremente su prestador de salud. Este derecho, reconocido como una garantía conexa al acceso al servicio de salud y relacionado con la dignidad humana (sentencia C-1040 de 2007), no debe restringirse sin justificación válida, ya que hacerlo constituiría una medida regresiva prohibida por la Convención Interamericana de Derechos Humanos y el Protocolo de San Salvador.

4. **Numerales 1, 4 y 8: Imposibilidad de Fraccionar la UPC La Unidad de Pago por Capitación (UPC).** Es reconocida como una prima de seguro integral según la legislación vigente, y no existe un marco actuarial que permita dividir esta prima para descontar el valor de los servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). La fragmentación de la UPC desconocería las disposiciones establecidas en la Ley 100 de 1993 y afectaría la estabilidad financiera de las EPS.

5. **Numeral 6: Ampliación del Plazo para el Plan de Saneamiento de Pasivos.** Se sugiere extender el plazo de 18 a 36 meses para la implementación del plan de saneamiento de pasivos. La razón es que la reestructuración financiera y el acuerdo con acreedores son procesos que requieren un tiempo considerable y un análisis exhaustivo, dada la complejidad operativa de las EPS y la necesidad de cumplir con las exigencias financieras.

6. **Numeral 7: Ajuste sobre la Integración Vertical.** El ajuste propuesto aclara que la excepción a la restricción de integración vertical debe operar debido a la insuficiencia, no suficiencia, de infraestructura hospitalaria en ciertas áreas. Además, limitar el tiempo de esta excepción podría comprometer la prestación de servicios en regiones con redes insuficientes, por lo que la restricción no debe ser temporal, sino adaptada a las necesidades reales del sistema.

7. **Parágrafo 2: Excepción a la Prohibición de la Integración Vertical**. Es necesario incluir una referencia explícita al numeral 7 dentro del parágrafo que regula la prohibición de la integración vertical, para asegurar coherencia en la aplicación de las excepciones y garantizar claridad en la interpretación de la normativa.

8. **Numeral 9: Reconocimiento de Gastos Administrativos**. Para precisar la normativa vigente, se propone que el artículo que regula los gastos

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

administrativos haga referencia expresa al artículo 23 de la Ley 1438 de 2011. Esto garantizará que los reconocimientos se basen en los parámetros establecidos por la legislación previa y no se generen ambigüedades al momento de la aplicación de la nueva ley.

La propuesta de modificación busca proteger la estabilidad del sistema de salud durante el periodo de transición, garantizar los derechos de los usuarios y mitigar los riesgos financieros para las EPS.

Estas medidas permitirán una implementación más ordenada y justa de la reforma, evitando impactos negativos en la atención a los pacientes y la operación de los actores involucrados en el sistema de salud.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

ALT 30
792

Martha Alfonso
Congresista

Bogotá D.C. Diciembre 10 de 2024

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Honorable Representante
Jaime Raul Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

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

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

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

Modifíquese el artículo 30, el cual quedara así:

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

Las EPS podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los tres (3) meses siguientes a la expedición de la presente Ley.

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

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

Bogotá-Conmutador: (+57) (601) 8770720 Dirección: Calle 10 No. 7- 51 Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 5 - 68 of - 632 - Correo: martha.alfonso@camara.gov.co

1. Organizar conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, la atención de su población a cargo, en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) conforme a la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos CAPS que serán financiados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).
2. Durante los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS, deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de Entidades Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Durante el periodo que permanezcan como EPS, será obligatoria la implementación del giro directo a través de la ADRES.
4. Se organizarán progresivamente por subregiones funcionales para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados en esos sitios. En las mencionadas subregiones y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los CAPS presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud.
5. Articularán a los prestadores de servicios de salud **que hacen parte de sus redes,** dentro de las RIITS que organicen y conformen junto con**juntamente con** las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. La habilitación y autorización de las RIITS estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.
6. Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 18 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.
7. Todas las EPS tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad**, así como en la atención ambulatoria especializada**. **No podrán escindir sus activos fijos hasta que no haya cumplido con el paz y salvo del 100% de sus pasivos.**

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

Bogotá-Conmutador: (+57) (601) 8770720 Dirección: Calle 10 No. 7- 51 Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 - 68 of - 642 - Correo: martha.alfonso@camara.gov.co

Art 30

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEGS
02 DIC 2024
Folios No.
RECIBIDO
4:57 pm

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.

ART 31(-

Modesto Aguilera
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
ATLÁNTICO • 2022 - 2026

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
DE COLOMBIA
12 DIC 2024
RECIBIDO
795
11:20a

PROPOSICIÓN

Elimínese el artículo 31 del texto propuesto para segundo debate del proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así: el cual quedará así:

> ~~**Artículo 31. Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.** Se reconocerá y pagará a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el cinco por ciento (5%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de manera mensual, de la población a su cargo, por el cumplimiento de sus funciones definidas en la presente Ley, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca para tal efecto.~~
>
> ~~En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla las funciones establecidas en la presente Ley acorde a la metodología que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social en términos de calidad, oportunidad e integralidad, esta recibirá hasta un treinta por ciento (30%) menos de su ingreso por remuneración, y en caso de reincidencia en dos periodos consecutivos, será objeto de medida de supervisión especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo a la reglamentación que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. En todo caso, el mecanismo desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social, también deberá contemplar la definición de indicadores de evaluación del cumplimiento de funciones.~~
> ~~Además, podrán participar de los incentivos por el cumplimiento de resultados en salud, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario, según lo estipulado en el numeral 4 del artículo 34 de la presente Ley.~~

Atentamente,

Modesto Aguilera Vides
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico.

JUSTIFICACIÓN

Al inicio del año 2024, se registraron 51 millones 700 mil personas afiliadas a diferentes EPS del país, encabezada por Nueva Eps con 10,8 millones de afiliados, seguida por Sanitas con 5,7 millones y Sura con 5.3 millones, (Poli, 2024)[1] lo que indica el gran impacto que tendría en los usuarios, los cambios estructurales de la presente reforma, razón por la que, propongo la eliminación del presente artículo.

La reforma al sistema de salud presenta una ruta de atención con muchos vacíos, especialmente para los pacientes que poseen condiciones crónicas o de alto costo. Actualmente no hay un esquema claro que asegure la atención integral desde la atención primaria hasta los niveles de mediana y alta complejidad, y la falta de coordinación entre las distintas áreas agrava la situación.
Desde el punto de vista médico, esto genera muchos riesgos, como lo son: la pérdida de información clínica, interrupción de tratamientos y demoras en la atención especializada.

[1] https://articulo20.poligran.edu.co/2024/03/20/estas-son-las-eps-con-mas-numeros-de-afiliados-en-colombia/#:~:text=Iniciando%20el%202024%20se%20registraron,diferentes%20EPS%20en%20el%20pa%C3%ADs.

ART 31.

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

796

PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 31 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" de la siguiente manera:

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

Las Gestoras de salud y vida recibirán el 5% del valor de la atención integral de su población desde el nivel primario hasta la alta complejidad. El pago se realizará de manera mensual.

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

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

PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

JUSTIFICACIÓN

Las Gestoras recibirán el 5% de los recursos contenidos en las cuentas de APS y en la cuenta general que financia las demás atenciones del sistema de salud incluidos los servicios de salud de mediana y alta complejidad, los medicamentos, las licencias de maternidad y las incapacidades.

Se trata de una remuneración adecuada para las labores de coordinación y articulación del sistema que cumplirán estos actores. Las gestoras serán las encargadas de coordinar la atención de los pacientes a lo largo del sistema de salud, diligenciar las prestaciones de salud económicas, articular las redes y los sistemas de referencia y contra referencia entre muchas otras funciones.

Representa una disminución del reconocimiento por administración que hoy se hace a las EPS y que está entre el 8% y el 10% de los recursos del aseguramiento.

La eliminación de la base de cálculo de la UPC para reconocer los gastos de las Gestoras se da en razón a que no representa el ingreso de estas entidades. En cambio, será corresponsable de la gestión de usuarios y pacientes en el esquema de atención primaria en salud y en los servicios de mayor complejidad.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

Art 31.

797

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
12:22 pm

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el artículo 31 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 31. Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se reconocerá y pagará a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el ~~cinco por ciento (5%)~~ **cuatro por ciento (4%)** del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de manera mensual, de la población a su cargo, por el cumplimiento de sus funciones definidas en la presente Ley, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca para tal efecto.

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

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

Cordialmente,

Jennifer Pedraza S **JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso	Alejandro Garcia R **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde

798 ALT 31

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C
"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

ALC 751

Modifíquese el artículo 31 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "*POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*", el cual quedará así:

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

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

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

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

JUSTIFICACIÓN

Las gestoras de vida, no deben participar de los incentivos que sí son totalmente válidos para los prestadores del servicio, que son las verdaderamente encargados de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en esta iniciativa.

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

Modesto Aguilera
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
ATLÁNTICO · 2022 - 2026

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
12 DIC 2024
RECIBIDO

Art 32(-)

PROPOSICIÓN

Elimínese el artículo 32 del texto propuesto para segundo debate del proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así: 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 auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. El seguimiento al convenio lo harán las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación. En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, según corresponda, establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana y alta complejidad un convenio de desempeño que 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 auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud departamentales y distritales o municipales, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.~~

~~(...)~~

JUSTIFICACIÓN

La Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760/08, elevó el derecho a la salud, como un derecho constitucional fundamental:

"(...) la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna. A continuación, pasa la Corte a delimitar y caracterizar el derecho a la salud, en los términos en que ha sido consignado por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la Ley y la jurisprudencia."

En el mismo sentido, el artículo 6 de la ley 1751-2015 determinó y estructuró jurídicamente el contenido del derecho fundamental a la salud. En él se plasman las características que debe cumplir, así como los principios que estructuran su prestación como servicio público. "Este artículo puntualiza los principios de universalidad, equidad, solidaridad, sostenibilidad, eficiencia y progresividad del derecho, entre otros, como definitorios del sistema de salud y agrega que éstos deben ser interpretados de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás".

De igual forma, la Ley 1751-2015 indica tácitamente "Los artículos 1 y 2 de la ley estatutaria establecieron la naturaleza y el contenido del derecho a la salud y reconocieron, explícitamente, su doble connotación: primero (i) como derecho fundamental autónomo e irrenunciable, que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación y la promoción de la salud; segundo, (ii) como servicio público esencial obligatorio cuya prestación eficiente, universal y solidaria se ejecuta bajo la indelegable responsabilidad del Estado".

Por otra parte, la Corte Constitucional en reiterada jurisprudencia como en la sentencia C 756 de 2008 ha establecido que: "la introducción de las leyes estatutarias en el derecho colombiano se fundamenta principalmente en tres argumentos: i) la naturaleza superior de este tipo de normas requiere superior grado de permanencia en el ordenamiento y seguridad jurídica para su aplicación; ii) por la importancia que para el Estado tienen los temas regulados mediante leyes estatutarias, es necesario garantizar mayor consenso ideológico con la intervención de minorías, de tal manera que las reformas legales más importantes sean ajenas a las mayorías ocasionales y, iii) es necesario que los temas claves para la democracia tengan mayor debate y conciencia de su aprobación, por lo que deben corresponder a una mayor participación política".

Asimismo, en las sentencias C-015-20, C-204 de 2019 y C-370 de 2019 la Corte reiteró los criterios con los cuales es posible determinar si una regulación debió someterse al trámite cualificado de las leyes estatutarias, estos son: "(i) que efectivamente se trate de derechos y deberes de carácter fundamental; (ii) que el objeto directo de la regulación sea el desarrollo del régimen de derechos fundamentales o un derecho fundamental en sí mismo; (iii) que la normativa pretenda regular, de manera integral, estructural y completa, un derecho fundamental; o (iv) que verse sobre el núcleo esencial y los principios básicos del derecho o deber, es decir, que regule los aspectos inherentes al ejercicio del derecho; y (v) que se refiera a la afectación o el desarrollo de los elementos estructurales del derecho, esto es, que consagre límites, restricciones, excepciones y prohibiciones que afecten la estructura general del derecho, como elementos cercanos a su núcleo esencial.

En conclusión, el artículo referenciado afecta el núcleo esencial del derecho fundamental a la salud, por lo anterior, su trámite debe realizarse por una ley estatutaria y no por una ley ordinaria.

Atentamente,

Modesto Aguilera Vides
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico.

801 ART 32

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
14 FEB 2024
RECIBIDO
12 40

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 32 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" de la siguiente manera:

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.

Los Centros de Atención Primaria en Salud-CAPS y Las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS, podrán asociarse mediante Uniones Temporales, consorcios u otra figura jurídica con Instituciones Prestadoras de Salud, públicas, privadas o mixtas. En ejercicio de su autonomía determinarán la forma de integración y podrán hacer uso de mecanismos administrativos y financieros que las hagan eficientes, observando los principios de libre competencia con el fin de ser contratados para la operación de la prestación de servicios de salud.

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.

VICTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO

BKT 32

803

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
13 FEB 2025
RECIBIDO

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

PROPOSICIÓN

Agréguese un nuevo parágrafo al artículo 32 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara. acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" el cual quedará así:

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

...

PARÁGRAFO 5. Vigilancia y control fiscal al seguimiento a los recursos del Sistema de Salud de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS):

La Contraloría General de la República podrá ejercer vigilancia y control fiscal sobre la gestión de los recursos públicos de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS), con base en su competencia concurrente y prevalente.

Para ello, las RIITSS, en coordinación con las Gestoras de Salud y Vida, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas y mixtas que las integren, deberán reportar a la Contraloría General de la República información detallada sobre la administración de los recursos. El Contralor General de la República reglamentará la forma y método de rendir dicha información.

El incumplimiento de dicho reporte podrá derivar en la aplicación del procedimiento administrativo sancionatorio fiscal, conforme a la normativa vigente.

Diego Cancino

Camilo Arila
Coord. Ponente

Cuenca

Jorge E. Tamayo M.

Jorge Eliecer López

Carolina Giraldo

Teresa Enriquez

Diógenes

Art 32
804
2:39

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 32 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" de la siguiente manera:

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

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

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**~~. **La vigilancia y control de los convenios lo harán las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales o municipales.**

- 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

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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.

PIEDAD CORREAL RUBIANO
Representante a la Cámara por el Quindío

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

JUSTIFICACIÓN

No es conveniente que la entidad territorial sea juez y parte en la celebración y seguimiento de los convenios, ya que de conformidad con las competencias asignadas en la Ley 715/2001 (art 43.4.1), a las Direcciones territoriales del nivel departamental les corresponde realizar la vigilancia y control del aseguramiento, y a las Direcciones municipales de salud les corresponde (art 44.1.3) gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios para la población de su jurisdicción. Es de señalar que las mismas funciones le corresponden a los Distritos (art 45 Ley 715/2001).

El fortalecimiento de la gobernanza de las entidades territoriales es fundamental en el proceso de coordinación y articulación de los diferentes actores del sistema de aseguramiento social para la garantía del derecho a la salud, y cuentan con funciones de inspección, vigilancia y control por tanto estos deberían ser los encargados de hacer el seguimiento a los convenios de desempeño entre Gestoras - CAPS y Gestoras – prestadores de mediana y alta complejidad.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

Art 32
806

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

RECIBIDO
10 DIC 2024
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES

Bogotá D.C., 10 de diciembre de 2024

Doctor,
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente de la Honorable Cámara de Representantes.

Ref: Proposición de modificación del artículo 32 del Proyecto de Ley No. 312/2024C ***"por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones"***.

Apreciado doctor Salamanca:

Con sustentación en la Ley 5ª de 1992 "Por lo cual se expide el reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representante" presentamos la siguiente:

I. PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

Solicitamos respetuosamente a la Plenaria de la Honorable Cámara de Representantes, que se modifique el artículo 32 del Proyecto de Ley No. 312/2024C ***"por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones"***., de la siguiente manera:

> "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 **y con enfoque diferencial y de género**, a una población ubicada en un espacio territorial determinado buscando el logro de los resultados en salud." *(...)*

Atentamente,

Tamara Angarita

Orlando
Castillo Advincula
Representante a la Cámara – Citrep 9

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CC RIO NAYA

Art 32

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

807

1:05pm

Honorable Representante
Jaime Raúl Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes

PROPOSICIÓN

Proposición modificatoria al artículo 32 del 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" 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 **y tener un regente de farmacia certificado a cargo.**

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.

Atentamente

ORLANDO CASTILLO ADVINCULA
REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP 9 PACIFICO MEDIO

3825000– Ext: 3620, 3621
orlando.castillo@camara.gov.co
Carrera 7 # 8-68. Oficina 633, Edificio Nuevo del Congreso

309 ALT 32

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN para adicionar un parágrafo nuevo al artículo 32:**

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

(...)

Parágrafo 5. Para garantizar la continuidad de la atención de pacientes con enfermedades crónicas consideradas de alto costo por la normatividad vigente, y evitar la fragmentación de la atención de los pacientes que reciben su tratamiento, las Gestoras de Salud y Vida deberán priorizar, en la conformación de las redes, aquellos prestadores de salud especializados en estas enfermedades que hoy en día se encuentran prestando los servicios en los territorios en dónde se encuentran. Los acuerdos de voluntades entre estos actores deberán incluir el reconocimiento de la presencia de los prestadores y compensación por sus resultados en salud.

Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal

ART 32

810

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
09 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN para adicionar un parágrafo nuevo al artículo 32:**

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

(...)

Parágrafo 5. Para garantizar la continuidad de la atención de pacientes con enfermedades crónicas consideradas de alto costo por la normatividad vigente, y evitar la fragmentación de la atención de los pacientes que reciben su tratamiento, las Gestoras de Salud y Vida deberán priorizar, en la conformación de las redes, aquellos prestadores de salud especializados en estas enfermedades que hoy en día se encuentran prestando los servicios en los territorios en dónde se encuentran. Los acuerdos de voluntades entre estos actores deberán incluir el reconocimiento de la presencia de los prestadores y compensación por sus resultados en salud.

Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal

Modesto Aguilera
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
ATLÁNTICO • 2022 - 2026

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

ART 33(-)

PROPOSICIÓN

Elimínese el artículo 33 del texto propuesto para segundo debate del proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así: el cual quedará así:

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

~~Este proceso deberá garantizar la optimización y ordenamiento racional de la oferta territorial de servicios de salud, privilegiando la accesibilidad de las personas, familias y comunidades a los mismos y bajo las orientaciones y reglamentos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~
~~El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las RIITS en las subregiones funcionales para la gestión en salud.~~

JUSTIFICACIÓN

Al inicio del año 2024, el sistema de salud colombiano registró 51 millones 700 mil personas afiliadas a las diferentes EPS del país. La lista es encabezada por la Nueva Eps con 10,8 millones de afiliados, seguida por Sanitas con 5,7 millones y Sura con 5.3 millones, (Poli, 2024)[1] . Estas cifras indican el gran impacto que tendrían en los usuarios, los cambios estructurales de la presente reforma.

La reforma al sistema de salud presenta una ruta de atención con muchos vacíos, especialmente para los pacientes que poseen condiciones crónicas o de alto costo. Actualmente no hay un esquema claro que asegure la atención integral desde la atención primaria hasta los niveles de mediana y alta complejidad, y la falta de coordinación entre las distintas áreas agrava la situación.

Desde el punto de vista médico, esto genera muchos riesgos, como lo son: la pérdida de información clínica, interrupción de tratamientos y demoras en la atención especializada.

Atentamente,

Modesto Aguilera Vides

[1] https://articulo20.poligran.edu.co/2024/03/20/estas-son-las-eps-con-mas-numeros-de-afiliados-en-colombia/#:~:text=Iniciando%20el%202024%20se%20registraron,diferentes%20EPS%20en%20el%20pa%C3%ADs.

Adr 33

8/2

ERIKA Sánchez
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el artículo 33 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"* el cual quedará así:

Artículo 33. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud, **en compañía del Ministerio de Salud y Protección Social** organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) con fundamento en los análisis funcionales de Red. La organización y conformación se hará con las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio.

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

El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las RIITS en las subregiones funcionales para la gestión en salud

ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR SANTANDER

CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ARMANDO ZABARAIN D' ARCE
Representante Dpto. del Atlántico

Armando Zabaraín D´arce
H. Representante Dpto. Atlántico

Justificación: En concordancia con la adición propuesta para el artículo 12, los ajustes propuestos para este artículo se requieren en la medida que dejan claro dentro del procedimiento de organización y conformación de las RIISS, la función de las Gestoras de Salud y Vida para organizar las RIISS, de tal manera que estas entidades puedan hacer una adecuada gestión del riesgo en salud de sus afiliados.

También es necesario complementar el proceso de organización de las RISS indicando las instancias encargadas de avalarlas, verificar su funcionalidad y de habilitarlas.

Para efectos del giro directo, es necesario precisar dentro del artículo que una vez habilitadas las RIISS estas se pondrán a disposición de la ADRES por parte del Ministerio de Salud.

ART 33

8/4

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ARMANDO ZABARAIN D' ARCE
Representante Dpto. del Atlántico

PROPOSICIÓN ARTÍCULO 33 – REFORMA A LA SALUD

Modifíquese el artículo 33 del proyecto de ley no. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cuál quedará así:

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

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

~~El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las RIITS en las subregiones funcionales para la gestión en salud.~~

Las RIITS, serán conformadas por las Gestoras de Salud y vida, avaladas por el Ente Territorial del orden departamental o distrital lo que comprende verificar su funcionalidad y completitud para satisfacer las necesidades en salud de la población y habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social bajo el marco de los Territorios para la Gestión en Salud. Las RIITS son estructuras funcionales organizadas para garantizar la prestación de los servicios de salud que necesita un individuo y una población en el ámbito territorial y que aplica las políticas públicas adecuadas a la realidad territorial, la focalización y priorización efectiva de la inversión territorial y el cierre de brechas e inequidades en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social pondrá a disposición del ADRES, la RIISS conformada, avalada, autorizada y habilitada, para que se pueda realizar el registro para el giro directo.

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
10:24am

Modesto Aguilera
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
ATLÁNTICO - 2022 - 2026

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ART 34(-)

815

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO
11:20

PROPOSICIÓN

Elimínese el artículo 34 del texto propuesto para segundo debate del proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así: el cual quedará así:

~~**Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).** El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje:~~

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

   ~~El modelo contará con un nivel primario, como primer contacto y puerta de entrada, que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas y en los centros especializados; y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades.~~
2. ~~**Rectoría y Gobernanza de la red.** Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas por parte de las Gestoras de Salud y Vida y las Entidades territoriales, así como asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las RIITS se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.~~

3. ~~**Organización y gestión.** Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y~~

~~procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).~~

4. ~~**Sistema de asignación e incentivos.** Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la RIITS, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.~~

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

   ~~Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de mediana y alta complejidad.~~

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

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

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

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

5. ~~**Resultados.** Las RIITS deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del SICA. Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.~~

6. ~~**Generación de valor.** Los modelos de acuerdos de voluntades con las RIITS y las modalidades de pago pactadas deben responder a parámetros de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos.~~

~~**Parágrafo.** Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de sus funciones, así como por las direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud en cumplimiento de su función de conformación y organización de las RIITS, y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control.~~

JUSTIFICACIÓN

Al inicio del año 2024, el sistema de salud colombiano registró 51 millones 700 mil personas afiliadas a las diferentes EPS del país. La lista es encabezada por la Nueva Eps con 10,8 millones de afiliados, seguida por Sanitas con 5,7 millones y Sura con 5.3 millones, (Poli, 2024)[1] . Estas cifras indican el gran impacto que tendrían en los usuarios, los cambios estructurales de la presente reforma.

La reforma al sistema de salud presenta una ruta de atención con muchos vacíos, especialmente para los pacientes que poseen condiciones crónicas o de alto costo. Actualmente no hay un esquema claro que asegure la atención integral desde la atención primaria hasta los niveles de mediana y alta complejidad, y la falta de coordinación entre las distintas áreas agrava la situación.

Desde el punto de vista médico, esto genera muchos riesgos, como lo son: la pérdida de información clínica, interrupción de tratamientos y demoras en la atención especializada.

Atentamente,

Modesto Aguilera Vides
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico.

[1] https://articulo20.poligran.edu.co/2024/03/20/estas-son-las-eps-con-mas-numeros-de-afiliados-en-colombia/#:~:text=Iniciando%20el%202024%20se%20registraron,diferentes%20EPS%20en%20el%20pa%C3%ADs.

ART 34

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
14 FEB 2024
RECIBIDO

C

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 34 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" de la siguiente manera:

Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje:

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

   El modelo contará con un nivel primario, como primer contacto y puerta de entrada, que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas y en los centros especializados; y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades.
2. **Rectoría y Gobernanza de la red.** Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas por parte de las Gestoras de Salud y Vida y las Entidades territoriales, así como asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las RIITS se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.

3. **Organización y gestión.** Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, ~~tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).~~ **condicionada a la suficiencia de prestadores, lo que implica garantizar la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos capacitados y distribuidos**

equitativamente, así como procesos y procedimientos estandarizados. Estos elementos deben asegurar la continuidad y calidad de la atención, con un enfoque en resultados que contribuyan al fortalecimiento del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

4. ~~**Sistema de asignación e incentivos.** Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la RIITS, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.~~

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

~~Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de mediana y alta complejidad.~~

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

~~a. **Resultados en salud:** Los indicadores se evaluarán sobre la línea base inicial disponible hasta lograr las metas establecidas por la OMS/OPS. Se tendrán en cuenta, entre otros:~~

~~Cobertura en vacunación, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, Cobertura de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y detección temprana de personas con eventos de interés en salud pública.~~

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

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

4. Sistema de asignación de incentivos. Se establecerá un sistema de asignación de incentivos que garantice la mejor prestación de servicios basado en el desempeño de la gestión de riesgo en salud, la satisfacción de los usuarios y la eficiencia en el uso de los recursos.

Estos incentivos serán diferenciados por Gestora de Salud y Vida e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, teniendo en cuenta las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones.

El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará una metodología de índices que permita graduar el reconocimiento y la distribución de los recursos entre gestoras y prestadores. Dicha metodología tendrá en cuenta los diferentes estudios de percepción de calidad y satisfacción del usuario, entre otros insumos, con los que cuente el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los recursos destinados al reconocimiento de estos incentivos no podrán ser superiores al tres por ciento (3%) de los recursos del sistema de Aseguramiento Social en Salud y se distribuirán de conformidad con la metodología desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Resultados. Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA). Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.

6. Generación de valor. Los modelos de acuerdos de voluntades con las Redes y las modalidades de pago pactados deben responder a modelos de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos. **Dichos acuerdos de voluntades deberán ajustarse a lo señalado en el Decreto 441 de 2002 o la norma que lo sustituya o modifique.**

Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de sus funciones, así como por las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud en cumplimiento de su función de conformación y organización de las RIITS, y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control.

VICTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO

819 Art 34

PROPOSICIÓN

AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C "*POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*"

Modifíquese el artículo 34 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "*POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*", el cual quedará así:

Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje:

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

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

2. **Rectoría y Gobernanza de la red.** Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas por parte de las Gestoras de Salud y Vida y las Entidades territoriales, así como asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las RIITS se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.

3. **Organización y gestión.** Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

4. **Sistema de asignación e incentivos.** Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la RIITS, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.

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

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de mediana y alta complejidad.

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

a. **Resultados en salud:** Los indicadores se evaluarán sobre la línea base inicial disponible hasta lograr las metas establecidas por la OMS/OPS. Se tendrán en cuenta, entre otros:

Cobertura en vacunación, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, cobertura de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y detección temprana de personas con eventos de interés en salud pública.

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

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

5. **Resultados**. Las RIITS deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del SICA. Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.

6. **Generación de valor.** Los modelos de acuerdos de voluntades con las RIITS y las modalidades de pago pactadas deben responder a parámetros de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos.

Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de sus funciones, así como por las direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud en cumplimiento de su función de conformación y organización de las RIITS, **por el Ministerio de Salud y Protección Social** y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control.

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

JUSTIFICACIÓN

Las gestoras de vida, no deben participar de los incentivos que sí son totalmente válidos para los prestadores del servicio, que son las verdaderamente encargados de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en esta iniciativa.

De acuerdo a lo indicado en el numeral 5 del artículo 30 del texto propuesto para segundo debate, se tiene que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las RIITS que organicen y conformen junto con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, razón por la cual encontramos fundada la proposición de incluir a la Cartera Ministerial para que también cumpla y observe los parámetros del artículo planteado.

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

ART 34

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ARMANDO ZABARAIN D' ARCE
Representante Dpto. del Atlántico

C 821

PROPOSICIÓN ARTÍCULO 34 – REFORMA A LA SALUD

Modifíquese el artículo 34 del proyecto de ley no. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cuál quedará así:

Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje:

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

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

2. ~~Rectoría y Gobernanza de la red~~ **Planificación de las RIITS**. ~~Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas por parte de las Gestoras de Salud y Vida y~~

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
10:24

~~las Entidades territoriales, así como asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las RIITS se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.~~ **La planificación de la prestación de servicios de salud a través de las RISS se hará para garantizar acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región**

3. Organización y gestión. ~~Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).~~ **Es responsabilidad de las Gestoras de Salud y Vida desarrollar la gestión necesaria para que los integrantes de la RISS alimenten el Sistema Publico Unificado e Interoperable de Información en Salud que permita tomar decisiones basadas en información pertinente y con enfoque de resultados.**

4. Sistema de asignación e incentivos. Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la RIITS, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.

   El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la asignación de incentivos, para la red de prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida. Sobre la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se reconocerá un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores de mediana y alta complejidad, y las

Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al tres por ciento (3%), dicho porcentaje deberá estar soportado mediante un estudio de costeo de los incentivos.

Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de mediana y alta complejidad.

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

a. Resultados en salud: Los indicadores se evaluarán sobre la línea base inicial disponible hasta lograr las metas establecidas por la OMS/OPS. Se tendrán en cuenta, entre otros:

   Cobertura en vacunación, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, cobertura de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y detección temprana de personas con eventos de interés en salud pública.
b. Satisfacción de los usuarios: La oportunidad, continuidad y satisfacción con la atención ambulatoria, en consultas generales y especializadas, en la atención hospitalaria, y en la entrega completa de medicamentos, las tasas de quejas, reclamos, tutelas y desacatos, entre otros.
c. Uso eficiente de recursos: Se tendrá en cuenta la utilización adecuada de los recursos con los que cuenta la RIITS, pertinencia en los tratamientos acorde con los diagnósticos, adherencia a guías y protocolo de manejo así como adherencia a tratamientos, disminución de las barreras de acceso, disminución de citas no atendidas, tiempos específicos y la atención de pacientes entre los diferentes niveles de atención y en el nivel pertinente de complejidad que garantice la oportunidad del servicio y el flujo adecuado de pacientes, entre otros.

5. Resultados. Las RIITS deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del SICA. Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.

6. Generación de valor. Los modelos de acuerdos de voluntades ~~con las~~ **que se efectúen entre los prestadores de servicios de salud y/o de las** RIITS y las modalidades de pago pactadas deben responder a parámetros de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos. **El mismo criterio se considerará en los acuerdos de voluntades que suscriban las Gestoras de Salud y Vida con los Prestadores de Servicios de Salud.**

Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de sus funciones, así como por las direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud en cumplimiento de su función de conformación y organización de las RIITS, y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control

Armando Zabaraín D´arce
H. Representante Dpto. Atlántico

Justificación. Se ajusta redacción del artículo. Se modifica numeral 2, 3 y 6 para dar mayor claridad sobre los criterios de planificación y gestión de las RIIS. Se elimina inciso anterior al parágrafo pues los primeros incisos del artículo daban claridad de la función reglamentaria del Ministerio en todo lo que respecta a este artículo.

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Modifíquese el **numeral quinto** del **ARTÍCULO 34** del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje:

(…)

5. **Resultados**. Las RIITS deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del SICA. Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público, **aplicando un enfoque diferencial y territorial para las zonas rurales**.

(…)

Del Honorable Congresista,

JORGE RODRIGO TOVAR VÉLEZ
Representante a la Cámara
CITREP No. 12 Cesar, Magdalena y La Guajira
Asociación Paz es Vida (Pa-Vida)

Modesto Aguilera
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
ATLÁNTICO • 2022 - 2026

Art 35 (-)
826

PROPOSICIÓN

Elimínese el artículo 35 del texto propuesto para segundo debate del proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así: el cual quedará así:

11:20

~~**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 o 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 al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~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.~~

~~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.~~

JUSTIFICACIÓN

Al inicio del año 2024, el sistema de salud colombiano registró 51 millones 700 mil personas afiliadas a las diferentes EPS del país. La lista es encabezada por la Nueva Eps con 10,8 millones de afiliados, seguida por Sanitas con 5,7 millones y Sura con 5.3 millones, (Poli, 2024)[1] . Estas cifras indican el gran impacto que tendrían en los usuarios, los cambios estructurales de la presente reforma.

La reforma al sistema de salud presenta una ruta de atención con muchos vacíos, especialmente para los pacientes que poseen condiciones crónicas o de alto costo. Actualmente no hay un esquema claro que asegure la atención integral desde la atención primaria hasta los niveles de mediana y alta complejidad. Además, la falta de coordinación entre las distintas áreas, agrava la situación.

Por otro lado, la falta de claridad en la estructura financiera, la descentralización sin planes específicos y la ausencia de garantías sobre la calidad de los servicios deja serias dudas sobre una implementación exitosa.

Atentamente,

[1] https://articulo20.poligran.edu.co/2024/03/20/estas-son-las-eps-con-mas-numeros-de-afiliados-en-colombia/#:~:text=Iniciando%20el%202024%20se%20registraron,diferentes%20EPS%20en%20el%20pa%C3%ADs.

Modesto Aguilera
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
ATLÁNTICO • 2022 - 2026

CONGRESO
DE LA REPUBLICA
DE COLOMBIA
CAMARA DE REPRESENTANTES

827

Modesto Aguilera Vides
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico.

PROPOSICIÓN

AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C
"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 35 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "*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 al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

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.

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.

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

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.

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

JUSTIFICACIÓN

Planteamos la eliminación del inciso tercero del artículo objeto de estudio, respecto a los perfiles deben ser comunitarios, debido a que no se entiende su finalidad. A modo de ejemplo, si se refiere a un trabajador social ya se entendería incluido en su perfil profesional.

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

DKT 35

330

C 10

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.

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.

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.

832 Art 36

CONGRESO CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL LEYES 17 DIC 2024 RECIBIDO

PROPOSICIÓN___ 2024

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY 135 DE 2024 CÁMARA "POR EL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."

Adiciónese al parágrafo 2 al artículo 36 del Proyecto de ley 312 de 2024, el cual quedará así:

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. **Estos servicios incluirán estrategias especializadas de atención integral para personas con consumo de sustancias psicoactivas (SPA), orientadas a la prevención, diagnóstico temprano, tratamiento, rehabilitación y reintegración social.**

El enfoque de atención deberá contemplar:

1. **Programas de sensibilización y prevención comunitaria, enfocados en disminuir el consumo de SPA y promover estilos de vida saludables.**
2. **Equipos interdisciplinarios de salud mental conformados por profesionales en psicología, psiquiatría, trabajo social y terapia ocupacional capacitados en intervención para consumo de SPA.**
3. **Redes de apoyo y acompañamiento continuo para los usuarios y sus familias, promoviendo un entorno favorable para la recuperación y la inclusión social.**
4. **Servicios accesibles y culturalmente apropiados que respeten las particularidades territoriales y socioculturales de las poblaciones atendidas.**
5. **Vinculación activa con la comunidad educativa y otros sectores sociales para fortalecer la prevención y el abordaje integral del consumo de SPA en los territorios.**

El Ministerio realizará monitoreo y evaluación periódica de las estrategias implementadas, ajustando los programas según las necesidades detectadas en los territorios.

Atentamente,

JAMES MOSQUERA TORRES
Representante a la Cámara
CITREP 6 Chocó –Antioquia

PROPOSICIÓN

Elimínese el artículo 36 del texto propuesto para segundo debate del proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así: 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 resolutividad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.~~

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

~~a. Recolectar la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales.~~
~~b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas en el proceso de caracterización de la población.~~
~~c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud como el primer contacto del sistema de salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

d. ~~Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos.~~
e. ~~Gestionar, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.~~
f. ~~Desarrollar e implementar 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 o Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes para la continuidad o 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.~~

~~3. Administración y atención al ciudadano~~

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

a. ~~Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques 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. Gestión intersectorial y participación social~~

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

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

a. ~~Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del SPUIIS. En este sentido, son responsables del uso eficiente de los recursos asignados a cada uno acorde a sus competencias y sin perjuicio del control fiscal, disciplinario y penal al que haya lugar.~~
b. ~~Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto.~~
c. ~~Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población adscrita para garantizar la calidad de la atención en salud, con enfoques diferencial, territorial y de género.~~
d. ~~Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las 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.~~

JUSTIFICACIÓN

Al inicio del año 2024, el sistema de salud colombiano registró 51 millones 700 mil personas afiliadas a las diferentes EPS del país. La lista es encabezada por la Nueva Eps con 10,8 millones

de afiliados, seguida por Sanitas con 5,7 millones y Sura con 5.3 millones, (Poli, 2024)[1] . Estas cifras indican el gran impacto que tendrían en los usuarios, los cambios estructurales de la presente reforma.

La reforma al sistema de salud presenta una ruta de atención con muchos vacíos, especialmente para los pacientes que poseen condiciones crónicas o de alto costo. Actualmente no hay un esquema claro que asegure la atención integral desde la atención primaria hasta los niveles de mediana y alta complejidad. Además, la falta de coordinación entre las distintas áreas, agrava la situación.

Por otro lado, la falta de claridad en la estructura financiera, la descentralización sin planes específicos y la ausencia de garantías sobre la calidad de los servicios deja serias dudas sobre una implementación exitosa.

Atentamente,

Modesto Aguilera Vides
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico.

[1] https://articulo20.poligran.edu.co/2024/03/20/estas-son-las-eps-con-mas-numeros-de-afiliados-en-colombia/#:~:text=Iniciando%20el%202024%20se%20registraron,diferentes%20EPS%20en%20el%20pa%C3%ADs.

Art 36

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

835

DE POLO A POLO
MIGUEL
DEFIENDE LA PATRIA

Bogotá, 9 de diciembre de 2024

Ciudad

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
5:05pm

Señor
Presidente
JAIME RÁUL SALAMANCA
Sesión Plenaria Cámara de Representantes de Colombia

Ref: Proposición modificatoria del artículo 36° 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".

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

1. **Adscripción poblacional**

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

Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, deberán adscribirse en el Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán al Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) las novedades de la población en el territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita.
En virtud del vínculo permanente con su población adscrita y para garantizar la resolutividad del nivel primario, los Centro de Atención Primaria en Salud CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.
En los casos de urgencia médica, cualquier ciudadano podrá ser atendido en el Centro de Atención Primaria en Salud CAPS, más cercano al momento de su contingencia en salud.

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

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

e. Gestionar, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
f. Desarrollar e implementar 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 y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes para la continuidad e integralidad de la atención.
h. Adoptar un modelo de salud que asegure la pertinencia sociocultural de los servicios de salud acorde a las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.

3. Administración y atención al ciudadano
Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita y de los que temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).
En articulación con la Entidad Territorial harán una revisión periódica del desempeño de las Gestoras de Salud y Vida, especialmente, en el proceso de referencia y contrarreferencia, que conduzca al mejoramiento continuo. Además, en el marco de este proceso serán responsables de:
a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género.
b. Organizar la operación de los Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio.
c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, en articulación con las Gestoras de Salud y Vida, cuando aplique. Los Centros de Atención Primaria en Salud implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda.

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

5. Articulación y coordinación con las Gestoras de Salud y Vida
a. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). En este sentido, son responsables del uso eficiente de los recursos asignados a cada uno acorde a sus competencias y sin perjuicio del control fiscal, disciplinario y penal al que haya lugar.
b. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto. **Lo anterior siempre respetando el criterio de reserva de ley respecto de los datos médicos acorde con la Ley 1581 de 2012**
c. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población adscrita y afiliada para garantizar la calidad de la atención en salud, con enfoques diferencial, territorial y de género.
d. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población.
e. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán mecanismos de coordinación asistencial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y Gestoras de Salud y Vida se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.

Parágrafo 1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS y las Instituciones Sociales del Estado que presten servicios de baja complejidad al momento de la promulgación de la presente ley continuarán atendiendo la población que tengan asignada siempre y cuando adopten la estructura, funciones y procesos de los Centros de Atención Primaria en Salud.

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.

Miguel Polo Polo

H. R. MIGUEL ABRAHAM POLO POLO
Circunscripción Afro-Descendiente
Tel: (601) 382 3000 Ext. 4311

Art 36

338

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
HERÁCLITO LANDÍNEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

Bogotá D.C, 09 de diciembre de 2024

C

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO
11:30am

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición modificativa al **artículo 36** del **Proyecto de Ley No. 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 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:

(...)

3. **Administración y atención al ciudadano**

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).

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

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

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

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
HERÁCLITO LANDÍNEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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.

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co
Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7ª No. 8-68. Primer Piso.

ART 36

840

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
02 DIC 2024
Folios No.
RECIBIDO
4:57 pm

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 resolutividad 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

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 terapeúticos 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

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:**~~

~~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 SPUIIS.En este sentido, son responsables del uso eficiente de los recursos asignados a cada uno acorde a sus competencias y sin perjuicio del control fiscal, disciplinario y penal al que haya lugar.

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

c.Los 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

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.

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.

PROPOSICIÓN

AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C "*POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*"

Modifíquese el artículo 36 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "*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 resolutividad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.

2. **Prestación de servicios de salud y de vigilancia en salud pública**

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

b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas en el proceso de caracterización de la población.

c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud como el primer contacto del sistema de salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

e. Gestionar, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

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

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 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.

3. Administración y atención al ciudadano

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).

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

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

a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques 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. Gestión intersectorial y participación social

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

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

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

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

a. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del SPUIIS. En este sentido, son responsables del uso eficiente de los recursos asignados a cada uno acorde a sus competencias y sin perjuicio del control fiscal, disciplinario y penal al que haya lugar.

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

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

d. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las 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.

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

JUSTIFICACIÓN

De la lectura del artículo objetivo de estudio, entendemos que los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se gestionan así mismos y conforman una Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud – (RIITSS) de acuerdo a un convenio de desempeño que suscribe con la Gestora de Vida y las Entidades Territoriales, pero en ningún caso se entiende que la Gestora gestiona el CAPS o alguna otra entidad pública.

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

Art 36

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ARMANDO ZABARAIN D' ARCE
Representante Dpto. del Atlántico

C846

PROPOSICIÓN SUSTITUTIVA ARTÍCULO 36 – REFORMA A LA SALUD

Modifíquese el artículo 36 del proyecto de ley no. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cuál 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 resolutividad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.~~

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
10:24am

2. ~~Prestación de servicios de salud y de vigilancia en salud pública~~
   a. ~~Recolectar la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales~~
   b. ~~Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas en el proceso de caracterización de la población.~~
   c. ~~Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud como el primer contacto del sistema de salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~
   d. ~~Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos.~~
   e. ~~Gestionar, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.~~
   f. ~~Desarrollar e implementar 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 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.~~
3. ~~Administración y atención al ciudadano~~

   ~~Los CAPS son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita y de los que~~

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ARMANDO ZABARAIN D' ARCE
Representante Dpto. del Atlántico

~~temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).~~
~~En articulación con la Entidad Territorial harán una revisión periódica del desempeño de las Gestoras de Salud y Vida, especialmente, en el proceso de referencia y contrarreferencia, que conduzca al mejoramiento continuo.~~

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

~~a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques 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. Gestión intersectorial y participación social~~

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

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

~~a. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del SPUIIS. En este sentido, son responsables del uso eficiente de los recursos~~

~~asignados a cada uno acorde a sus competencias y sin perjuicio del control fiscal, disciplinario y penal al que haya lugar.~~

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

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

d. ~~Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las 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.~~

Artículo 36. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS. Los Centros de Atención Primaria en Salud 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: Todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un CAPS de su preferencia en función del municipio o distrito donde residan o estén domiciliados. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la selección dentro de la oferta disponible de CAPS en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, así como las condiciones, criterios y/o requisitos para el traslado entre CAPS, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esto, sin perjuicio de que la persona continue recibiendo los servicios de la IPS de primer nivel que tiene asignada al momento de la promulgación de la presente ley

2. Prestación de servicios de salud:

   a. Recolectará la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales, apoyado en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud, incluyendo enfoques diferencial y de género.
   b. Elaborar los planes de salud familiar, y comunitaria y mental con base en necesidades y potencialidades identificadas, teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género.
   c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias y saberes ancestrales y aquellos asociados a la salud mental 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 o tecnologías que le corresponde prestar y a los servicios farmacéuticos con apoyo de los operadores farmacéuticos.
   e. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios

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

f. Contribuir a la ejecución de los programas de salud pública, en especial, los eventos de interés en salud pública, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, adaptación y mitigación de los impactos del cambio climático y el cuidado de las poblaciones sujetos de especial protección constitucional, de conformidad con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial respectiva, con enfoques diferencial y de género.
g. Brindar ~~y articular~~ en las RIISS la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes, incluyendo los enfoques territorial y de género.
h. Asegurar la pertinencia sociocultural de los servicios de salud a las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.

3. Administración y atención al ciudadano: Los 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.

   Los servicios de salud de los CAPS públicos podrán contratarse temporalmente con terceros, mientras se desarrolla la capacidad instalada requerida en el marco del modelo de salud.

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

   a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género.
   b. Organizar la operación del 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.
d. Rendir cuentas y realizar los registros individuales de información en Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud

4. Gestión intersectorial y participación social:

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

5. Articulación y coordinación del CAPS con las Gestoras de Salud y Vida:

a. Los CAPS ~~y~~ se articularán con las Gestoras de Salud y Vida quienes coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia teniendo en cuenta el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.
b. Los CAPS y las Gestoras intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto.
c. Los CAPS y las Gestoras evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población adscrita para garantizar la calidad de la atención en salud, con enfoques diferencial, territorial y de género.
d. Establecer los mecanismos tecnológicos para articularse con el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio ~~sanitario~~ de salud asignado, de acuerdo con las RIITS establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
e. Los CAPS desarrollarán mecanismos de coordinación de las redes integrales e integradas de servicios de salud RIITS, en el

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ARMANDO ZABARAIN D' ARCE
Representante Dpto. del Atlántico

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. El Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará dentro de los primeros seis meses (6) de entrada en vigencia de la presente Ley, el procedimiento que cualquier ciudadano, familia o grupos deberá realizar para notificar y recibir atención médica por motivos de viaje dentro del territorio nacional.

Armando Zabaraín D´arce
H. Representante Dpto. Atlántico

JUSTIFICACIÓN. Se ajusta redacción del artículo y se adiciona un parágrafo para otorgar mayor coherencia en función de las recomendaciones realizadas por la subcomisión de estudio de la reforma a la salud. Se modifica el numeral primero sobre adscripción a los CAPS para garantizar el principio de libertad de escogencia de las personas, así como la continuidad de las prestación de los servicios en las IPS de primer nivel al que las personas están asignadas en tanto se esté llevando a cabo el periodo de transición para la implementación de la reforma; además, se insta a que la regulación que expida Min Salud incluya los parámetros para garantizar los traslados entre CAPS; se agrega las palabras residencia o domicilio para dar seguridad jurídica de atención a las personas, y con ello se eliminan el segundo y tercer inciso de ese numeral, pues una solicitud de atención temporal por residencia o cambio de esta generaría caos en el sistema, en razón a que muchas personas tienen lugares de domicilio y residencia totalmente diferentes.

Se añade literal d en el numeral tercero sobre las funciones administrativas, con el fin de establecer procesos de rendición de cuentas por parte de los CAPS. Se modifica literal d del numeral 5º., para la implementación de tecnologías en el proceso de articulación.

854 Anderlu ALT 36

KAREN MANRIQUE
CONGRESISTA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
COMISIÓN PRIMERA CONSTITUCIONAL

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
26 MAR 2025
APROBADO
RECIBIDO

C

CÁMARA DE REPRESENTANTES
PLENARIA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara
"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"

ALT 36

PROPOSICIÓN

MODIFÍQUESE EL NUMERAL 3 DEL ARTICULO 36 DEL PRESENTE PROYECTO DE LEY 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:

[...]

3. Administración y atención al ciudadano

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).

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

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

a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques 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**, procurando una atención eficaz y transparente, evitando así las barreras que imposibilitan el acceso a los servicios de salud.**

[...]

Atentamente,

Karen A Manrique O
Representante a la Cámara
Comisión Primera
CITREP 2, Arauca.

ALEJANDRO OCAMPO
CÁMARA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
16 DIC 2024
RECIBIDO

Cámara de Representantes
Plenaria
16 de diciembre

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el **Artículo ~~22~~** 37 del PL 312/2024C "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" el cual quedará así:

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

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

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los niveles primario y complementario establecerán los mecanismos para resolver las solicitudes del sistema de referencia y contrarreferencia, de manera oportuna y adecuada, para lo cual serán responsables de la atención de los requerimientos de dicho sistema, lo que incluye la disposición pública y en línea de la agenda de sus servicios y de las listas de espera. **La resolución de las solicitudes del sistema de referencia y contrarreferencia no podrán sobrepasar los 30 días calendario.**

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

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

El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS), en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso de referencia y ~~contra-referencia~~ **contrarreferencia**, garantizado confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se propenderá porque el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente.

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

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

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

ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO
Representante a la Cámara

Constancia NO

Art 37 857

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL
OCTAVIO CARDONA REPRESENTANTE A LA CÁMARA
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento de Caldas y conforme a lo establecido en los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5 de 1992, propongo a la Honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, someter a consideración la siguiente proposición, **con el fin modificar el artículo 37 del proyecto de Ley No. 312 del 2024 Cámara** en el siguiente sentido:

ARTICULO ORIGINAL	ARTICULO PROPUESTO
Artículo 37. Sistema de referencia y contrarreferencia. Es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permitirán prestar adecuadamente los servicios de salud de las personas, garantizando la continuidad e integralidad de los servicios en las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) que operan en las subregiones funcionales para la gestión en salud. Se entiende por resolver una referencia: programar y conseguir la atención que el paciente requiere, agenciando debidamente el tránsito a través de las RIITS, en los servicios e instituciones que le permita atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia debe garantizar entre otros los atributos de la calidad: acceso, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia. En todo caso, la organización del sistema de referencia y contra referencia garantizará que el usuario pueda transitar al interior de las RIITS, sin ningún trámite adicional a la prescripción del profesional. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los niveles primario y	**Artículo 37. Sistema de referencia y contrarreferencia.** Es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permitirán prestar adecuadamente los servicios de salud de las personas, garantizando la continuidad e integralidad de los servicios en las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) que operan en las subregiones funcionales para la gestión en salud. Se entiende por resolver una referencia: programar y conseguir la atención que el paciente requiere, agenciando debidamente el tránsito a través de las RIITS, en los servicios e instituciones que le permita atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia debe garantizar entre otros los atributos de la calidad: acceso, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia. En todo caso, la organización del sistema de referencia y contra referencia garantizará que el usuario pueda transitar al interior de las RIITS, sin ningún trámite adicional a la prescripción del profesional. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los niveles primario y

complementario establecerán los mecanismos para resolver las solicitudes del sistema de referencia y contrarreferencia, de manera oportuna y adecuada, para lo cual serán responsables de la atención de los requerimientos de dicho sistema, lo que incluye la disposición pública y en línea de la agenda de sus servicios y de las listas de espera. La ordenación de la referencia no exime al generador de la misma de la responsabilidad clínica del paciente hasta la confirmación de la recepción del mismo en la institución que lo recibe. Las Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una plataforma de información y comunicación interoperable en línea que resuelva la referencia y contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la coordinación de las RIITS, en los servicios e instituciones que les permitan atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de las RIITS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso, garantizado confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se propenderá porque	complementario establecerán los mecanismos para resolver las solicitudes del sistema de referencia y contrarreferencia, de manera oportuna y adecuada, para lo cual serán responsables de la atención de los requerimientos de dicho sistema, lo que incluye la disposición pública y en línea de la agenda de sus servicios y de las listas de espera. La ordenación de la referencia no exime al generador de la misma de la responsabilidad clínica del paciente hasta la confirmación de la recepción del mismo en la institución que lo recibe. Las Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una plataforma de información y comunicación interoperable en línea que resuelva la referencia y contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la coordinación de las RIITS, en los servicios e instituciones que les permitan atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de las RIITS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso, garantizado confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se propenderá porque

el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del término de seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el sistema de referencia y contrarreferencia, la organización, gestión y operación de las RIITS, mediante instancias de coordinación regional, departamental, distrital y municipal, direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de urgencias y emergencias, las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá métodos, procedimientos y políticas que permitan hacer seguimiento y control cuando la atención de las personas supere la oferta disponible de servicios en los territorios. **Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá mediante resolución la metodología para el cálculo de las tarifas en el sistema de referencia y contrarreferencia por concepto de traslado de baja y mediana complejidad, teniendo en cuenta la distancia del recorrido, la región geográfica, la modalidad de transporte, entre otros.	el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del término de seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el sistema de referencia y contrarreferencia, la organización, gestión y operación de las RIITS, mediante instancias de coordinación regional, departamental, distrital y municipal, direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de urgencias y emergencias, las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá métodos, procedimientos y políticas que permitan hacer seguimiento y control cuando la atención de las personas supere la oferta disponible de servicios en los territorios. **Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá mediante resolución la metodología para el cálculo de las tarifas en el sistema de referencia y contrarreferencia por concepto de traslado de baja, mediana **y alta** complejidad, teniendo en cuenta la distancia del recorrido, la región geográfica, la modalidad de transporte, entre otros.

Cordialmente,

JOSE OCTAVIO CARDONA LEON
Representante a la Cámara por Caldas
Partido Liberal

860 ART 38

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
14 FEB 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 38 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" de la siguiente manera:

Artículo 38. Prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos para que, en el marco de la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), se garantice una Red Nacional de Atención en Salud para el diagnóstico, la adquisición mediante compras centralizadas y la distribución de medicamentos y medicamentos biológicos indispensables para el tratamiento de personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente y se integren las instituciones, centros especializados y de referencia. Estas instituciones deberán diseñar e implementar programas de investigación científica tendientes a crear herramientas diagnósticas y generar evidencia en promoción de la salud, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades.

La prestación de servicios se realizará de forma integral mediante el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo atendiendo de manera diferencial las necesidades de las personas con estas enfermedades desde la promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias y procedimientos que se requieran, a través de la atención directa de pacientes o apoyándose en el uso de la telesalud u otras TIC para garantizar la asesoría, el manejo y la continuidad del tratamiento en el respectivo territorio, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida.

Parágrafo 1. En las RIITS la organización de la prestación de servicios a personas con enfermedades huérfanas estará articulada con el Plan Nacional para la Gestión de las Enfermedades Huérfanas/Raras y se podrá tener en cuenta la participación de la Mesa Nacional de Enfermedades Huérfanas/Raras con todos los actores que la conforman de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 1871 de 2021 o la que la modifique o sustituya.

Parágrafo 2. En todo momento, se deberá garantizar la continuidad e integralidad en la atención de los pacientes en tratamiento y de los nuevos pacientes clasificados como casos probables, sospechosos o confirmados.

Parágrafo 3. Se deberá diseñar e implementar un programa de capacitación a los profesionales de la salud que hagan parte del proceso de atención de las personas a las que se refiere el presente artículo en promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias, procedimientos en salud; y se deberá facilitar la consejería genética a las personas con enfermedades huérfanas.

VICTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO

Art 38

86

ERIKA Sánchez
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el artículo 38 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*" el cual quedará así:

Artículo 38. Prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas, raras y de alto costo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos para que, en el marco de la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), se garantice una Red Nacional de Atención en Salud para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos indispensables para el tratamiento de personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades **huérfanas o raras**, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente y se integren las instituciones, centros especializados y de referencia. Estas instituciones deberán diseñar e implementar programas de investigación científica tendientes a crear herramientas diagnósticas y generar evidencia en promoción de la salud, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades.

La prestación de servicios se realizará de forma integral y diferencia mediante el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo atendiendo de manera diferencial las necesidades de las personas con estas enfermedades desde la promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias y procedimientos que se requieran, a través de la atención directa de pacientes o apoyándose en el uso de la telesalud u otras TIC para garantizar la asesoría, el manejo y la continuidad del tratamiento en el respectivo territorio, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida.

Parágrafo 1. En las RIITS la organización de la prestación de servicios a personas con enfermedades huérfanas estará articulada con el Plan Nacional para la Gestión de las Enfermedades Huérfanas/Raras y se podrá tener en cuenta la participación de la Mesa Nacional de Enfermedades Huérfanas/Raras con todos los actores que la conforman de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 1871 de 2021 o la que la modifique o sustituya.

Parágrafo 2. En todo momento, se deberá garantizar la continuidad e integralidad en la atención de los pacientes en tratamiento y de los nuevos pacientes clasificados como casos probables, sospechosos o confirmados.

Parágrafo 3. Se deberá diseñar e implementar un programa de capacitación a los profesionales de la salud que hagan parte del proceso de atención de las personas a las que se refiere el presente artículo en promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias,

procedimientos en salud; y se deberá facilitar la consejería genética a las personas con enfermedades huérfanas.

Parágrafo 4. Mientras se define e implementa el modelo diferencial para la atención de enfermedades huérfanas/raras, se deberá garantizar la continuidad de la atención integral de los pacientes en tratamiento y de los nuevos pacientes diagnosticados.

Parágrafo 5. Se deberá diseñar e implementar un programa de capacitación a los profesionales de puerta de entrada en diagnóstico temprano de enfermedades huérfanas/raras; y se deberá facilitar la consejería genética.

Parágrafo 6. Para el diseño e implementación del modelo se deberá tener en cuenta la participación de la Mesa Nacional de Enfermedades Huérfanas/Raras, con todos los actores que la conforman, incluidas las asociaciones de pacientes y sociedades científicas, conforme a lo dispuesto en la Resolución 1871 de 2021 o la que la modifique o sustituya; y deberá estar alineado y articulado con el Plan Nacional para la Gestión de las Enfermedades Huérfanas/Raras.

ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR SANTANDER

KAREN MANRIQUE
CONGRESISTA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
COMISIÓN PRIMERA CONSTITUCIONAL

CÁMARA DE REPRESENTANTES
PLENARIA

Art 38

362

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara
"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"

PROPOSICIÓN

ADICIÓNESE UN PARÁGRAFO NUEVO, AL ARTÍCULO 38 DEL PRESENTE PROYECTO DE LEY EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo 38. Prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos para que, en el marco de la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), se garantice una Red Nacional de Atención en Salud para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos indispensables para el tratamiento de personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente y se integren las instituciones, centros especializados y de referencia. Estas instituciones deberán diseñar e implementar programas de investigación científica tendientes a crear herramientas diagnósticas y generar evidencia en promoción de la salud, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades.

[...]

Parágrafo 5. Las Entidades Gestoras de Salud al interior de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, preservarán el manejo clínico de los pacientes en grupos con enfermedades crónicas de alto riesgo y tratamiento especializado en el nivel de complejidad que sea requerido, con su médico tratante, dentro de la Institución de Salud del Estado (ISE). En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas.

Atentamente,

Karen A Manrique O
Representante a la Cámara
Comisión Primera
CITREP 2, Arauca.

Edificio Nuevo Del Congreso, Carrera 7 Nº 8-68, oficina 619
Conmutador: (+57) (601) 390 4050 | Extensión 3613 - 3611, Bogotá - Colombia
karen.manrique@camara.gov.co | @KarenManriqueO

PROPOSICIÓN

Elimínese el artículo 39 del texto propuesto para segundo debate del proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así: el cual quedará así:

~~**Artículo 39.** Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales de Salud constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como unidades funcionales o dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos y la asistencia técnica a los municipios para la planeación en salud.~~

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

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

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

JUSTIFICACIÓN

Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud tienen funciones que se transponen con las de las direcciones territoriales de salud y planeación. En lugar de crear duplicidades, los recursos deberían destinarse a departamentos y alcaldías para reforzar sus capacidades técnicas, considerando las nuevas responsabilidades que deben asumir.

Desde la perspectiva del usuario, la coordinación entre esta nueva entidad, los CAPS, las Gestoras y los entes territoriales complicaría el recorrido de los pacientes por el sistema.

Atentamente,

Modesto Aguilera Vides
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ART 39

JULI RODRÍGUEZ
CONGRESISTA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

864
10:37 am

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En mi condición de Representante a la Cámara del Departamento de Cundinamarca y con sustento en la ley 5ta de 1992, me permito presentar proposición para modificar el artículo 39 del 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", el cual quedará de la siguiente manera:

Constancia

Artículo del Proyecto de Ley	Proposición Modificativa
Artículo 39. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales de Salud constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como unidades funcionales o dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos y la asistencia técnica a los municipios para la planeación en salud.	**Artículo 39. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.** Las direcciones departamentales y distritales de Salud constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como unidades funcionales o dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos y la asistencia técnica a los municipios para la planeación en salud.
Las Unidades Zonales analizarán periódicamente las actividades y recursos ejecutados por cada municipio o localidad que supervisan para cumplir la responsabilidad de la Atención Primaria en Salud (APS), así como los objetivos y metas alcanzados, rendirán informes trimestrales de evaluación a cada municipio o distrito, así como a la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, a las organizaciones de la comunidad y a los organismos de control en los términos en que lo establezca el reglamento.	Las Unidades Zonales analizarán ~~**periódicamente**~~ **de forma continua, constante y eficiente** las actividades y recursos ejecutados por cada municipio o localidad que supervisan para cumplir la responsabilidad de la Atención Primaria en Salud (APS), así como los objetivos y metas alcanzados, rendirán informes trimestrales de evaluación a cada municipio o distrito, así como a la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, a las organizaciones de la comunidad y a los organismos de control en los términos en que lo establezca el reglamento.
Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud harán el seguimiento a los convenios de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico–científicos y de calidad de los servicios.	Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud harán el seguimiento a los convenios de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, ~~**cumpliendo**~~ **garantizando** como mínimo **el cumplimiento** a los aspectos administrativos, financieros, técnico–científicos y de calidad de los servicios.
Para financiar las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud y los planes de mejoramiento institucional de las direcciones territoriales de salud de	Para financiar las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud y los planes de mejoramiento institucional de las direcciones territoriales de salud de

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

LILIANA RODRÍGUEZ VALENCIA
Representante a la Cámara
Departamento de Cundinamarca

ALT 40

866

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Jhon Fredy Núñez

REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP #5

Bogotá D.C., 17 de febrero de 2025

Dr.
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Honorable Cámara de Representantes
Congreso de la República

PROPOSICIÓN

Adiciónese un Parágrafo Nuevo al artículo 40 del Capítulo III 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", quedara así:**

PARAGRAFO 3. En todo caso, se prohíbe privatizar o tercerizar servicios en las Entidades Públicas Prestadoras de servicios de Salud y no se podrán otorgar adiciones a los contratos existentes.

Del Honorable Representante,

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
25 FEB 2025
RECIBIDO
11:06am

JHON FREDY NUÑEZ RAMOS
Representante a la Cámara
CITREP 5 Caquetá - Huila

JhonFredyNuñez JhonFredyNuñez jhon.nunez@camara.gov.co

Art 40
867

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 40 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

Artículo 40. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). El objeto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), será la prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado.

Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley.

Las ISE se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. En su denominación se incluirá la expresión "Instituciones de Salud del Estado" (ISE).
2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5 del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado (ESE) se entienden homologadas a las ISE.
3. Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.
4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

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

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

En materia contractual, ISE se regirán por el derecho privado, para lo cual el Consejo Directivo aprobará el manual de contratación respectivo; sin perjuicio, del uso discrecional de las cláusulas excepcionales previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.

La contratación suscrita por las Instituciones de Salud del Estado – ISE y la ejecución de los proyectos de inversión cuyos recursos son asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán estar consignados en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS.

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

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

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

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

Parágrafo 3. Los departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITS), o mantener los modelos de organización en red creados por Ordenanzas o Acuerdos.

Atentamente,

Catherine Juvinao C

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

ART 40

869

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el artículo 40 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

Artículo 40. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). El objeto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), será la prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado.

Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley.

Las ISE se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. En su denominación se incluirá la expresión "Instituciones de Salud del Estado" (ISE).

2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5 del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado (ESE) se entienden homologadas a las ISE.

3. Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.

4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

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

En materia contractual, las ISE se regirán por el derecho privado para lo cual el Consejo Directivo aprobará el manual de contratación respectivo; sin perjuicio, del uso discrecional de las cláusulas excepcionales previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios **generales de contratación de la administración pública, además de los principios de que trata el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007** ~~publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos para que los Consejos Directivos adopten el Estatuto de Contratación de las ISE.~~

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

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

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

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

~~Parágrafo 3. Los departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en la Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud, o mantener los modelos de organización en red creados por Ordenanzas o Acuerdos.~~

Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde

ALT 40
871

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

DE POLO A POLO
MIGUEL
DEFIENDE LA PATRIA

Bogotá, 9 de diciembre de 2024

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
5:05pm

Ciudad

Señor
Presidente
JAIME RÁUL SALAMANCA
Sesión Plenaria Cámara de Representantes de Colombia

Ref: Proposición modificatoria del artículo 40° 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".

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

1. La tipología y nivel de cada Institución de Salud del Estado (ISE).

2. El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel. **El cual en todo caso deberá contar con los criterios médicos suficientes para atender situaciones leves y graves de estado de salud.**

3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población.

4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud.

5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. En ningún caso, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, **salvo en casos de urgencia médica comprobada.**

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

Para la aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se deberá adelantar el trámite definido en la respectiva jurisdicción territorial, de acuerdo con la normativa presupuestal que regule la materia. Cuando la Institución de Salud del Estado (ISE) vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte del nivel Nacional, de manera previa, se deberá remitir al Ministerio de Salud y Protección Social para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales. Con cargo al Presupuesto General de la Nación el Gobierno nacional podrá destinar recursos anuales para el proceso de formalización laboral, previo cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo del presente artículo.

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

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

Miguel Polo Polo

H. R. MIGUEL ABRAHAM POLO POLO
Circunscripción Afro-Descendiente
Tel: (601) 382 3000 Ext. 4311

Art 41

873

EDUAR TRIANA
Representante a la Cámara por Boyacá

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá D.C., 18 de Diciembre 2024

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

PROPOSICIÓN.

<u>Adiciónese el Parágrafo 3 al Artículo 41</u> 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 41. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de las subregiones funcionales para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

El presupuesto de las ISE se elaborará teniendo en cuenta:

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

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

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

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

Cuando la ISE vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte del nivel Nacional, de manera previa, se deberá remitir al Ministerio de Salud y Protección Social para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales.

Celular: 3208500032 - 3124916144
Calle 10 No. 7-50 - Bogotá D.C.
Oficina 305B - 306B
eduar.triana@camara.gov.co

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

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

Parágrafo 1. Las ISE de mediana o alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.

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

Parágrafo 3. En virtud del artículo 128 de la Ley 2008 de 2019 en la programación y elaboración del presupuesto, las Instituciones de Salud del Estado, proyectarán sus presupuestos con base en sus estados financieros: i) balance; ii) estado de resultados; iii) flujo de caja, y iv) sus respectivas proyecciones; y para el efecto tendrán en cuenta los principios presupuestales de planificación, sostenibilidad económica, coherencia macroeconómica.

EDUAR ALEXIS TRIANA RINCÓN
Representante a la Cámara por Boyacá
Centro Democrático

Celular: 3208500012 - 3124916144
Calle 10 No. 7-50 - Bogotá D.C.
Oficina 305B - 306B
eduar.triana@camara.gov.co

874 Art 42(-)

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
17 FEB 2025
RECIBIDO

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTICULO 42 DEL PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

Elimínese el artículo 42.

~~**Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).** La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un Director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de Director son los establecidos en el artículo 22 del Decreto 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios. El Consejo Directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:~~

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

~~**Parágrafo 1.** Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el período inmediatamente siguiente.~~
~~**Parágrafo 2.** Cuando la ISE tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de los respectivos municipios.~~
~~**Parágrafo 3.** Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien preside la Junta Directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la ISE se requiere del voto favorable del Presidente del Consejo Directivo.~~

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

Retirada 6/03/25 sesión plenaria

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

KATHERINE MIRANDA

875

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el parágrafo del artículo 43 del proyecto de Ley 319 ~~de 2024 Cámara~~ de Representantes "Por medio del cual se modifica el sistema de salud", en el siguiente sentido, en aras de mejorar su redacción:

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos necesarios para garantizar, en coordinación con las **Entidades de Salud del Estado Itinerantes**, el **transporte multimodal** (aéreo, marítimo, fluvial y terrestre) en **departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso**, con el fin de asegurar la prestación efectiva y oportuna de los servicios de salud en estas regiones.

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
9:29am

Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde

PROPOSICIÓN___ 2024

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY 135 DE 2024 CÁMARA "POR EL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."

Modifíquese el artículo 42 del Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).

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

El Consejo Directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:

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

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

James.mosquera@camara.gov.co Edificio Congreso Oficina 501

@JamesMosqueraT

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

Parágrafo 3. Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien presida la Junta Directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la ISE se requerirá el voto favorable del Presidente del Consejo Directivo.

Atentamente,

JAMES MOSQUERA TORRES
Representante a la Cámara
CITREP 6 Chocó –Antioquia

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ART 42

377

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL
OCTAVIO CARDONA REPRESENTANTE A LA CÁMARA
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento de Caldas y conforme a lo establecido en los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5 de 1992, propongo a la Honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, someter a consideración la siguiente proposición, **con el fin modificar el artículo 42 del proyecto de Ley No. 312 del 2024 Cámara** en el siguiente sentido:

ARTICULO ORIGINAL	ARTICULO PROPUESTO
Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un Director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de Director son los establecidos en el artículo 22 del Decreto 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios. El Consejo Directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera: 1.El gobernador o el alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá. 2.El director territorial de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado. 3.El director territorial de planeación o quien haga sus veces de la entidad territorial	**Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).** La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un Director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de Director son los establecidos en el artículo 22 del Decreto 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios. El Consejo Directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera: 1. El gobernador o el alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá. 2. El director territorial de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado. 3. El director territorial de planeación o quien haga sus veces de la entidad territorial

departamental, distrital o municipal o su delegado. 4.Un (1) representante de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud. 5.Un (1) representante de los trabajadores de la salud de la institución. **Parágrafo 1.** Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el período inmediatamente siguiente. **Parágrafo 2.** Cuando la ISE tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de los respectivos municipios. **Parágrafo 3.** Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien preside la Junta Directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la ISE se requiere del voto favorable del Presidente del Consejo Directivo.	departamental, distrital o municipal o su delegado. 4. Un (1) representante de las comunidades, **que tengan relación con la ISE respectiva, bien sea como pacientes, proveedores, usuarios y demás,** designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, **que igualmente tengan relación o radio de acción con la ISE.** ~~**mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud.**~~ 5. Un (1) representante de los trabajadores de la salud de la institución. **Parágrafo 1.** Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el período inmediatamente siguiente. **Parágrafo 2.** Cuando la ISE tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de los respectivos municipios. **Parágrafo 3.** Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien preside la Junta Directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la ISE se requiere del voto favorable del Presidente del Consejo Directivo.

Cordialmente,

JOSE OCTAVIO CARDONA LEON
Representante a la Cámara por Caldas
Partido Liberal

879 Alt 42

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
OCTAVIO
CARDONA REPRESENTANTE A LA CÁMARA
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento de Caldas y conforme a lo establecido en los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5 de 1992, propongo a la Honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, someter a consideración la siguiente proposición, **con el fin modificar el artículo 42 del proyecto de Ley No. 312 del 2024 Cámara** en el siguiente sentido:

ARTICULO ORIGINAL	ARTICULO PROPUESTO
Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un Director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de Director son los establecidos en el artículo 22 del Decreto 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios. El Consejo Directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera: 1. El gobernador o el alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá. 2. El director territorial de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado. 3. El director territorial de planeación o quien haga sus veces de la entidad territorial	**Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).** La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un Director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de Director son los establecidos en el artículo 22 del Decreto 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios. El Consejo Directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera: 1. El gobernador o el alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá. 2. El director territorial de salud **<u>o el secretario de salud</u>** de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado. 3. El director territorial de planeación o quien haga sus veces de la entidad territorial

880

departamental, distrital o municipal o su delegado. 4. Un (1) representante de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud. 5. Un (1) representante de los trabajadores de la salud de la institución.	departamental, distrital o municipal o su delegado. 4. Un (1) representante de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud. 5. Un (1) representante de los trabajadores de la salud de la institución.
Parágrafo 1. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el periodo inmediatamente siguiente.	**Parágrafo 1.** Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el periodo inmediatamente siguiente.
Parágrafo 2. Cuando la ISE tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de los respectivos municipios.	**Parágrafo 2.** Cuando la ISE tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de los respectivos municipios.
Parágrafo 3. Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien preside la Junta Directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la ISE se requiere del voto favorable del Presidente del Consejo Directivo.	**Parágrafo 3.** Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien preside la Junta Directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la ISE se requiere del voto favorable del Presidente del Consejo Directivo.

Cordialmente,

JOSE OCTAVIO CARDONA LEON
Representante a la Cámara por Caldas
Partido Liberal

881
ALT 42

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Wilder Escobar
Representante a la Cámara 2022 - 2026
Con la Gente

PROPOSICIÓN

PLENARIA CÁMARA DE REPRESENTANTES

SESIÓN 9 DE DICIEMBRE DE 2024

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
09 DIC 2024
RECIBIDO

Modifíquese el parágrafo 2° del artículo 42° del texto propuesto para segundo debate del 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"*, el cual quedará así:

Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un Director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de Director son los establecidos en el artículo 22 del Decreto 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios.

(..)

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

(...)

Justificación: dar claridad de que será el secretario de salud de los respectivos municipios quienes harán parte del Consejo Directivo.

WILDER IBERSON ESCOBAR ORTIZ
Representante a la Cámara por el departamento de Caldas
Partido Gente en Movimiento

Elaboró: Briget Marcela BMRZ

390 40 50 ext: 3415
wilder.escobar@camara.gov.co
Cra 7 No. 8 - 68 - Edificio Nuevo ofic. 232B - Bogotá
@WilderEscobarO

Art 42

882

Carlos Vallejo
REPRESENTANTE A LA CAMARA
Departamento del Meta

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Modifíquese el artículo ~~40~~ 42 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". el cual quedará de la siguiente manera:

Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un Director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de Director son los establecidos en el artículo 22 del Decreto 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios.

El Consejo Directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:

1. El gobernador o el alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá.
2. El director territorial de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.
3. El director territorial de planeación o quien haga sus veces de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.
4. Un (1) representante de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud,
5. Un (1) representante de los trabajadores de la salud de la institución.
6. **Un (1) representante de los alcaldes para la (ISE) departamentales.**
7. **Un (1) representante de las facultades académicas de salud para el caso de las (ISE) de mediana y alta complejidad.**

Carlos Vallejo
REPRESENTANTE A LA CAMARA
Departamento del Meta

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

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

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

Atentamente,

CARLOS ARTURO VALLEJO BELTRÁN
Representante a la Cámara
Departamento del Meta
carlos.vallejo@camara.gov.co
Teléfono 3164683301

Martha Alfonso
Congresista

ART 42
884

Bogotá D.C. Diciembre 10 de 2024

Honorable Representante
Jaime Raul Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes
Congreso de la República

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Reciba un cordial saludo.

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

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

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

Modifíquese el artículo 42, el cual quedara así:

Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un Director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de Director son los establecidos en el artículo 22 del Decreto 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios.

El Consejo Directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:

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

4. Un (1) representante de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud.
5. **Un (1) representante de las veedurías ciudadanas, Comités de Participación Comunitaria y Asociaciones de Usuarios.**
6. ~~Un (1)~~ **Dos (2)** representante**s** de los trabajadores de la salud de la institución.

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

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

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

Justificación: Se agregan dos representantes de las comunidades y de los trabajadores, porque de no ser así habría mayoría de representación del gobierno distrital, municipal o departamental. Se agrega el parágrafo 4 porque no es taxativa la paridad de género en el consejo pero si se procuraría por esto.

Respetuosamente,

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

Art 42

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

885

12:37 pm

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo **42** del **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".***

Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un Director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de Director son los establecidos en el artículo 22 del Decreto 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios.

El Consejo Directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:

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

Parágrafo 1. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de ~~cuatro (4)~~**dos (2)** años y no podrán ser reelegidos para ~~el~~**los dos** período**s** inmediatamente siguiente**s**.

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

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

Jennifer Pedraza S **JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso	Katherine Miranda P. **KATHERINE MIRANDA** Representante a la Cámara Partido Alianza Verde

ALT 42
886

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

9:17am

PROPOSICION DE ADICION AL ARTICULO 42 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".

Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de director son los establecidos en el artículo 22 Decreto 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante ~~**examen nacional**~~ **concurso de méritos regional** organizado por ~~el Ministerio de Salud y Protección Social~~ **la entidad territotial** a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios.

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

1. El gobernador o el alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá.
2. El director territorial de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.
3. El director territorial de planeación o quien haga sus veces de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.
4. Un (1) representante de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud.
5. Un (1) representante de los trabajadores de la salud de la institución.
6. **Un miembro de la población étnica que atienda la población diferencial en salud.**
7. **Un miembro de las asociaones cientificas elegidos por esta**

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

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

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

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ALT 42
887

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 42 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de director son los establecidos en el artículo 22 del Decreto 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios.

El Departamento Administrativo de la Función Pública, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, elaborará un listado de aspirantes a ocupar el cargo de director de la Institución de Salud del Estado - ISE, a partir de un concurso público de méritos. La lista de aspirantes al empleo de director de las Empresas Sociales del Estado, tendrá una vigencia de cinco (5) años, siempre y cuando las personas en el listado acrediten haber realizado el curso de Administración y Gerencia Hospitalaria.

El Ministerio de Salud y Protección Social determinará un nivel o puntaje mínimo para dirigir instituciones de baja, mediana y alta complejidad, para lo cual se organizará el listado de conformidad con estos puntajes. Las entidades territoriales no podrán nombrar directores que no certifiquen haber obtenido en los últimos cinco años el nivel mínimo requerido para la institución respectiva, según su complejidad.

El Consejo Directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:

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

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

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

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

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

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

Parágrafo 4. Se procurará la paridad de género en la conformación del Consejo Directivo.

Atentamente,

Catherine Juvinao C

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ART 42
889

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
04 MAR 2025
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 42 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un Director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de Director son los establecidos en el artículo 22 del Decreto 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios.

El Consejo Directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:

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

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

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

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

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

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

En el numeral 2 se incluye el término "**secretario"** de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado, lo anterior, debido a que según la Ley 489 de 1998 "*Por la cuál se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones*" artículo 39 consagra "*Las gobernaciones, las alcaldias, **las secretarias** de despacho y los departamentos administrativos son los organismos principales de la Administración en el correspondiente nivel territorial*" (subrayado fuera del texto original)

Por lo anterior, es importante establecer el termino secretario debido a que dentro del organigrama departamental esa es la denominación del cargo.

En el numeral 4 se propone que el representante de las comunidades acredite arraigo en el lugar donde tenga competencia la ISE, lo anterior, debido a su conocimiento propio del representante del lugar que representa.

Art 42.

892

PROPOSICIÓN___ 2024

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY 135 DE 2024 CÁMARA "POR EL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."

Modifíquese el artículo 42 del Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).

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

El Consejo Directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:

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

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

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

Parágrafo 3. Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien presida la Junta Directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la ISE se requerirá el voto favorable del Presidente del Consejo Directivo.

Atentamente,

JAMES MOSQUERA TORRES
Representante a la Cámara
CITREP 6 Chocó –Antioquia

Art 43

843

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL LEYES COLOMBIA
17 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN___ 2024

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY 135 DE 2024 CÁMARA "POR EL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 43 DEL PROYECTO DE LEY 312 DE 2024, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo 43. Entidades de Salud del Estado Itinerantes. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán Entidades de Salud del Estado itinerantes **o de atención ambulante** del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva, y especializada **y primaria, los cuales deberán contar con equipos de baja, mediana o alta tecnología, dependiendo de las modalidades de la atención y acorde con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes. Estos servicios móviles o itinerantes serán cubiertos en forma terrestres, fluvial, marítima o aérea y podrán contar con recursos de comunicación satelital y telemedicina.**

Las Entidades de Salud del Estado Itinerantes podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, demás deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC).

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos para que, en el marco de la operación de las Entidades de Salud del Estado Itinerantes, en articulación con ellas, se garantice el transporte multimodal "aéreo, marítimo, fluvial, terrestre" en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso.

Atentamente,

JAMES MOSQUERA TORRES
Representante a la Cámara
CITREP 6 Chocó –Antioquia

Art + 43
394

DIÓGENES QUINTERO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
CATATUMBO

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

12/24

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 43 del Proyecto de Ley 312 de 2024 – Cámara, *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"* el cual quedará así:

Artículo 43. Entidades de Salud del Estado Itinerantes. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán Entidades de Salud del Estado Itinerantes del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes.

Las Entidades de Salud del Estado Itinerantes podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, demás deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC).

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos para que, en el marco de la operación de las Entidades de Salud del Estado Itinerantes, en articulación con ellas, se garantice el transporte multimodal "aéreo, marítimo, fluvial, terrestre" en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso.

Parágrafo 2. Las entidades itinerantes garantizarán una cobertura suficiente para que los habitantes de las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico puedan recibir los servicios de salud adecuados para su condición y en el tiempo pertinente según su diagnóstico médico.

DIÓGENES QUINTERO AMAYA
Representante a la Cámara
Catatumbo

www.diogenesquintero.com
diogenes.quintero@camara.gov.co
@diogenesqa

Art 43

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

JORGE RODRIGO TOVAR
CÁMARA DE PAZ 2022-2026

1:50 pm

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

Modifíquese el inciso primero del **ARTÍCULO 43** del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

Artículo 43. <u>Instituciones</u> ~~Entidades~~ de Salud del Estado Itinerantes. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales o de difícil acceso geográfico, operarán Entidades de Salud del Estado Itinerantes del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes

(...)

Del Honorable Congresista,

JORGE RODRIGO TOVAR VÉLEZ
Representante a la Cámara
CITREP No. 12 Cesar, Magdalena y La Guajira
Asociación Paz es Vida (Pa-Vida)

Cra 7 8-68 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
utl.jorge-tovar@camara.gov.co jorgerodrigotovar.com
jorgerodrigotovar | jorgerodrigotv | jorgerodrigotv

ART 44 (-)

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

DE POLO A POLO
MIGUEL
DEFIENDE LA PATRIA

896

Bogotá, 9 de diciembre de 2024

Ciudad

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
5:05pm

Señor
Presidente
JAIME RÁUL SALAMANCA
Sesión Plenaria Cámara de Representantes de Colombia

Ref: Proposición eliminatoria del artículo 44° 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".

~~**Artículo 44. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH).** Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria. Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes:~~

~~1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación.~~

~~2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.~~

~~3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado.~~

~~4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales.~~

~~5. Aportes de otras entidades públicas.~~

~~6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público.~~

~~7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes.~~

~~8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías.~~

~~9. Donaciones.~~

~~10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo.~~

~~11. Los demás recursos que reciba a cualquier título.~~

~~Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del Fondo. El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo.~~

895

Miguel Polo Polo

H. R. MIGUEL ABRAHAM POLO POLO
Circunscripción Afro-Descendiente
Tel: (601) 382 3000 Ext. 4311

Art 44 (-

895

PROPOSICIÓN

Elimínese el artículo **44** del **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".***

~~**Artículo 44. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH).** Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.~~

~~Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes:~~
~~1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación.~~
~~2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.~~
~~3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado.~~
~~4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales.~~
~~5. Aportes de otras entidades públicas.~~
~~6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público.~~
~~7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes.~~
~~8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías.~~
~~9. Donaciones.~~
~~10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo.~~
~~11. Los demás recursos que reciba a cualquier título.~~

~~Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del Fondo.~~

11:48 am

~~El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo.~~

Jennifer Pedraza S **JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso	

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

JAIME RAÚL SALAMANCA
Representante a la Cámara por Boyacá

ART 44
899

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
04 MAR 2025
RECIBIDO

Bogotá, D. C.

Señor:

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
Secretario General Cámara de Representantes

Asunto: Proposición modificativa del PL 312/2024 Cámara - acumulado con el PL 135/2024 Cámara.

Cordial saludo,

Respetuosamente me permito someter a consideración de la honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, la siguiente «Proposición de Modificativa» al **inciso tercero del artículo 44 del Proyecto de Ley 312 de 2024 C** "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Artículo 44. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH). Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.

Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes:

1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación.
2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.
3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado.
4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales.
5. Aportes de otras entidades públicas.
6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público.
7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes.
8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías.
9. Donaciones.
10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo.
11. Los demás recursos que reciba a cualquier título.

Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo ~~podrá constituir patrimonios autónomos que~~ se regirán por normas del **Estatuto General de Contratación de la Administración Pública - Ley 80 de 1993 o la que haga sus veces** ~~derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos~~. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del Fondo.

El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo.

De los Honorables Congresistas,

JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Representante a la Cámara por Boyacá
Partido Alianza Verde

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

900

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
05 MAR 2025
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 44 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo 44. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH). Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.

Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes:

1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación.
2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.
3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado.
4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales.
5. Aportes de otras entidades públicas.
6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público.
7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes.
8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías.
9. Donaciones.
10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo.
11. Los demás recursos que reciba a cualquier título.

Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del Fondo.

El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo.

Parágrafo 1: Cada traslado del FIDH a un patrimonio autónomo deberá ser informado a la Contraloría General de la República quien ejercerá en forma posterior y selectiva, preventivo y concomitante el control fiscal; y publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social en una sección independiente; lo anterior, se realizará dentro de los treinta (30) días siguientes al traslado de los recursos, con el fin de garantizar la transparencia en el manejo de los recursos públicos y permitir la adecuada inspección, vigilancia y control.

Parágrafo 2: El FIDH rendirán un informe a más tardar el 20 de febrero de cada año a las comisiones séptimas del Congreso de la República sobre la promoción, apoyo, y ejecución y dotación de la red pública hospitalaria, así como también sobre la cofinanciación, asesoramiento técnico y financiero a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.

Parágrafo 3: El FIDH rendirá un informe a más tardar el 20 de febrero de cada año a las comisiones séptimas del Congreso de la República sobre cada uno de los patrimonios autónomos.

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

El artículo 267 Constitucional establece que "*El control fiscal es una función pública que ejercerá la Contraloría General de la República, la cual vigila la gestión fiscal de la administración y de los particulares o entidades que manejen fondos o bienes de la Nación.*

Dicho control se ejercerá en forma posterior y selectiva conforme a los procedimientos, sistemas y principios que establezca la ley. Esta podrá, sin embargo, autorizar que, en casos especiales, la vigilancia se realice por empresas privadas colombianas escogidas por concurso público de méritos, y contratadas previo concepto del Consejo de Estado.

La vigilancia de la gestión fiscal del Estado incluye el ejercicio de un control financiero, de gestión y de resultados, fundado en la eficiencia, la economía, la equidad y la valoración de los costos ambientales. En los casos excepcionales, previstos por la ley, la Contraloría podrá ejercer control posterior sobre cuentas de cualquier entidad territorial.

(...)" (subrayado fuera del texto original).

Por lo anterior, se incluye a la Contraloría para que tenga el histórico de los trazados del FIDH a un patrimonio autónomo. Así mismo, se propone que se publique, con el fin de exista transparencia en los traslados y cualquier persona tenga como vigilar los recursos de todos los colombianos en la página web.

En los parágrafos 2 y 3 se propone que el FIDH rendirán un informe a más tardar el 20 de febrero de cada año a las comisiones séptimas del Congreso de la República sobre la promoción, apoyo, y ejecución y dotación de la red pública hospitalaria, así como también sobre la cofinanciación, asesoramiento técnico y financiero a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria; y un informe adicional sobre cada uno de los patrimonios autónomos creados y aquellos que tengan recursos, lo anterior, con el fin de que exista transparencia en los giros del fondo a los patrimonios autónomos y los recursos que están pendientes de ejecutar y lo que se ejecutó tener el conocimiento sobre que se invirtió.

C

ART 44

903

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

JAIME RAÚL SALAMANCA
Representante a la Cámara por Boyacá

Bogotá, D. C.

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
05 MAR 2025
RECIBIDO

Señor:

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
Secretario General Cámara de Representantes

Asunto: Proposición modificativa del PL 312/2024 Cámara - acumulado con el PL 135/2024 Cámara.

ALC
2/08

Cordial saludo,

Respetuosamente me permito someter a consideración de la honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, la siguiente «Proposición de Modificativa» al **artículo 44 del Proyecto de Ley 312 de 2024 C** "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Artículo 44. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH). Modifíquese el artículo 44 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.

Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes:

1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación.

2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.

3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado.

4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales.

5. Aportes de otras entidades públicas.

6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público.

7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes.

8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías.

9. Donaciones.

10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo.

11. Los demás recursos que reciba a cualquier título.

Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos**, evento en el cual, se respetarán siempre los principios de transparencia, economía y responsabilidad.** Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del Fondo.

El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo.

De los Honorables Congresistas,

JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Representante a la Cámara por Boyacá
Partido Alianza Verde

ART 44

904

C

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA

Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

9:17am

PROPOSICION DE ADICION AL ARTICULO 44 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".

Artículo 44. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH). Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.

El fondo de infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, priorizara la inversión en la red prestadora de servicios de salud de los departamentos fronterizos y de la amazonia, donde no se encuentre con habilaitacion de sercios necesarios para la prestación del servicio en salud.

Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes:

1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación.
2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.
3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado.
4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales.
5. Aportes de otras entidades públicas.
6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público.
7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes.
8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías.
9. Donaciones.
10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo.
11. Los demás recursos que reciba a cualquier título.

Para la ejecución de los proyectos a cargo del Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red pública Hospitalaria (FIDH), el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los

que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del fondo.

El Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria (FIDH) será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del fondo.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

Art 44

905

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ARDILA
Representante a la Cámara
Departamento del Putumayo

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
06 MAR 2025
RECIBIDO

PROPOSICIÓN SUSTITUTIVA

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

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

Sustitúyase el **ARTÍCULO 44** del Proyecto de Ley, el cual quedará así:

Artículo 44. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH). Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover~~,~~ y apoyar ~~y ejecutar~~ la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.

Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes:

1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación.
2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.
3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado.
4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales.
5. Aportes de otras entidades públicas.
6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público.
7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes.
8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías.
9. Donaciones.
10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo.
11. Los demás recursos que reciba a cualquier título.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 No 8 – 68, Oficina 635, Bogotá D.C.
carlos.ardila@camara.gov.co

~~Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del Fondo.~~

~~El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo.~~

Cordialmente,

CARLOS ARDILA ESPINOSA
Representante a la Cámara
Departamento del Putumayo

906

ART 43

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

PROPOSICIÓN DE MODIFICACION

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 suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición modificativa al artículo 43, el cual quedará así:

"Artículo 43. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

1. **El examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico – quirúrgicas <u>y de salud pública</u>.** Para el acceso a los programas de especialización médico – quirúrgicas **<u>y de salud pública,</u>** los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico - quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior. Las Instituciones de Educación Superior definirán los criterios definitivos de admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido.

(...)"

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

907

C-047-24

Art 45

05 DIC 2024

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

PROPOSICIÓN DE MODIFICACION

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 suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición modificativa al numeral 3 del artículo 43, el cual quedará así:

"Artículo 43. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

1...
(...)"

3. **Ampliación de cupos de docencia-servicio:** Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Instituciones de Salud del Estado (ISE) sean reconocidas como escenarios de docencia - servicio. En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio. **Se permite la simultaneidad de estas dos actividades.** "

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

ALEJANDRO OCAMPO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

Alt 4J
908

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese el parágrafo 3 y el inciso al numeral 2 del Artículo 45. del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". el cual quedará así:

Artículo 45. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

1. El examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico - quirúrgicas. Para el acceso a los programas de especialización médico – quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico - quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior, las 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.

2. Asignación de becas: El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

El Gobierno Nacional, en conjunto con las Instituciones de Educación Superior y las Redes Integrales de Salud, desarrollará programas adicionales de formación en especialidades críticas, como salud mental, oncología, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, y salud pública. Estos programas serán prioritarios para las regiones con mayores deficiencias de especialistas. Además, se dará preferencia a la formación de especialistas en áreas rurales y en zonas de conflicto, con la garantía de que los estudiantes recibirán formación práctica en hospitales y centros de salud de estas regiones, con un enfoque en atención primaria, prevención y diagnóstico temprano.

Parágrafo 1. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo establecido en el presente parágrafo.

Parágrafo 2. Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destine el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud y las Instituciones de Educación Superior.

Parágrafo 4º. Para asegurar el éxito de los programas de formación de especialistas, se destinarán recursos adicionales para fortalecer las capacidades de los Institutos de Educación Superior en áreas de formación médica y quirúrgica, garantizando la infraestructura y la calidad de los programas de docencia-servicio en todo el país. Esto incluirá la creación de convenios con hospitales públicos y privados, así como la expansión de los cupos en las áreas más necesitadas.

Cordialmente

ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO

Representante a la Cámara

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

910 Art 45

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Con fundamento en lo contemplado en la ley 5 de 1992 y las normas concordantes, modifíquese el numeral 2 del Artículo 45 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 45. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

(...)

2. **Asignación de becas:** El Ministerio de Salud y Protección Social **en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional,** establecerá la forma de asignación de las becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

(...)

Atentamente,

LEIDER ALEXANDRA VASQUEZ OCHOA
Representante a la Cámara por Cundinamarca

Art 45
911

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OLGA LUCÍA Velásquez

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."

SECRETARÍA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024

Adiciónese un parágrafo nuevo al artículo 45, el cual quedará así:

(...)

Parágrafo 4. Se implementará la atención integral en salud mental y adicciones para los trabajadores de la salud, con el objetivo de realizar tamizajes continuos que brinden lineamientos para campañas de prevención y promoción de la salud mental, así como para identificar la necesidad de tratamiento. Asimismo, las y los profesionales de la salud recibirán atención continua en salud mental bajo tres ejes fundamentales: promoción, prevención y atención integral. Esta atención tendrá un enfoque diferencial, incluyendo a mujeres, población LGTBIQ+, población indígena y población racial.

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

AL-145

9/2

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presento

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 45° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Artículo 45. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno ~~n~~**N**acional establecerá e implementará:

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~~ **para la** admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido.

Asignación de becas: El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), **a los provenientes de las zonas rurales,** a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

Parágrafo 1. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo establecido en el presente parágrafo.

Parágrafo 2. Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destine el Gobierno ~~n~~**N**acional, entidades territoriales del nivel departamental**, distrital** y municipal, Instituciones de Salud y las Instituciones de Educación Superior.

Ampliación de cupos de docencia-servicio: Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia - servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Instituciones de Salud del Estado (ISE) sean reconocidas como escenarios de docencia - servicio. En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio.

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

JUSTIFICACIÓN

La proposición modificativa del artículo 45° presenta una respuesta integral a los desafíos estructurales en la formación del talento humano en salud en Colombia. Su fundamento constitucional se arraiga en los artículos 13 y 67 de la Constitución Política, que garantizan el derecho a la educación y el principio de igualdad de oportunidades. La propuesta busca transformar el actual sistema de formación médica, superando las barreras de acceso que históricamente han limitado la participación de profesionales de regiones marginadas y vulnerables.

Esta proposición, busca mejorar la redacción del texto original y además incluir especialmente en la norma a los graduados y estudiantes de la ruralidad, para evitar equívocos.

ART 45

913

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 45° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Artículo 45. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

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.

Asignación de becas: El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

Parágrafo 1. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir ~~el mismo tiempo de duración del~~ estudio con trabajo ~~asistencial~~ y/o docencia remunerada, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo establecido en el presente parágrafo.

Parágrafo 2. Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destine el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud y las Instituciones de Educación Superior.

Ampliación de cupos de docencia-servicio: Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Instituciones de Salud del Estado (ISE) sean reconocidas como escenarios de docencia - servicio. En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio.

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

JUSTIFICACIÓN

La proposición modificativa del artículo 45° encuentra su sustento constitucional en los artículos 67 y 69 de la Carta Magna, que garantizan el derecho a la educación y la autonomía universitaria. El proyecto responde a una necesidad estructural del sistema de salud colombiano: la desigual distribución del talento humano en salud, particularmente en zonas rurales y apartadas del país. Se trata de una iniciativa que busca transformar integralmente la formación y distribución de profesionales de la salud.

Ahora bien, el punto central de la proposición, está en:

1. Eliminar el termino de retribución, es decir que se le elimina la orden de retribuir por el mismo tiempo de estudio, para que se permita al Ministerio realizar esta regulación.
2. Eliminar la palabra asistencial, toda vez que en la terminología "trabajo y/o docencia remunerada, ya se entiende la idea inicial.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Alexandra VÁSQUEZ
CONGRESO

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
16 DIC 2024
RECIBIDO

ART 45
914

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Con fundamento en lo contemplado en la ley 5 de 1992 y las normas concordantes, modifíquese el numeral 3 del Artículo 45 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 45. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

(...)

3. **Ampliación de cupos de docencia-servicio:** Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Instituciones de Salud del Estado (ISE) sean reconocidas como escenarios de docencia - servicio. ~~En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio.~~

Atentamente,

LEIDER ALEXANDRA VASQUEZ OCHOA
Representante a la Cámara por Cundinamarca

915

Art 47

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER SALAZAR
Representante a la Cámara

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

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 suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición modificativa al numeral 3 del artículo 45, 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.
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. **La negociación colectiva del personal sanitario que realice actividades asistenciales dentro de las ISE se regirá por el Código Sustantivo del Trabajo.**
(...)"

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

DLT 47

9/6

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Wilder Escobar
Representante a la Cámara 2022 - 2026
Con la Gente

PROPOSICIÓN

PLENARIA CÁMARA DE REPRESENTANTES

SESIÓN 17 DE DICIEMBRE DE 2024

Agréguese un parágrafo al artículo 47° del texto propuesto para segundo debate del 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"*, el cual quedará así:

Artículo 47. 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.

(...)

Parágrafo 4. Las personas que han tenido contratos de prestación de servicios a cargo de ESE o a través de cooperativas de trabajo asociado, por más de cinco (5) años consecutivos accederán de manera progresiva y gradual a los derechos de carrera administrativa en aquellas instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al noventa por ciento (90%), quienes se regirán por la presente Ley una vez hagan parte de la carrera administrativa.

Justificación: el contrato de prestación de servicios se contrata para la ejecución de una o varias obras o la prestación de servicios en beneficio de terceros por un precio determinado de acuerdo al artículo 34 del Código Sustantivo del Trabajo. No obstante, se ha utilizado esta figura como una opción poco costosa para las entidades públicas en la adquisición de su capital humano, lo cual no promueve la estabilidad laboral y ocasiona la pérdida de conocimientos y habilidades adquiridas en la realización de actividades relevantes en el sector salud.

WILDER IBERSON ESCOBAR ORTIZ
Representante a la Cámara por el departamento de Caldas
Partido Gente en Movimiento

Elaboró: Briget Marcela BMRZ

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
7.215

390 40 50 ext: 3415
wilder.escobar@camara.gov.co
Cra 7 No. 8 - 68 - Edificio Nuevo ofic. 232B - Bogotá
@WilderEscobarO

DKT 48

9/7

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LIMES
05 DIC 2024

PROPOSICIÓN ADITIVA

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 suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición aditiva al artículo 46, el cual quedará así:

Artículo 46. Régimen especial para trabajadores ~~públicos~~ del sector público y privado de la salud. Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que dentro de los primeros seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia la presente Ley, previa concertación con ~~representantes de los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados~~ **organizaciones representativas de los trabajadores de la salud**, 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~~

1. **Carrera Administrativa Especial del Sector Salud. A la cual se incorporarán por una sola vez, automática y progresivamente los trabajadores misionales hoy vinculados por contrato de prestación de servicios. Se respetarán los derechos adquiridos de quienes actualmente están vinculados como servidores públicos bajo la normatividad vigente y se regulará lo relacionado con el ascenso y/o movilidad de los mismos.**

2. **Régimen salarial especial para el sector salud. Habrá remuneración mínima vital y móvil, progresiva, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo, con proporcionalidad al nivel de formación, a la antigüedad, y a las modalidades y períodos de pago, preservando el principio de igualdad: "A igual función, igual remuneración".**

3. **Pago Oportuno. Toda relación laboral tendrá derecho a una remuneración oportuna. Se entiende que el pago es oportuno cuando se hace máximo dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al cumplimiento del periodo laboral de treinta (30) días.**

4. **Jornada ordinaria. Los trabajadores sanitarios tendrán una jornada de máximo 42 horas semanales, así como el derecho al reconocimiento de horas extras, recargos nocturnos, por turnos, dominicales y festivos, habitualidad y permanencia de la labor, y descansos compensatorios como parte de la jornada laboral, según lo dispuesto en el Decreto Ley 1042 de 1978 y en el Decreto 400 de 2021, o en las normas que los sustituyan modifiquen o deroguen.**

5. **Medicina, higiene, salud y seguridad en el trabajo. Los trabajadores sanitarios tendrán derecho a ser beneficiarios de una política de higiene, salud y seguridad en el trabajo, conforme lo dispuesto en el Decreto Ley 1295 de 1994, en la Ley 1562 de 2012 o en las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan y en las demás normas concordantes.**

6. Trabajos ocasionales, teletrabajo o trabajo en casa. Los trabajadores sanitarios podrán prestar sus servicios mediante la modalidad de trabajo remoto de conformidad con lo dispuesto en la Ley 2121 de 2021 o en la norma que la sustituya, modifique o derogue.

7. Prestaciones económicas. Los trabajadores sanitarios tendrán derecho al reconocimiento de los gastos de representación, prima técnica a especialistas altamente calificados, prima de riesgo en circunstancias especiales, prima por ubicación geográfica, quinquenios, vacaciones, licencias, permisos remunerados. Así mismo, tendrán derecho a estímulos no salariales quienes laboren en zonas marginadas según lo definido en el Artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, en materia de bienestar, vivienda, transporte, seguridad, educación y actualización continua, entre otros.

8. Acoso y discriminación laboral. En la implementación del régimen especial del talento humano en salud se tendrán en cuenta las disposiciones del Convenio 190 de la OIT sobre la violencia y el acoso en el trabajo.

9. Relación Docencia – Servicio. Se permite la simultaneidad de estas dos actividades. Los programas de formación de recurso humano deberán corresponder a las necesidades de salud de la población en los territorios.

10. Servicio Social Obligatorio -SSO-. El servicio social obligatorio tendrá vocación hacia las zonas apartadas y dispersas; las ISE o las IPS privadas deberán incluir en sus plantas de personal los cargos de los profesionales para la prestación del SSO, quienes podrán participar en los Equipos.

11. Médicos residentes. En el caso de rotaciones extramurales de médicas o médicos residentes establecidas en el currículo universitario, las IPS, públicas o privadas, en coordinación con las Instituciones de Educación Superior -IES-, deberán garantizarles a estos profesionales el traslado, el alojamiento y la alimentación durante la rotación, y reconocerles el apoyo de sostenimiento educativo creado en la Ley 1917 de 2018, así como la supervisión docente correspondiente, mediante convenios suscritos entre la IPS y la IES, en el marco de la relación docencia-servicio. Si las médicas o médicos residentes se vinculan a los Equipos Básicos de Salud, las ISE o las IPS privadas deberán contratarlos a término fijo como trabajadores de la salud.

12. Condiciones especiales para ejercer el Servicio Social Obligatorio (SSO) y las especializaciones médicas (Residentes) y de otras profesiones del sector salud. El Ministerio de Salud y protección social promoverá lineamientos y estrategias para la dignificación plena del servicio social obligatorio, médicos Residentes y otras especializaciones de profesiones del sector salud en materia de salud mental y acompañamiento psicoemocional, garantías de protección de la vida e integridad de los profesionales para el ejercicio de su labor y acceso meritocrático a las plazas en concordancia con la normatividad aplicable a la materia.

13. Equivalencia de títulos. Los títulos de especializaciones médico-quirúrgicas de tres (3) años o más de duración otorgados por las instituciones de educación superior de

resolución del Ministerio de Educación Nacional, tendrá para todos los efectos equivalencia al título de doctorado.

14. Profesionales especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta, las EGS y las IPS podrán contratar estos especialistas a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, garantizando condiciones dignas y justas, ausencia de cláusula de exclusividad, y pago oportuno. Para este caso, se entiende por pago oportuno aquel que no supere los diez (10) días calendario posteriores a la radicación de la factura, cuenta de cobro o documento equivalente.

15. Límite salarial. En ningún nivel territorial la remuneración del talento humano en salud estará sujeto a los límites establecidos en el artículo 73 de la Ley 617 de 2000, o de la norma que la modifique, adicione, complemente o sustituya.

16. Prelación del pago. El pago del talento humano en salud, independientemente de la forma de vinculación, tendrá prelación sobre los demás desembolsos y su remuneración será indexada anualmente con base en el IPC causado el año inmediatamente anterior.

17. Subcuenta de Garantías. Los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud, además de los usos previstos en el Artículo 41 del Decreto 4107 de 2011 o en las normas que la sustituyan o modifiquen, se podrán utilizar para mejorar la liquidez de los prestadores de los servicios de salud, públicos, privados o mixtos, destinados al pago que por concepto de honorarios o salarios se adeuden al talento humano en salud. Para el efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la expedición de la presente Ley reglamentará las condiciones para garantizar el pago al talento humano en salud con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías. Para los efectos del presente numeral las EGS o quien haga sus veces, y las IPS, destinarán el 1% de sus excedentes anuales para financiar la Subcuenta de Garantías. Básicos de Salud donde sean necesarios, especialmente en regiones apartadas con población dispersa, siempre y cuando se garanticen condiciones de seguridad para el talento humano en salud.

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
04 MAR 2025
RECIBIDO

Art 48
920

PROPOSICIÓN

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 48 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo 48. Régimen especial para trabajadores públicos del Sector Salud. ~~Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que d~~**Dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente Ley, el Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social presentará un proyecto de ley al Congreso de la República cuyo objeto sea expedir** ~~previa concertación con representantes de los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados, 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.~~

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

Al ser una Ley Estatutaria que reglamente el derecho fundamental al trabajo (artículo 25 Superior) es de competencia exclusiva del Congreso, en virtud de lo establecido en el artículo 152 Constitucional "*Mediante las leyes estatutarias, el Congreso de la República regulará las siguientes materias: a)* ***Derechos y*** *deberes* ***fundamentales de las personas*** *y los procedimientos y recursos para su protección; (...)*"(subrayado y negrilla fuera del texto original).

La sentencia C-902 de 2011 establece que "*El* ***artículo 152 de la Constitución introdujo la llamada cláusula de reserva de ley estatutaria, según la cual la regulación de ciertas materias debe hacerse mediante ese tipo cualificado de ley. Seguidamente,*** *(...)en la* ***Sentencia C-756 de 2008,*** *que sobre el particular puntualizó lo siguiente: "8. Así pues, la jurisprudencia de esta Corporación ha señalado* ***cinco reglas interpretativas que permiten conocer cuáles son las regulaciones sobre derechos fundamentales que deben ser objeto de ley estatutaria*** *y en que casos corresponde al legislador ordinario establecer las limitaciones o restricciones del derecho, a saber:* ***i)*** *La* ***reserva de ley estatutaria en materia de derechos fundamentales es excepcional,*** *en tanto que la* ***regla general se mantiene a favor del legislador ordinario****.* ***ii)*** *La* ***regulación estatutaria*** *u ordinaria no* ***se define*** *por la denominación adoptada por el legislador, sino* ***por su contenido material*** *(...). En consecuencia, el trámite legislativo ordinario o estatutario será definido por el contenido del asunto a regular y no por el nombre que el legislador designe.* ***iii) Mediante ley estatutaria se regula únicamente el núcleo esencial del derecho fundamental, de tal forma que si un derecho tiene mayor margen de configuración legal, será menor la reglamentación por ley estatutaria. iv)*** *Las* ***regulaciones integrales de los derechos fundamentales*** *debe realizarse mediante ley cualificada y, v) Los* ***elementos estructurales esenciales del derecho fundamental deben regularse mediante ley estatutaria****. De esta forma, es claro que la regulación puntual y detallada del derecho corresponde al legislador ordinario."* (subrayado y negrilla fuera del texto original).

La Corte Constitucional en Sentencia T-611 de 2001 hizo una interpretación constitucional frente al Derecho al Trabajo y estableció que ***"La interpretación constitucional recae sobre un objeto de mayor complejidad el derecho al***

trabajo como uno de los valores esenciales de nuestra organización política, fundamento del Estado social de derecho, reconocido como derecho fundamental que debe ser protegido en todas sus modalidades *y asegurar el derecho de toda persona al desempeño en condiciones dignas y justas,* ***así como los principios mínimos fundamentales a los que debe sujetarse el legislador en su desarrollo y la obligación del Estado del desarrollo de políticas de empleo hacen del derecho al trabajo un derecho de central importancia para el respeto de la condición humana y cumplimiento del fin de las instituciones****. La interpretación que surge de la dimensión constitucional descrita no persigue la solución de un conflicto o diferencia entre el trabajador y el empresario para hallar la solución correcta sino pretende, la definición de campos de posibilidades para resolver controversias entre derechos o principios fundamentales. La protección del derecho al trabajo desde la interpretación constitucional tiene el propósito de optimizar un mandato en las más altas condiciones de racionalidad y proporcionalidad sin convertirlo en el derecho frente al cual los demás deben ceder".*

Por lo anterior, se propone que no sea expedido por facultades extraordinarias, sino que el Ministerio de Salud y Protección social presente un Proyecto de Ley Estatutaria con el fin de que el Congreso de la República reglamente el Régimen especial para trabajadores públicos del Sector Salud.

ART 48

923

Representante a la Cámara
Alexander Guarín
Departamento del Guainía 2022 - 2026

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

UN PAISANO CON FIRMEZA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
TRÁMITES
18 DIC 2024
RECIBIDO

AGS-918-2024 III

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento del Guainía y de conformidad con el artículo 113 y 114 de la ley 5ª de 1992, me permito presentar la siguiente proposición modificatoria al artículo 48 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara – acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" las modificaciones propuestas se resaltan en negrilla y subrayado en la siguiente tabla:

TEXTO ORIGINAL	TEXTO PROPUESTO
Artículo 48. Régimen especial para trabajadores públicos del Sector Salud. Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que 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, 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.	Artículo 48. Régimen especial para trabajadores públicos del Sector Salud. Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que 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, expida el régimen especial de los trabajadores de la salud, el cual debe contener mínimamente los siguientes aspectos: ***estudio técnico y fiscal*** para la aplicación del régimen de ascenso y/o movilidad en el régimen de carrera administrativa primas especiales, entre otros.

Atentamente,

ALEXANDER GUARÍN SILVA
Representante a la Cámara por el Guainía

Partido de la Unión por la gente.
AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA
Carrera 7 No. 8 – 62 Edificio Nuevo del Congreso
Oficina 544B Ext. 3101 - 3102

Justificación:

Con la proposición presentada se puede evitar la desviación de recursos o pagos desproporcionados entre operadores, especialmente de los servicios prestados en las zonas rurales.

Partido de la Unión por la gente.
AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA
Carrera 7 No. 8 – 62 Edificio Nuevo del Congreso
Oficina 544B Ext. 3101 - 3102

Marelen Castillo Torres | POR UN FUTURO POSIBLE

AL+ 48
0/24

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
17 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá, D.C., diciembre de 2024

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 48° del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, así:

TEXTO INFORME DE PONENCIA	MODIFICACIÓN PROPUESTA
Artículo 48. Régimen especial para trabajadores públicos del Sector Salud. ~~Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que~~ 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, 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.	**Artículo 48. Régimen especial para trabajadores públicos del Sector Salud.** Dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia la presente Ley, **el Gobierno Nacional presentará un proyecto de ley al Congreso de la República,** previa concertación con representantes de los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados, 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.

Cordialmente,

MARELEN CASTILLO TORRES
Representante a la Cámara
Aprobó: Dr. RAVS
Revisó: Dr. RAVS
Proyectó: Dr. JSA

ALT 48

925

A16

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso, el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presento:

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 48° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Artículo 48. Régimen especial para trabajadores públicos del Sector Salud. Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que dentro de los ~~seis (6)~~ **doce (12)** meses posteriores a la entrada en vigencia la presente Ley, previa concertación con representantes de los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados, expida el régimen especial de los trabajadores de la salud, el cual debe contener mínimamente los siguientes aspectos: **los derechos de los trabajadores, reglas de** ascenso y/o movilidad en el régimen de carrera administrativa; primas especiales, entre otros.

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

JUSTIFICACIÓN

La proposición modificativa del artículo 48° se fundamenta en los principios constitucionales de protección laboral y dignificación del trabajador, consagrados en los artículos 25 y 53 de la Constitución Política de Colombia. La ampliación del plazo de facultades extraordinarias de seis a doce meses para expedir el régimen especial de trabajadores de la salud representa un avance significativo en la construcción de un marco normativo comprehensive y participativo para este sector estratégico.

La modificación busca garantizar un proceso más robusto de concertación y desarrollo normativo, reconociendo la complejidad del sector salud y la necesidad de una reglamentación integral que aborde las particularidades de sus trabajadores. El tiempo adicional permitirá una deliberación más exhaustiva con representantes sindicales, tanto sindicalizados como no sindicalizados, asegurando un proceso de construcción normativa más democrático e incluyente.

La propuesta mantiene el espíritu de la iniciativa original de establecer un régimen especial que reconozca las condiciones particulares de los trabajadores de la salud. La referencia explícita a elementos como derechos laborales, reglas de ascenso y movilidad en la carrera administrativa, y primas especiales, evidencia un compromiso con la valoración integral del talento humano en el sector salud.

Art 48

926

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

KATHERINE MIRANDA

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el artículo 48 del proyecto de Ley 319 de 2024 Cámara de Representantes "Por medio del cual se modifica el sistema de salud", en el siguiente sentido:

Artículo 48. Régimen especial para trabajadores públicos del Sector Salud. Otórguese facultades extraordinarias al Presidente de la República para que, dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley y previa concertación con representantes de los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados del sector salud, expida un régimen especial para los trabajadores públicos del Sector Salud, el cual debe contener como mínimo los siguientes aspectos:

1. Ascenso y/o movilidad en el régimen de carrera administrativa, con criterios claros y objetivos para el acceso, evaluación y promoción.
2. **Primas especiales y beneficios salariales, acordes con las condiciones laborales y riesgos específicos que enfrentan los trabajadores de la salud.**
3. **Jornadas laborales justas y dignas**, estableciendo límites a la carga laboral y garantizando el **pago de horas extras** cuando corresponda.
4. **Incentivos y reconocimientos** para personal que labore en **zonas rurales, de difícil acceso o en condiciones de alta complejidad.**
5. **Programas de bienestar, salud mental y seguridad laboral**, enfocados en la prevención de riesgos ocupacionales y el apoyo al personal en casos de agotamiento físico o emocional (burnout).
6. **Equidad de género y no discriminación**, con políticas específicas para proteger los derechos laborales de las mujeres y otros grupos vulnerables dentro del sector.

Parágrafo: El **régimen especial** deberá garantizar los **derechos adquiridos** por los trabajadores de la salud y priorizará el fortalecimiento de condiciones laborales que fomenten la calidad, eficiencia y permanencia del talento humano en el sector. La reglamentación del régimen será consultada con las organizaciones representativas del sector y contará con el acompañamiento de **organismos de control.**

Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
9:24 am

ART 48

927

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OLGA LUCÍA Velásquez

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES "

Modifíquese el Artículo 48 del Proyecto de ley 312 de Camara que quedaría así:

Artículo 48. Régimen especial para trabajadores públicos del Sector Salud. Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que 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, 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, **promoción de la buena salud mental de los trabadores, prevención de los trastornos y enfermedades mentales, y atención en salud mental,** entre otros.

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

ALT 48-
928

Cámara de Representantes

JUAN CARLOS WILLS

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá, diciembre de 2024

Presidente
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Cámara de Representantes
Bogotá D.C.

PROPOSICIÓN

Acorde a lo dispuesto en los artículos 112 a 115 de la Ley 5ª de 1992, modifíquese el artículo 10 del Proyecto de Ley No. 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 48. Régimen especial para trabajadores públicos del Sector Salud. ~~**Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que d**~~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, **el Gobierno Nacional presentará ante el Congreso de la República, un proyecto de ley mediante el cual se regule** ~~**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, **capacitación y bienestar, jornadas laborales especiales,** entre otros.

Atentamente.

JUAN CARLOS WILLS OSPINA
Representante a la Cámara por Bogotá

JUSTIFICACIÓN

El tratamiento del régimen especial de los trabajadores en salud debe hacerse mediante un proyecto de ley en el Congreso y no a través de facultades extraordinarias al presidente, ya que esto asegura el principio de separación de poderes y la participación democrática. Un proyecto de ley permite un debate abierto y transparente, garantizando que las decisiones reflejen los intereses de todos los sectores involucrados, incluidos los trabajadores de salud. Además, el Congreso, como órgano elegido democráticamente, otorga legitimidad al proceso y evita la centralización del poder en el Ejecutivo. Este enfoque también permite ajustes futuros y asegura la estabilidad jurídica de la reforma.

Calle 10 #7-51 Capitolio Nacional piso 1
www.juanwills.com
(317) 501 – 0000

@juanchowills
@juanchowills
JuanCWills

Art 49

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO

929

Alc 1 65

Bogotá D.C., diciembre de 2024

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

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 49 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 49. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas, con un porcentaje de participación público inferior al 90%, del sector salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes.

Adicionalmente, se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas; se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud; se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud.

Parágrafo 1. El Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud presentarán durante el primer trimestre de cada vigencia fiscal al Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno nacional organizará

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

una Dirección en el Ministerio del Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley.

~~Parágrafo 2. A partir de la vigencia de la presente Ley, las droguerías sólo podrán ser dirigidas por quien tenga la calidad de Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, Director de Droguería o Farmacéutico Licenciado. Para garantizar los derechos adquiridos de las personas que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, hayan obtenido la credencial de expendedor de drogas, estás podrán desempeñarse en la dirección de una droguería.~~

JUSTIFICACIÓN

Conforme con el sentido del artículo y su finalidad, no guarda relación entre lo que regula respecto a los trabajadores de la salud en instituciones mixtas y privadas y la dirección de las droguerías y el título idóneo para tal efecto, esta situación debe tener o un artículo nuevo o una regulación aparte para que se regule de la mejor manera con todos los sectores aunado al hecho de que no existe claridad en la ponencia sobre la razón específica por la cual se fundamenta esta exigencia.

Atentamente.

Maria F Carrascal R

MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS
Representante a la Cámara por Bogotá

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

Alirio Uribe Muñoz

Representante a la Cámara por Bogotá

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ART 49

930

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá DC., 10 de diciembre de 2024

PROPOSICIÓN

Modifíquese el parágrafo 2 del artículo 49 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cuál quedará así:

"**Parágrafo 2.** A partir de la vigencia de la presente Ley, las droguerías sólo podrán ser dirigidas por quien tenga la calidad de Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, Director de Droguería o Farmacéutico Licenciado. Para garantizar los derechos adquiridos de las personas que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, hayan obtenido la credencial de expendedor de drogas, estás podrán desempeñarse en la dirección de una droguería **pero deberán adquirir un título de Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia y Farmacéutico Licenciado.**"

Atentamente,

ALIRIO URIBE MUÑOZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico - Circunscripción Bogotá

alirio.uribe.representante@gmail.com
alirio.uribe@camara.gov.co

Art 49

931

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso, el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 49° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Artículo 49. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas, con un porcentaje de participación público inferior al 90%, del sector salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes.

Adicionalmente, se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas**, rurales** y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas; se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud; se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud.

Parágrafo 1. El Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud presentarán durante el primer trimestre de cada vigencia fiscal al Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las **c**Comisiones **s**Séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno nacional organizará una Dirección en el Ministerio del Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley.

Parágrafo 2. A partir de la vigencia de la presente Ley, las droguerías sólo podrán ser dirigidas por quien tenga la calidad de Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, Director de Droguería o Farmacéutico Licenciado. ~~Para garantizar los derechos adquiridos de las personas que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, hayan obtenido la credencial de expendedor de drogas, estás podrán desempeñarse en la dirección de una droguería~~ **Con el propósito de salvaguardar los**

derechos adquiridos, los profesionales que, al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, cuenten con la credencial vigente de expendedor de drogas, mantendrán la facultad de dirigir y administrar droguerías.

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

JUSTIFICACIÓN

La inclusión del criterio de zonas rurales y dispersas para establecer incentivos salariales y no salariales representa un avance fundamental en la política de equidad territorial. Esta modificación busca abordar uno de los desafíos estructurales del sistema de salud: la desigual distribución del talento humano en las regiones más apartadas del país. Se reconoce así la necesidad de implementar estrategias diferenciadas que garanticen la prestación del servicio de salud en todo el territorio nacional.

Sobre el parágrafo primero, se mejora la redacción del texto.

En relación con el parágrafo segundo, la modificación sobre la dirección de droguerías busca garantizar la profesionalización del sector farmacéutico, al tiempo que salvaguarda los derechos adquiridos de los expendedores de drogas con credenciales vigentes, a lo cual se mejora la redacción para hacerlo más entendible.

La proposición en su conjunto refleja un enfoque comprehensivo y progresivo en el tratamiento de los trabajadores del sector salud, combinando elementos de protección laboral, equidad territorial, profesionalización y garantía de derechos.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

KATHERINE MIRANDA

ART 50

932

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese al artículo 50 del proyecto de Ley 319 de 2024 Cámara de Representantes "Por medio del cual se modifica el sistema de salud", tres parágrafos nuevos en el siguiente sentido:

Parágrafo 1. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, establecerá programas de financiamiento, incentivos y estímulos tributarios para el desarrollo de investigaciones, la producción local de vacunas y medicamentos, así como el fortalecimiento de la infraestructura científica y tecnológica necesaria.

Parágrafo 2. Se promoverá la creación de alianzas público-privadas para potenciar la investigación, producción y comercialización de vacunas y biológicos, así como para asegurar su disponibilidad y accesibilidad en todo el territorio nacional.

Parágrafo 3. Se establecerán estrategias prioritarias para impulsar la producción de vacunas y biológicos en zonas rurales o de difícil acceso, a fin de promover la descentralización y el acceso equitativo a la tecnología en salud.

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
9:29am

Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde

ART 50

933

EDUAR TRIANA
Representante a la Cámara por Boyacá

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá D.C., 18 de Diciembre 2024

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

PROPOSICIÓN.

Elimínese el Parágrafo 3 del artículo 50 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 50. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades medico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán vincular o contratar a especialistas médico quirúrgicos, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, según el régimen jurídico aplicable a la respectiva institución, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.

Parágrafo 1: En todo caso, si la prestación del servicio se enmarca en los elementos de una relación laboral, los especialistas de la salud deberán ser vinculados mediante contrato de trabajo, según la naturaleza del régimen jurídico aplicable a la respectiva institución.

Parágrafo 2. Todos los trabajadores o vinculados mediante las modalidades establecidas en el presente artículo tendrán derecho a una remuneración oportuna, so pena de la imposición de sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

~~**Parágrafo 3**: Respecto de los trabajadores especialistas médico quirúrgicos del sector salud, indistintamente de su forma de vinculación, no se podrá establecer cláusula de exclusividad, salvo aquellos que estén vinculados mediante contrato de trabajo y así lo convengan.~~

EDUAR ALEXIS TRIANA RINCÓN
Representante a la Cámara por Boyacá
Centro Democrático

Celular 3208500032 - 3124916144
Calle 10 No. 7-50 - Bogotá D.C.
Oficina 305B - 306B
eduar.triana@camara.gov.co

Art 51.

934

ALEJANDRO OCAMPO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
16 DIC 2024
RECIBIDO
5:06 pm

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese el siguiente inciso al Artículo 51. del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". el cual quedará así:

Artículo 51. Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007:

"3. **Prestación de servicios de atención en salud.** Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dicha vigilancia comprende la garantía de un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral y de seguridad y salud en el trabajo, como aspectos que afectan los elementos esenciales para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud."

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá indicadores específicos de calidad laboral para el talento humano en salud, los cuales serán monitoreados semestralmente por la Superintendencia Nacional de Salud, garantizando su cumplimiento.

Cordialmente,

ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO
Representante a la Cámara

ART 53
936

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
HERÁCLITO LANDÍNEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

Bogotá D.C, 09 de diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición modificativa al **artículo 53** del **Proyecto de Ley No. 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 53. Modifíquese el numeral 2 del artículo **2** ~~131~~ de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:

> "**ARTÍCULO 131. TIPOS DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS.** En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones:
>
> (...)
>
> 2. Multas entre sesenta (60) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales."

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO
11:30am

Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co
Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7ª No. 8-68. Primer Piso.

Art 55

937

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL LEYES 17 DIC 2024 RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 55° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Artículo 55. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá una facultad regulatoria residual frente a la que es propia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las siguientes materias:

1. La compatibilidad y armonización de las normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y del régimen de liquidación de entes u organismos públicos, según el caso, con las reglas del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el derecho fundamental en salud previsto en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

2. Las competencias de los integrantes del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia de que trata el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019.

3. Los deberes de las entidades territoriales en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS creado en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007.

4. La actuación de los agentes especiales en las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para administrar o para liquidar, incluidas estas últimas.

5. La definición de criterios y procedimientos para la selección objetiva de contratistas por parte de los liquidadores, en la celebración de contratos de gestión de situaciones jurídicas no definidas, asuntos pendientes y activos remanentes posteriores a la liquidación de entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, con independencia de la forma jurídica que tales contratos asuman.

6. La eficiencia, **evaluación** y sostenibilidad de los gastos administrativos en los procesos liquidatorios ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud.

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

Art 56

938

C

ALEJANDRO OCAMPO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
16 DIC 2024
RECIBIDO
5:06 p

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese el siguiente parágrafo al Artículo 56. del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". el cual quedará así:

Artículo 56. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas. Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la Salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l, m y n del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del SISPI respecto de:

1. Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión.
2. Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.
3. Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.
4. La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.

Parágrafo 1: El Gobierno nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el SISPI, garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.

ALEJANDRO OCAMPO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Parágrafo 2: El Gobierno Nacional garantizará la asignación de un fondo específico para la implementación efectiva del SISPI y los procesos de consulta previa, priorizando territorios con mayor vulnerabilidad.

Cordialmente,

ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO
Representante a la Cámara

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presento

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 56° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Artículo 56. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas. Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la Salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l, m y n del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta ~~seis (6)~~ **doce (12)** meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del SISPI respecto de:

1. Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión.
2. Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.
3. Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.
4. La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.

Parágrafo. El Gobierno ~~n~~Nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el SISPI, garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

Art 57

941

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL DE LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 57° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Artículo 57. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y, del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y el Decreto 2957 de 2010.

Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta ~~seis (6)~~ **doce (12)** meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud**, como también las normas que regulen los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control**.

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

Art 58

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

JORGE RODRIGO TOVAR
CÁMARA DE PAZ 2022-2026

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

942

1:50 pm

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Modifíquese el inciso primero y el parágrafo segundo del **ARTÍCULO 58** del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

Artículo 58. Plan Nacional de Salud Rural (PNSR). En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), incluyendo además en sus priorizaciones a las subregiones, los municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS) y Planes de Reforma Rural Agraria (RRA), o se encuentren o sean considerados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país. Esta implementación se realizará con la participación de ~~las~~ organizaciones campesinas, **sociales,** víctimas del conflicto armado, comunidades rurales, **mesas de participación de víctimas del nivel municipal** y comunidades étnicas presentes en los territorios rurales. **El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación reglamentará, dentro de los tres (3) meses siguientes a la promulgación de la presente Ley, los criterios de escogencia, focalización o caracterización de los miembros de las organizaciones referidas en el presente artículo.**

(…)

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos que propendan por el efectivo cumplimiento de las acciones e intervenciones estipuladas en el PNSR, de acuerdo al cálculo de costos según las características y necesidades de cada territorio, los cuales estarán dirigidos a garantizar el acceso en salud en el marco de las RIITS, la construcción, el mejoramiento de la infraestructura y la dotación en salud, la planificación, **formación** y gestión del personal en salud para la ruralidad y la garantía del **mejoramiento en** la calidad **del servicio** en salud para la atención de las personas, familias y comunidades que habitan en las zonas rurales y las zonas rurales dispersas.

Del Honorable Congresista,

JORGE RODRIGO TOVAR VÉLEZ
Representante a la Cámara
CITREP No. 12 Cesar, Magdalena y La Guajira
Asociación Paz es Vida (Pa-Vida)

Cra 7 8-68 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
util.jorge-tovar@camara.gov.co jorgerodrigotovar.com
jorgerodrigotovar | jorgerodrigotv | jorgerodrigotv

ALT 58

943

PROPOSICIÓN___ 2024

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY 135 DE 2024 CÁMARA "POR EL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."

ADICIÓNESE AL ARTÍCULO 58 DEL PROYECTO DE LEY 312 DE 2024, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo 58. Plan Nacional de Salud Rural (PNSR). En las zonas rurales y zonas rurales dispersas y de **difícil acceso geográfico** del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), incluyendo además en sus priorizaciones a las subregiones, los municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS) y Planes de Reforma Rural Agraria (RRA), o se encuentren o sean considerados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país. Esta implementación se realizará con la participación de las organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades ~~étnicas~~ **Indígenas, Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.** presentes en los territorios rurales.

El Gobierno nacional reglamentará el PNSR. Dicho plan, será implementado dando cumplimiento al punto 1.3.2.1 del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" adoptado mediante el Acto Legislativo 02 de 2017, para ello se articulara con las estrategias de Atención Primaria en Salud, aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), las sedes de atención descentralizados en salud rural, el enfoque de determinantes sociales, el enfoque territorial y diferencial, **enfoque étnico y cultural** y demás aspectos de la presente ley que permitan la formulación y gestión del PNSR.

Parágrafo 1. El Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para la formulación e inicio de implementación del PNSR.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos que propendan por el efectivo cumplimiento de las acciones e intervenciones estipuladas en el PNSR, de acuerdo al cálculo de costos según las características y necesidades de cada territorio, los cuales estarán dirigidos a garantizar el acceso en salud en el marco de las RIITS, la construcción, el mejoramiento de la infraestructura y la dotación en salud, la planificación y gestión del personal en salud para la ruralidad y la garantía de la calidad en salud para la atención de las personas, familias y

comunidades que habitan en las zonas rurales y las zonas rurales dispersas **y de difícil acceso geográfico.**

Atentamente,

JAMES MOSQUERA TORRES
Representante a la Cámara
CITREP 6 Chocó –Antioquia

James.mosquera@camara.gov.co Edificio Congreso Oficina 501

@JamesMosqueraT

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 58° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Artículo 58. Plan Nacional de Salud Rural (PNSR). En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), incluyendo además en sus priorizaciones a las subregiones, los municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS) y Planes de Reforma Rural Agraria (RRA), o se encuentren o sean considerados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país. Esta implementación se realizará con la participación de las organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades étnicas presentes en los territorios rurales.

El Gobierno nacional reglamentará el PNSR. Dicho plan, será implementado dando cumplimiento al punto 1.3.2.1 del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" adoptado mediante el Acto Legislativo 02 de 2017, para ello se articulara con las estrategias de Atención Primaria en Salud, aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), las sedes de atención descentralizados en salud rural, el enfoque de determinantes sociales, el enfoque territorial y diferencial y demás aspectos de la presente ley que permitan la formulación y gestión del PNSR.

Parágrafo 1. El Gobierno ~~n~~Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de ~~seis (6)~~ **doce (12)** meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para la formulación e inicio de implementación del PNSR.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social, y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos que propendan por el efectivo cumplimiento de las acciones e intervenciones estipuladas en el PNSR, de acuerdo al cálculo de costos según las características y necesidades de cada territorio, los cuales estarán dirigidos a garantizar el acceso en salud en el marco de las RIITS, la construcción, el mejoramiento de la infraestructura, y la dotación en salud, la planificación y gestión del personal en salud para la ruralidad y la garantía de la calidad en salud para la atención de las personas, familias y comunidades que habitan en las zonas rurales y las zonas rurales dispersas.

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

DIÓGENES QUINTERO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
CATATUMBO

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ALT 58
945

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

Modifíquese el parágrafo 2 del artículo 58 del Proyecto de Ley 312 de 2024 – Cámara, *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"* el cual quedará así:

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos que ~~propendan por~~ garanticen el efectivo cumplimiento de las acciones e intervenciones estipuladas en el PNSR, de acuerdo al cálculo de costos según las características y necesidades de cada territorio, los cuales estarán dirigidos a garantizar el acceso en salud en el marco de las RIITS, la construcción, el mejoramiento de la infraestructura y la dotación en salud, la planificación y gestión del personal en salud para la ruralidad y la garantía de la calidad en salud para la atención de las personas, familias y comunidades que habitan en las zonas rurales y las zonas rurales dispersas.

DIÓGENES QUINTERO AMAYA
Representante a la Cámara
Catatumbo

www.diogenesquintero.com
diogenes.quintero@camara.gov.co
@diogenesqa

Art 59

946

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN para adicionar un numeral al artículo 59:**

Articulo 59. Promoción de Investigación y producción Vacunas. Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia y Tecnología e Innovación en Salud a nivel nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidas **localmente** por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, darán prelación a los productores locales, según la legislación aplicable **y acorde con el perfil epidemiológico del país.**

Se fortalecerá el desarrollo, validación y aplicación de métodos alternativos a la experimentación en animales en investigaciones biomédicas, la producción de fármacos, la producción de biológicos, la salud pública u otros similares, el cual se reglamentará de manera coordinada entre el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS).

Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal

ALEJANDRO OCAMPO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

ART 59
947

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese el inciso 3 y 4 al Artículo 59. del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". el cual quedará así:

Artículo 59. Promoción de Investigación y producción Vacunas. Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud a nivel nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidas por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, darán prelación a los productores locales, según la legislación aplicable.

Se fortalecerá el desarrollo, validación y aplicación de métodos alternativos a la experimentación en animales en investigaciones biomédicas, la producción de fármacos, la producción de biológicos, la salud pública u otros similares, el cual se reglamentará de manera coordinada entre el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS).

El Gobierno Nacional, en conjunto con las Instituciones de Educación Superior, las Redes Integrales de Salud y el sector privado, establecerá un fondo nacional para la investigación en salud que financiará proyectos de investigación en áreas críticas como salud mental, enfermedades infecciosas, cáncer, salud pública, y enfermedades no transmisibles, con especial enfoque en las zonas rurales y de conflicto.

Se crearán becas y programas de incentivos fiscales tanto para investigadores como para las instituciones educativas y de salud que desarrollen proyectos de investigación. Se priorizará la formación de recursos humanos en salud en áreas específicas de alta demanda, con becas que obliguen a los beneficiarios a trabajar en regiones con carencias de especialistas.

Cordialmente,

ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO
Representante a la Cámara

ART 60

C

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CAMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

948

9:17

PROPOSICION DE ADICION AL ARTICULO 60 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".

Adiciónese un parágrafo nuevo al artículo 60, el cual quedara así:

Artículo 60. Regímenes Exceptuados y Especiales. Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015. En consecuencia, los regímenes de salud y seguridad social de los miembros de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional, del Magisterio, de la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), continuarán vigentes, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente Ley, y en los términos previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.

Adicionalmente, el régimen de salud y seguridad social de las universidades estatales u oficiales continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992, modificada por la Ley 647 de 2001 y la Ley 1443 de 2011 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

PARAGRAFO. En consonacncia con lo estipulado en el inciso 2 del articulo 54 de esta Ley, otorguese facultades al presidente de la republica, para expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud del regimen especial de sistema en salud propio indigena.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

JUAN ESPINAL

Representante a la Cámara

Art 61

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
18 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

Elimínese el **artículo 61° del Proyecto de Ley No. 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"**.

Juan E.

ART 61

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
HERÁCLITO LANDÍNEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
13 FEB 2025
RECIBIDO

95C

Bogotá D.C, 07 de febrero de 2025

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición modificativa al **numeral 7 del artículo 61,** del **Proyecto de Ley No. 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 61. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud.
(...)

7. Se acordará con las EPS que así lo **concierten** ~~acuerden~~ con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS.

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co
Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7ª No. 8-68. Primer Piso.

Marelen Castillo Torres | EL FUTURO POSIBLE

Art 61

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

951

Bogotá, D.C., diciembre de 2024

PROPOSICIÓN

Modifíquese el inciso primero del artículo 61° del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, así:

TEXTO INFORME DE PONENCIA	MODIFICACIÓN PROPUESTA
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, ~~o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS),~~ bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia. (...)	**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 **o** sin afiliación, bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia. (...)

Cordialmente,

MARELEN CASTILLO TORRES
Representante a la Cámara
Aprobó: Dr. RAVS
Revisó: Dr. RAVS
Proyectó: Dr. JSA

ALT 61

952

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 61° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, 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, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. En ningún caso se suspenderán tratamientos ~~sin una indicación médica explícita~~, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.

   Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos**, cancelados** o interrumpidos.

   Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno.

   De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

   El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida, **y aquellas diagnosticadas con enfermedades huérfanas, catastróficas y de alto costo**; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud.

Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los CAPS.

2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.

A tal efecto, el Gobierno ~~n~~Nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las EPS al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

3. Las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta Ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.

La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las UPC y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud.

Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los CAPS en la medida en que entren en operación. Las reglas del SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.

4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

a. En un territorio donde haya una sola EPS, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.
b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden EPS, los CAPS, en primer lugar, o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas EPS con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las

953

EPS existentes deberán asumir los afiliados de EPS liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.

5. Si no existiesen los CAPS operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los CAPS, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.

6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las EPS que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

7. Se acordará con las EPS que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS.

8. Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el SGSSS, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los CAPS.

9. Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los CAPS, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.

A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

11. La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las EPS. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la UPC cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las EPS hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Las competencias aquí previstas para la ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las EPS de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las EPS que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.

14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.

954

15. El Gobierno nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las ESE que se transformen en ISE, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y Vida.

Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.

17. Las ESE del orden Nacional se transformarán en ISE. Las Entidades Territoriales transformarán las ESE del orden territorial en ISE. Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las ESE de orden nacional y territorial en ISE, para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.

También se podrán transformar en ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como ESE, y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como ISE del nivel de Gobierno que corresponda.

En todo caso, las ISE mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.

Los gerentes de las ESE transformadas en ISE, continuarán en el cargo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de ISE, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se

les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:

a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través de las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

ALT 61

955

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 61 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" de la siguiente manera:

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, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.

   Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.

   ~~**Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno.**~~

   De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud. **La ADRES asumirá la garantía y pago de las obligaciones que se generen durante la transición de las Gestoras de Salud y Vida que entre en operación así como de las órdenes de tutela proferidas antes y en vigencia de la presente ley de las Gestoras de Salud y Vida que entre en operación.**

Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los CAPS.

2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.

   A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las EPS al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

3. Las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta Ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.

   La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las UPC y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud.

   ~~**Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los CAPS en la medida en que entren en operación**~~. Las reglas del SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique. ~~**, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.**~~

4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

   a. En un territorio donde haya una sola EPS, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.
   b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden EPS, ~~los CAPS, en primer lugar, o~~ la Nueva EPS, ~~en segundo lugar, de prioridad~~, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas EPS con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de EPS liquidadas ~~**o en incapacidad de atender a sus afiliados**~~.

5. Si no existiesen los CAPS operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los CAPS **cercanos**, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.

6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las EPS que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social, **salvo las excepciones contenidas en la presente ley**.

7. ~~**Se acordará con las EPS que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS.**~~

8. Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

9. Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los CAPS, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.

A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

11. La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de EPS. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la UPC cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las EPS hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Las competencias aquí previstas para la ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las EPS de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las EPS que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.

14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.

15. El Gobierno nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las ESE que se transformen en ISE, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y Vida.

    Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

    La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.

17. Las ESE del orden Nacional se transformarán en ISE. Las Entidades Territoriales transformarán las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden territorial en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las ESE de orden nacional y territorial en ISE, para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.

    También se podrán transformar en ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como ESE, y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como ISE del nivel de Gobierno que corresponda.

    En todo caso, las ISE mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.

    Los gerentes de las ESE transformadas en ISE, continuarán en el cargo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de las ISE, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:

    a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
    b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
    c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
    d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través de las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

C

ART 61

958

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Jhon Fredy Núñez

REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP #5

Bogotá D.C., diciembre 12 de 2024

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

Dr.
JAIME RAUL SALAMANCA TORRES
Presidente
Honorable Cámara de Representantes
Congreso de la República

12 20a

PROPOSICIÓN

Adicionese un numeral nuevo al

~~Literalnuevo al~~artículo 61 del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No 135 de 2024 Cámara **"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones ". EL CUAL QUEDARA ASI.**

1. Numeral ~~**LITERAL**~~ **NUEVO AL ARTICULO 61:** Se habilita al ADRESS para servir de Garante ante las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, la Banca Nacional o Internacional para establecer un mecanismo de crédito al sector de las entidades Públicas y Privadas prestadoras de servicios de salud enfocado al pago de pasivos e inversión de las IPS, de la misma manera se autoriza al ADRESS para que se descuente directamente las cuotas para el pago de los créditos del giro directo a las IPS, para la aplicación del presente articulo el Gobierno Nacional, hará la respectiva reglamentación.

Del Honorable Representante,

Jhon Jairo Gonzalez.
CitrepH5.

JUAN CARLOS VARGAS

GERSON MONTAÑO
CITREP 10 - (N).

JHON FREDY NUÑEZ RAMOS
Representante a la Cámara
CITREP 5 Caquetá - Huila

Luis Ramiro Rios
CITREP 8

Haiver Rincón

JhonFredyNuñez JhonFredyNuñez jhon.nunez@camara.gov.co

ART 61

959

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICION DE MODIFICACION AL NUMERAL 16. DEL ARTICULO 61 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".

Modificación el numeral 16 del artículo 61, el cual quedara así:

16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y Vida.

Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS~~, y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.~~ **Tambien por la entidades territoriales y la superintendencia de Salud**

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

960 Art 61

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

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".

Adiciónese al numeral 10 del artículo 61, el cual quedara así:

10.Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los CAPS, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES**, tendrá prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales, la ADRES, las I.S.E o la Superintendencia de Salud, según corresponda lo cual aplica para empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento**, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ALT 61

961

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

ALG
11 38

PROPOSICION DE ELIMINACION AL NUMERAL 4. DEL ARTICULO 61 DEL PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

elimínese del numeral 4 del artículo 61, el cual quedara así:

4.El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

a. En un territorio donde haya una sola EPS, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.
b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden EPS, ~~los CAPS, en primer lugar,~~ o la Nueva EPS~~, en segundo lugar~~, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas EPS con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de EPS liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ART 61.

962

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CAMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICION DE ELIMINACION AL NUMERAL 11. DEL ARTICULO 61 DEL PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

Elimínese el numeral 11 del artículo 61, el cual quedara así:

11.La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las EPS. ~~**Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la UPC cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición,**~~ para que las EPS hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Las competencias aquí previstas para la ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ART 61

963

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

9:17

PROPOSICION DE ELIMINESE EL NUMERAL 18. DEL ARTICULO 61 DEL PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

Elimínese el numeral 18 del artículo 61, el cual quedara así:

~~**18.Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:**~~

~~**a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.**~~
~~**b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.**~~
~~**c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.**~~
~~**d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.**~~

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ART 61

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

9:17am
964

PROPOSICION DE ELIMINACION AL NUMERAL 13. DEL ARTICULO 61 DEL PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

elimínese el numeral 13 del artículo 61, el cual quedara así:

~~**13.Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.**~~

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

Art 61
965

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICION DE ELIMINACION AL NUMERAL 9. DEL ARTICULO 61 DEL PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

elimínese el numeral 9 del artículo 61, el cual quedara 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, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

.

~~**9.Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.**~~

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ART 61

966

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

9:17am

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

PROPOSICION DE MODIFICACION AL ARTICULO 61 DEL PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

Modifíquese el numeral 3. Del artículo 61, el cual quedara 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, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

3.Las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta Ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.

La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las UPC y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud.

~~**Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los CAPS en la medida en que entren en operación.**~~ Las reglas del SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.

El ministerio de Salud y protección social en coordinación con la ADRES deberán garantizar, que las EPS que no se transformen en G.S.V. el saneamiento total de toda la Red de logística y proveedores del servicio de salud.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ART 61

C

967

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Jhon Fredy Núñez

REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP #5

Bogotá D.C., diciembre 10 de 2024

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Dr.
JAIME RAUL SALAMANCA TORRES
Presidente
Honorable Cámara de Representantes
Congreso de la República

PROPOSICIÓN

Literal sustitutivo al Literal 19 del artículo 61 del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No 135 de 2024 Cámara **"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones ". EL CUAL QUEDARA ASI.**

LITERAL SUSTITUTIVO AL LITERAL 19 DEL ARTICULO 61: En el marco de las intervenciones administrativas llevadas a cabo por la Superintendencia de Salud a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, estas se podrán convertir en Gestoras de Salud y Vida, siempre y cuando tengan saneados sus pasivos, de esta manera se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través de las entidades que conforman el grupo bicentenario, un mecanismo de crédito a estas EPS enfocados al pago de pasivos contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Super Intendencia Nacional de Salud y se establecerá que ADRESS, será el garante y respaldará los créditos que realicen las EPS intervenidas, con la Banca Nacional e Internacional, para el pago de los pasivos con las entidades prestadoras de salud públicas y privadas; de la misma manera, se autorizará al ADRESS, para que descuente directamente los recursos de las cuotas mensuales, que se tenga que pagar a la Banca que otorgue los créditos.

En los créditos que se tramiten con Multilaterales estos deberán de contar con el aval de la Comisión Interparlamentaria de Crédito Público.

JhonFredyNuñez JhonFredyNuñez jhon.nunez@camara.gov.co

968

La intervención del Gobierno Nacional se mantendrá vigente hasta que la EPS intervenidas convertidas en gestoras de salud y vida, haya pagado la totalidad de los créditos realizados para el saneamiento de sus pasivos.

Cordialmente,

JHON FREDY NUÑEZ RAMOS
Representante a la Cámara
CITREP 5 Caquetá - Huila

KAREN MANRIQUE
CONGRESISTA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
COMISIÓN PRIMERA CONSTITUCIONAL

ALT 61

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

CÁMARA DE REPRESENTANTES
PLENARIA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara
"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"

PROPOSICIÓN

ADICIÓNESE UN NUMERAL NUEVO, AL ARTÍCULO 61 DEL PRESENTE PROYECTO DE LEY 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, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

[...]

20. Durante la transición y evolución hacia el Sistema de Salud, se establecerá un comité técnico intersectorial, que incluirá representación de las comunidades, trabajadores de la salud y organizaciones sociales para supervisar y proponer ajustes en tiempo real.

Atentamente,

Karen A Manrique O
Representante a la Cámara
Comisión Primera
CITREP 2, Arauca.

Edificio Nuevo Del Congreso, Carrera 7 Nº 8-68, oficina 619
Conmutador: (+57) (601) 390 4050 | Extensión 3613 - 3611, Bogotá - Colombia
karen.manrique@camara.gov.co | @KarenManriqueO

Orlando
Castillo Advincula
Representante a la Cámara – Citrep 9

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CC RIO NAYA

ART 61

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Honorable Representante
Jaime Raúl Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes

PROPOSICIÓN

Proposición modificatoria al artículo 61 del 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" 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, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.

   Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.

   Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno.

   De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

3825000– Ext: 3620, 3621
orlando.castillo@camara.gov.co
Carrera 7 # 8-68. Oficina 633, Edificio Nuevo del Congreso

El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud.

Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.

   A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

3. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta Ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.

   La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud.

   Se descontará de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) las intervenciones asumidas por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en la medida en que entren en operación. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) serán aplicables a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.

4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

   a. En un territorio donde haya una sola Entidad Promotora de Salud (EPS), esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.
   b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden Entidades Promotoras de Salud (EPS), los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), en primer lugar, o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas Entidades Promotoras de Salud (EPS) con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de Entidades Promotoras de Salud (EPS) liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.

5. Si no existiesen los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.

6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

7. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

8. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

9. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), los trabajadores que, a la vigencia de la presente Ley, trabajen en las Entidades Promotoras de Salud (EPS), tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.

    A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los Centros de Atención Primaria (CAPS), los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

11. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Las competencias aquí previstas para la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A. (CISA), la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.

14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.

15. El Gobierno nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en

Instituciones de Salud del Estado (ISE), los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud.

    Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud.

    La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las Empresas Promotoras de Salud (EPS), y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.

17. Las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden Nacional se transformarán en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Entidades Territoriales transformarán las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden territorial en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las Empresas Sociales del Estado (ESE) de orden nacional y territorial en Instituciones de Salud del Estado (ISE), para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.

    También se podrán transformar en Instituciones de Salud del Estado (ISE), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como Empresas Sociales del Estado (ESE), y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como Instituciones de Salud del Estado (ISE) del nivel de Gobierno que corresponda.

    En todo caso, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.

    Los gerentes de las Empresas Sociales del Estado (ESE) transformadas en Instituciones de Salud del Estado (ISE), continuarán en el cargo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas

973

en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:

    a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los ~~tres (3)~~ **seis (6)** meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.
    b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los ~~seis (6)~~ **nueve (9)** meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.
    c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los ~~nueve (9)~~ **doce (12)** meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.
    d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.

19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través de las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud

Atentamente

ORLANDO CASTILLO ADVINCULA
REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP 9 PACIFICO MEDIO

974

ART 61

C

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

ALC
9 46

PROPOSICIÓN DE MODIFICACION

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 suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición modificativa al Artículo 61, el cual quedará así:

"Artículo 61. Promoción de Investigación y producción Vacunas. Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia y Tecnología en Salud a nivel nacional, en caso de existir oferta de vacunas producideas **en el país** por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, dará especial consideración a los productores locales, según la legislación aplicable **y acorde con el perfil epidemiológico del país y la mejor evidencia científica disponible.**

Se fortalecerá el desarrollo, validación y aplicación de métodos alternativos a la experimentación en animales en investigaciones biomédicas, la producción de fármacos, la producción de biológicos, la salud pública u otros similares, el cual se reglamentará de manera coordinada entre el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación concertará con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud."

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

ART 61

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL LEYES 14 FEB 2024 RECIBIDO

975

ALC 12 9a

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 61 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" de la siguiente manera:

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, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.

   Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.

   ~~**Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno.**~~

   De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud. **La ADRES asumirá la garantía y pago de las obligaciones que se generen durante la transición de las Gestoras de Salud y Vida que entre en operación así como**

de las órdenes de tutela proferidas antes y en vigencia de la presente ley de las Gestoras de Salud y Vida que entre en operación.

Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los CAPS.

2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.

   A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las EPS al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

3. Las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta Ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.

   La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las UPC y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud.

   ~~**Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los CAPS en la medida en que entren en operación**~~. Las reglas del SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique. ~~**, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.**~~

4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de

transición y evolución de las EPS con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

a. En un territorio donde haya una sola EPS, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.
b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden EPS, ~~los CAPS, en primer lugar, o~~ la Nueva EPS, ~~en segundo lugar, de prioridad~~, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas EPS con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de EPS liquidadas ~~**o en incapacidad de atender a sus afiliados**~~.

5. Si no existiesen los CAPS operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los CAPS **cercanos**, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.

6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las EPS que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social, **salvo las excepciones contenidas en la presente ley** .

~~**7. Se acordará con las EPS que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS.**~~

8. Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

9. Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los CAPS, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.

    A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

11. La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de EPS. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la UPC cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las EPS hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Las competencias aquí previstas para la ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en

procesos liquidatorios, de las EPS de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las EPS que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.

14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.

15. El Gobierno nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las ESE que se transformen en ISE, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y Vida.

    Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

    La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.

17. Las ESE del orden Nacional se transformarán en ISE. Las Entidades Territoriales transformarán las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden territorial en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las ESE de orden nacional y territorial en ISE, para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.

    También se podrán transformar en ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como ESE, y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como ISE del nivel de Gobierno que corresponda.

    En todo caso, las ISE mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.

    Los gerentes de las ESE transformadas en ISE, continuarán en el cargo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de las ISE, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:

    a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
    b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través de las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

VICTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO

ART 61
979

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

HERÁCLITO LANDÍNEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
13 FEB 2025
RECIBIDO

ALC
11 190

Bogotá D.C, 07 de febrero de 2025

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición modificativa al **numeral 7 del artículo 61,** del **Proyecto de Ley No. 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 61. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud.
(...)

7. Se acordará con las EPS que así lo **concierten** ~~acuerden~~ con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS.

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co
Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7ª No. 8-68. Primer Piso.

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SECRETARÍA GENERAL
CÁMARA DE REPRESENTANTES
04 MAR 2025
RECIBIDO

Art 62 (-)
980
ALC
4/35

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 62 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

~~**Artículo 62. Vigencia**. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.~~

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

eliminación

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

JUSTIFICACIÓN

El proyecto pretende regular contenidos esenciales de una pluralidad de derechos fundamentales y modificación a una ley estatutaria, es necesario aclarar que ello debe tramitarse de conformidad con la reserva de ley estatutaria del literal a del artículo 152 de la Constitución Política de Colombia señala que el Congreso de la República tiene que regular mediante leyes estatutarias "*a) derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos de protección*". En ese sentido, la Corte Constitucional ha señalado que la regulación del núcleo esencial de un derecho fundamental mediante reserva de ley estatutaria es una garantía constitucional por la competencia del legislador, que consiste en mayor rigidez de su reforma y mayor consenso para su reglamentación[4].

Adicionalmente, la Corte Constitucional ha establecido los criterios para determinar el núcleo esencial de un derecho fundamental, estos son: "*i) hacen parte del núcleo esencial las* ***características y facultades que identifican el derecho, sin las cuales se desnaturalizaría*** *y, ii) integran el núcleo esas* ***atribuciones que permiten su ejercicio, de tal forma que al limitarlas el derecho fundamental se hace impracticable***" (subrayado y sin negrilla fuera del texto original)[5] .

Por tanto, los proyectos de ley que regulen estas materias por tener reserva de ley estatutaria, para su aprobación, modificación o derogación se exige la mayoría absoluta de los miembros del Congreso y deberá efectuarse dentro de una sola legislatura. Adicionalmente, tendrá revisión de constitucionalidad previa y automática por parte de la Corte Constitucional.

El núcleo esencial de la iniciativa es el derecho a la salud y se ha reconocido que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Así como también, el asegurar la igualdad de trato y oportunidades, el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas, según la Ley 1751 de 2015 que regula el derecho fundamental a la salud y en concordancia con la reiteración jurisprudencial de la Corte Constitucional.

[4] Corte Constitucional. Sentencia C 756 de 2008.
[5] Corte Constitucional. Sentencia C 756 de 2008.

Con el fin de evitar que la iniciativa del proyecto de ley pueda adolecer de vicios en su trámite que conlleve a una posible declaratoria de inconstitucionalidad su estudio es de la comisión primera y no de la comisión VII y por ende la iniciativa se encuentra viciada en su trámite.

ART 62

9/83

Honorable Representante
Jaime Raúl Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes

PROPOSICIÓN

Proposición modificatoria al artículo 62 del 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" el cual quedará así:

Artículo 62. Vigencia. La presente Ley rige **(1) un año** a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias

Justificación: Es necesario que el sistema tenga tiempo suficiente de acomodarse a la implementación de esta nueva ley.

Atentamente

ORLANDO CASTILLO ADVINCULA
REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP 9 PACIFICO MEDIO

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO
1:05pm

Art 62

984

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

62

Modifíquese el artículo 64 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" de la siguiente manera:

Artículo 64. Vigencia. La presente ley rige a partir del 2028 y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Luis M. López

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Jhon Fredy Núñez

REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP #5

ART NUEVO

985

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
04 MAR 2025
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre 12 de 2024

Dr.
JAIME RAUL SALAMANCA TORRES
Presidente
Honorable Cámara de Representantes
Congreso de la Republica.

PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

Modifíquese el artículo 70 del Proyecto de Ley número 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", adicionando un nuevo numeral el cual quedará así:

Numeral nuevo. Se habilita a la ADRES para servir de garante ante las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, para establecer un mecanismo de crédito enfocado al pago de pasivos e inversión de las instituciones privadas prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad, y las IPS públicas de mediana y alta complejidad y en caso de incumplimiento de las obligaciones del crédito por parte de estas IPS, se autoriza a la ADRES para el pago de las cuotas y a su descuento directo sobre el giro directo que les corresponde. Para la aplicación del presente artículo el Gobierno Nacional, hará la respectiva reglamentación.

Del Honorable Representante,

JHON FREDY NUÑEZ RAMOS
Representante a la Cámara
CITREP 5 Caquetá - Huila

JhonFredyNuñez JhonFredyNuñez jhon.nunez@camara.gov.co

mal.

Orlando
Castillo Advincula
Representante a la Cámara – Citrep 9

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CC RIO NAYA

Art 57

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Honorable Representante
Jaime Raúl Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes

PROPOSICIÓN

Proposición modificatoria al artículo 57 del 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" el cual quedará así:

Artículo 57. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente Ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.

   Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.

   Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno.

   De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud.

Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.

   A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

3. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta Ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.

   La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud.

   Se descontará de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) las intervenciones asumidas por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en la medida en que entren en operación. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) serán aplicables a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.

987

4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

   a. En un territorio donde haya una sola Entidad Promotora de Salud (EPS), esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.
   b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden Entidades Promotoras de Salud (EPS), los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), en primer lugar, o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas Entidades Promotoras de Salud (EPS) con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de Entidades Promotoras de Salud (EPS) liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.

5. Si no existiesen los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.

6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

7. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

8. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

9. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), los trabajadores que, a la vigencia de la presente Ley, trabajen en las Entidades Promotoras de Salud (EPS), tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.

    A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los Centros de Atención Primaria (CAPS), los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

988

11. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Las competencias aquí previstas para la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A. (CISA), la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.

14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.

15. El Gobierno nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en

Instituciones de Salud del Estado (ISE), los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud.

    Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud.

    La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las Empresas Promotoras de Salud (EPS), y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.

17. Las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden Nacional se transformarán en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Entidades Territoriales transformarán las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden territorial en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las Empresas Sociales del Estado (ESE) de orden nacional y territorial en Instituciones de Salud del Estado (ISE), para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.

    También se podrán transformar en Instituciones de Salud del Estado (ISE), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como Empresas Sociales del Estado (ESE), y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como Instituciones de Salud del Estado (ISE) del nivel de Gobierno que corresponda.

    En todo caso, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.

    Los gerentes de las Empresas Sociales del Estado (ESE) transformadas en Instituciones de Salud del Estado (ISE), continuarán en el cargo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas

989

en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:

    a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los ~~tres (3)~~ **seis (6)** meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.
    b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los ~~seis (6)~~ **nueve (9)** meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.
    c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los ~~nueve (9)~~ **doce (12)** meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.
    d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.

19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través de las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud

Atentamente

ORLANDO CASTILLO ADVINCULA
REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP 9 PACIFICO MEDIO

Art 57

990

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

GERSON LISÍMACO MONTAÑO
RECOMPAS

Bogotá, diciembre de 2024

Doctor:
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente Honorable Cámara de Representantes
Congreso de la República.
Ciudad. -

Referencia: Proposición.

Cordial saludo.

Comedidamente me permito presentar proposición modificatoria y aditiva al artículo 57 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

PROPOSICION MODIFICATORIA Y ADITIVA

El artículo 57 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", quedará así:

Artículo 57. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y el Decreto 2957 de 2010.

Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para **crear el sistema de salud propio e intercultural de las comunidades NARP y** expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios, **el cuál reglamentara y la** prestación de los servicios de salud **en medicina complementaria desde los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS de la población NARP, de carácter público especial y sin ánimo de lucro que se creen para este fin,** en el marco del Sistema de Salud.

Atentamente,

GERSON LISIMACO MONTAÑO ARIZALA
Representante a la Cámara CITREP-10

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Carrera 7 No. 8 - 68 Oficina 446B Edificio Nuevo del Congreso
gerson.montano@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

991 ART 57

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTICULO 57 DEL PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

Elimínese del artículo 57, el cual quedara así:

Artículo 57. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y el Decreto 2957 de 2010.

~~**Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud.**~~

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

Orlando
Castillo Advincula
Representante a la Cámara – Citrep 9

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CC RIO NAYA

Art 62

Honorable Representante
Jaime Raúl Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes

992

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

Proposición modificatoria al artículo 62 del 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" el cual quedará así:

Artículo 62. Los servicios farmacéuticos y demás establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud deberán cumplir con los requisitos establecidos en la normatividad vigente para los servicios farmacéuticos, estar autorizados por las entidades territoriales en salud, registrarse y demostrar ante la Superintendencia 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, **y tener un regente de farmacia certificado a cargo.**

Atentamente

ORLANDO CASTILLO ADVINCULA
REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP 9 PACIFICO MEDIO

3825000– Ext: 3620, 3621
orlando.castillo@camara.gov.co
Carrera 7 # 8-68. Oficina 633, Edificio Nuevo del Congreso

Orlando
Castillo Advincula
Representante a la Cámara – Citrep 9

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CC RIO NAYA

ACT 64

993

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Honorable Representante
Jaime Raúl Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes

PROPOSICIÓN

Proposición modificatoria al artículo 64 del 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" el cual quedará así:

Artículo 64. Vigencia. La presente Ley rige **(1) un año** a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias

Justificación: Es necesario que el sistema tenga tiempo suficiente de acomodarse a la implementación de esta nueva ley.

Atentamente

ORLANDO CASTILLO ADVINCULA
REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP 9 PACIFICO MEDIO

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARÍA GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO

ART 47
994

Bogotá D.C., diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 47 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 47. 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.

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

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

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

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

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

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 parágrafo 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.

Maria F Carrasca/R

MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS
Representante a la Cámara por Bogotá

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

Mar Pizarro
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

996

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.

Retirado

Olga Lucia Velásquez
Cámara por Bogotá

María del Mar P.

María del Mar Pizarro García
Representante a la Cámara por Bogotá

Jorge Bustidas

Alianza Rodríguez

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
28 NOV 2024
RECIBIDO
3:30pm

997

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
27 NOV 2024
RECIBIDO

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

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
03 DIC 2024
RECIBIDO

Art 3.
998

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

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 suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración la siguiente proposición modificativa al Artículo 3, el cual quedará así:

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

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

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

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

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

Cambio

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

Art 6
999

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

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 suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición modificativa del Artículo 6, 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 gobiernos territoriales.
9. Un representante de los trabajadores de la salud.
10. Un representante de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud.
11. Un representante de pacientes o usuarios.
12. Un representante de la academia, facultades y escuelas de salud.
13. Un representante de los grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado.
14. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida.
15. Un representante ~~de las IPS~~ **de los prestadores de salud.**

(...)

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Representante a la Cámara

REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

ACT 01
1000

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición aditiva al artículo 9, el cual quedará así:

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

(...)

Numeral nuevo. **Pagar la cofinanciación de las ISE, previa aprobación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, según lo dispuesto en la presente Ley.**

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Art 9
1001

ELIÉCER SALAZAR
Representante a la Cámara
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición aditiva al artículo 9, el cual quedará así:

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

(...)

Numeral nuevo. Pagar el valor correspondiente al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformen en ISE, según lo dispuesto en la presente Ley.

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

Art 9.
1002

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
ELIECER Salazar
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición aditiva al artículo 9, el cual quedará así:

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

(...)

Numeral nuevo. Pagar el valor correspondiente al fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria pública y de su mantenimiento, previa aprobación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, según lo dispuesto en la presente Ley.

-(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Camilo

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ALT 9.
1003

ELIÉCER SALAZAR
Secretario General
Cámara de Representantes
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS 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 suscrito Representante a la Camara en virtud del articulo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición aditiva al artículo 9, incluyendo un numeral nuevo, el cual quedará así:

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

(...)

Numeral nuevo. Realizar el pago de las licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres gestantes no cotizantes, según lo dispuesto en la presente Ley.

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co

Mile Jarava
Representante a la cámara

Retrait

ART 32

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
09 DIC 2024
RECIBIDO

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA: "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

Modifíquese el artículo 32 del proyecto de ley 312 de 2024 Cámara, "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", **el cual quedará así:**

Artículo 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, **accesibilidad, inclusividad,** equidad, integralidad y continuidad de manera coordinada y eficiente, con orientación familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio territorial determinado, **con particularidades geográficas y epidemiológicas diferentes,** buscando el logro de los resultados en salud.

Las Gestoras de Salud y Vida junto a las entidades territoriales, conformarán Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) siendo compuestas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud y transporte especial de pacientes y 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 Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria, intercultural y diferencial incluida la obligatoriedad de interoperar con el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago.

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

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

Edificio Nuevo Del Congreso, Cra 7 N° 8-68, oficina 406 B, Bogotá - Colombia
(+57) (601) 8770720 Ext. 3621 - 3060 milene.jarava@camara.gov.co

En el nivel primario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda, establecerán convenios de desempeño con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) para orientar el logro de resultados en salud. Estos convenios deben definir los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de 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 establezca los servicios a prestar, las condiciones de calidad específicas esperadas de cada servicio y la modalidad de pago aplicable, de acuerdo con el régimen de tarifas y formas de pago definido, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional en la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), junto con los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de 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 realice 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 que realicen estas actividades. serán considerados servicios de salud orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud, por lo tanto, harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), si así se registran y se certifican, y deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento. El transporte, gestión y dispensación farmacéutica ambulatoria de medicamentos a usuarios del sistema de salud se efectuará a través de los establecimientos farmacéuticos de gestores farmacéuticos, droguerías y operadores logísticos autorizados para ello, sin perjuicio de la entrega que se haga en los servicios farmacéuticos de IPS y garantizando la dispensación en zonas rurales y de difícil acceso.

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

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

Justificación

Se hace menester incluir los siguientes conceptos ya que son vistos desde los territorios de la siguiente manera:

Accesibilidad: Entendida como la eliminación de cualquier tipo de barrera para el acceso de los servicios primarios en salud en estas zonas del país.

Inclusividad con particularidades geográficas y epidemiológicas diferentes: Entendida como la capacidad del sistema de salud de adaptarse y responder de manera efectiva a las diversas condiciones y necesidades que surgen en diferentes territorios y poblaciones. Reconociendo las diferencias con el lugar y el perfil de salud-enfermedad de la población.

Atentamente

Milene Jarava Díaz

Milene Jarava Díaz
Representante a la Cámara
Departamento de Sucre.

Mile Jarava
Representante a la cámara

Art 36

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA 1007

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA: "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL LEYES 09 DIC 2024 RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

Modifíquese el artículo 36 del proyecto de ley 312 de 2024 Cámara, "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", **el cual quedará así:**

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

1. **Adscripción poblacional**

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

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

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

2. **Prestación de servicios de salud y de vigilancia en salud pública**

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

b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas en el proceso de caracterización de la población.

c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud como el primer contacto del sistema de salud, la cual podrá incluir las medicinas

Edificio Nuevo Del Congreso, Cra 7 N° 8-68, oficina 406 B, Bogotá - Colombia
(+57) (601) 8770720 Ext. 3621 - 3060 milene.jarava@camara.gov.co

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

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

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

f. Desarrollar e implementar 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 y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes para la continuidad e integralidad de la atención.

h. Adoptar un modelo de salud que asegure la pertinencia sociocultural de los servicios de salud acorde a las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.

3. Administración y atención al ciudadano

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

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

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

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

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

c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, en articulación con las Gestoras de Salud y Vida, cuando aplique.

Los Centros de Atención Primaria en Salud implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda.

4. Gestión intersectorial y participación social

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

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

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

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

a. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). En este sentido, son responsables del uso eficiente de los recursos asignados a cada uno acorde a sus competencias y sin perjuicio del control fiscal, disciplinario y penal al que haya lugar.

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

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

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

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

Parágrafo 1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS y las Instituciones Sociales del Estado que presten servicios de baja complejidad al momento de la promulgación de la presente ley continuarán atendiendo la población que tengan asignada siempre y cuando adopten la estructura, funciones y procesos de los Centros de Atención Primaria en Salud.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará mecanismos para garantizar, en el nivel primario de atención, la disponibilidad permanente **y continúa,** 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.

Mile Jarava
Representante a la cámara

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Justificación

Se hace menester incluir los siguientes conceptos ya que son vistos desde los territorios de la siguiente manera:

El término "Comunicación": La comunicación es fundamental en los procesos de garantizar la participación social y comunitaria en esta reforma a la salud, ya que es un medio a través del cual se facilita la comprensión y sensibilización, permite la identificación de necesidades reales, fortalece la sostenibilidad de los programas de salud impulsando la inclusión y la equidad.

El término: "Continúa": Aplica más a servicios ambulatorios o programas específicos como consultas, terapias o vacunación, donde los horarios pueden ser limitados pero consistentes.

Atentamente

Milene Jarava Díaz

Milene Jarava Díaz
Representante a la Cámara
Departamento de Sucre.

Edificio Nuevo Del Congreso, Cra 7 N° 8-68, oficina 406 B, Bogotá - Colombia
(+57) (601) 8770720 Ext. 3621 - 3060 milene.jarava@camara.gov.co

Mile Jarava
Representante a la cámara

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA: "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Proposición Aditiva.

Adiciónese parágrafo al artículo 59 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 59. Prestación de servicios especiales para enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas: El Ministerio de Salud y Protección Social garantizará una Red Nacional de Atención Integral en Salud en cada uno de los territorios para la prestación de los servicios para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos de alto costo indispensables en el tratamiento del cáncer y enfermedades raras o huérfanas sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente; con el objeto de optimizar el diagnóstico preciso y oportuno y garantizar la respuesta terapéutica para estas patologías. Para lo cual, contará con la asesoría de las instituciones que considere pertinentes.

Parágrafo. En circunstancias excepcionales como la falta de disponibilidad de los medicamentos o tecnologías requeridas en el territorio, la complejidad de los tratamientos o la inexistencia de infraestructura adecuada en algunas regiones, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá autorizar la prestación de los servicios a través de mecanismos alternativos de atención. En estos casos, se deberá garantizar que los costos sean cubiertos de manera integral y equitativa, sin perjuicio de los derechos del paciente a recibir atención oportuna.

Justificación

El parágrafo promueve una gestión flexible y adaptativa del sistema de salud, permitiendo que el Ministerio de Salud actúe de forma ágil ante situaciones excepcionales sin que se comprometan los derechos de los pacientes. Esto, a su vez, previene el riesgo de que la normativa sea inefectiva en situaciones de emergencia o contingencia, y asegura que la atención sanitaria continúe siendo oportuna y adecuada a pesar de las dificultades que puedan presentarse.

Por ejemplo, la falta de medicamentos específicos o tecnologías avanzadas en ciertas zonas del interior del país, la dispersión geográfica de la población, o incluso la falta de personal especializado en determinadas regiones, pueden dificultar la implementación de la norma de manera uniforme y equitativa. Este parágrafo, al permitir mecanismos alternativos como la derivación a instituciones internacionales o el uso de telemedicina, asegura que los pacientes sigan recibiendo atención adecuada, evitando que queden desatendidos o enfrentando largos periodos de espera debido a las limitaciones del sistema.

Atentamente,

Milene Jarava Díaz

Milene Jarava Díaz
Representante a la Cámara
Departamento de Sucre.

Edificio Nuevo Del Congreso, Cra 7 N° 8-68, oficina 406 B, Bogotá - Colombia
(+57) (601) 8770720 Ext. 3621 - 3060 milene.jarava@camara.gov.co

Mile Jarava
Representante a la cámara

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

1012 ALT 61.

cajc 38

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
09 DIC 2024
RECIBIDO

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA: "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

Proposición Aditiva.

Adiciónese un parágrafo parágrafo al artículo 38 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. (…)

> **Parágrafo. En circunstancias excepcionales como la falta de disponibilidad de los medicamentos o tecnologías requeridas en el territorio, la complejidad de los tratamientos o la inexistencia de infraestructura adecuada en algunas regiones, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá autorizar la prestación de los servicios a través de mecanismos alternativos de atención. En estos casos, se deberá garantizar que los costos sean cubiertos de manera integral y equitativa, sin perjuicio de los derechos del paciente a recibir atención oportuna.**

Atentamente,

Milene Jarava Díaz

Milene Jarava Díaz
Representante a la Cámara
Departamento de Sucre.

Edificio Nuevo Del Congreso, Cra 7 N° 8-68, oficina 406 B, Bogotá - Colombia
(+57) (601) 8770720 Ext. 3621 - 3060 milene.jarava@camara.gov.co

1013 Alt 47

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
02 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes

080 47

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.

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

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

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

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

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

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 parágrafo 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

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

BETSY J. PEREZ ARANGO
Representante a la Cámara - Dpto. del Atlántico

ART 13L
1015

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

De conformidad con lo contemplado en la Sección 5ta y los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5ta de 1992, me permito presentar la siguiente proposición:

ELIMINESE el artículo 13 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"* de la siguiente manera:

Rechazado

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

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

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

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

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

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

JUSTIFICACIÓN

En línea con el desarrollo del capítulo de financiación, es evidente que no existen los recursos necesarios para ejecutar los artículos desarrollados en el texto del proyecto de ley, pero eso no es lo único preocupante, si no, la fragmentación de los recursos del sistema que propone el texto propuesto.

Esta fragmentación enfoca sustancialmente los recursos para la atención primaria, dejando relegada la mediana y alta complejidad, ya que, como lo plantean los artículos 13 y 14 del proyecto de ley, al definirse unas priorizaciones de asignación de recursos donde priman los recursos de las cuentas del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en Atención Primaria en Salud y de fortalecimiento de la red pública se desfinanciará automáticamente la red de mediana y alta complejidad, donde se concentra una gran proporción de los gastos en la actualidad.

Frente a este direccionamiento de recursos es importante señalar como la propuesta del gobierno pasa de un subsidio a la demanda a un subsidio a la oferta, pago por evento, que evidentemente no responde a una lógica de control del riesgo financiero y riesgo de salud del sistema.

BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

BETSY J. PEREZ ARANGO
Representante a la Cámara - Dpto. del Atlántico

ART 14(-)
1017

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

De conformidad con lo contemplado en la Sección 5ta y los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5ta de 1992, me permito presentar la siguiente proposición:

ELIMINESE el artículo 14 del Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara *"por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"* de la siguiente manera:

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

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

JUSTIFICACIÓN

En línea con el desarrollo del capítulo de financiación, es evidente que no existen los recursos necesarios para ejecutar los artículos desarrollados en el texto del proyecto de ley, pero eso no es lo único preocupante, si no, la fragmentación de los recursos del sistema que propone el texto propuesto.

Esta fragmentación enfoca sustancialmente los recursos para la atención primaria, dejando relegada la mediana y alta complejidad, ya que, como lo plantean los artículos 13 y 14 del proyecto de ley, al definirse unas priorizaciones de asignación de recursos donde priman los recursos de las cuentas del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en Atención Primaria en Salud y de fortalecimiento de la red pública se desfinanciará automáticamente la red de mediana y alta complejidad, donde se concentra una gran proporción de los gastos en la actualidad.

Frente a este direccionamiento de recursos es importante señalar como la propuesta del gobierno pasa de un subsidio a la demanda a un subsidio a la oferta, pago por evento, que evidentemente no responde a una lógica de control del riesgo financiero y riesgo de salud del sistema.

BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

BETSY J. PEREZ ARANGO
Representante a la Cámara - Dpto. del Atlántico

ALT 15(-) 10/9

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

De conformidad con lo contemplado en la Sección 5ta y los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5ta de 1992, me permito presentar la siguiente proposición:

ELIMINESE el artículo 15 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"* de la siguiente manera:

~~**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).~~
2. ~~Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial,~~
3. ~~La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos.~~
4. ~~Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

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

JUSTIFICACIÓN

Esta fragmentación enfoca sustancialmente los recursos para la atención primaria, dejando relegada la mediana y alta complejidad, ya que, como lo plantean los artículos 13 y 14 del proyecto de ley, al definirse unas priorizaciones de asignación de recursos donde priman los recursos de las cuentas del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en Atención Primaria en Salud y de fortalecimiento de la red pública se desfinanciará automáticamente la red de mediana y alta complejidad, donde se concentra una gran proporción de los gastos en la actualidad.

Frente a este direccionamiento de recursos es importante señalar como la propuesta del gobierno pasa de un subsidio a la demanda a un subsidio a la oferta, pago por evento, que evidentemente no responde a una lógica de control del riesgo financiero y riesgo de salud del sistema

BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

ART 16(-)

1021

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

BETSY J. PEREZ ARANGO
Representante a la Cámara - Dpto. del Atlántico

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

1 ✓ AIC 3 16 ✓

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

De conformidad con lo contemplado en la Sección 5ta y los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5ta de 1992, me permito presentar la siguiente proposición:

ELIMINESE el artículo 16 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"* de la siguiente manera:

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

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

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

1. ~~Al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social,~~
2. ~~Al transporte intermunicipal, interdepartamental medicalizado de los departamentos y distritos.~~

JUSTIFICACIÓN

Esta fragmentación enfoca sustancialmente los recursos para la atención primaria, dejando relegada la mediana y alta complejidad, ya que, como lo plantean los artículos 13 y 14 del proyecto de ley, al definirse unas priorizaciones de asignación de recursos donde priman los recursos de las cuentas del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en Atención Primaria en Salud y de fortalecimiento de la red pública se desfinanciará automáticamente la red de mediana y alta complejidad, donde se concentra una gran proporción de los gastos en la actualidad.

Frente a este direccionamiento de recursos es importante señalar como la propuesta del gobierno pasa de un subsidio a la demanda a un subsidio a la oferta, pago por evento, que evidentemente no responde a una lógica de control del riesgo financiero y riesgo de salud del sistema.

BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

BETSY J. PEREZ ARANGO
Representante a la Cámara - Dpto. del Atlántico

ALT 17(-)
1023

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

De conformidad con lo contemplado en la Sección 5ta y los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5ta de 1992, me permito presentar la siguiente proposición:

ELIMINESE el artículo 17 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"* de la siguiente manera:

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

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

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

JUSTIFICACIÓN

Esta fragmentación enfoca sustancialmente los recursos para la atención primaria, dejando relegada la mediana y alta complejidad, ya que, como lo plantean los artículos 13 y 14 del proyecto de ley, al definirse unas priorizaciones de asignación de recursos donde priman los recursos de las cuentas del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en Atención Primaria en Salud y de fortalecimiento de la red pública, se desfinanciará automáticamente la red de mediana y alta complejidad, donde se concentra una gran proporción de los gastos en la actualidad.

Frente a este direccionamiento de recursos es importante señalar como la propuesta del gobierno pasa de un subsidio a la demanda a un subsidio a la oferta, pago por evento, que evidentemente no responde a una lógica de control del riesgo financiero y riesgo de salud del sistema.

BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

BETSY J. PEREZ ARANGO
Representante a la Cámara - Dpto. del Atlántico

Art 19(-)
1025

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

De conformidad con lo contemplado en la Sección 5ta y los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5ta de 1992, me permito presentar la siguiente proposición:

ELIMINESE el artículo 19 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"* de la siguiente manera:

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

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

~~Una vez prestado el servicio de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados ante la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), la cual pagará hasta mínimo el 85% del valor de las facturas presentadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud dentro de los 30 días calendario siguientes a su radicación, previa validación por parte de la Gestora y sujeto a los resultados de salud, satisfacción de los usuarios y uso eficiente de los recursos contenidos en los convenio de desempeño.~~

~~La validación tendrá por objeto establecer unas condiciones de calidad en la información y los requisitos esenciales mínimos para el pago de los servicios de acuerdo con la~~

~~reglamentación que expida el Gobierno Nacional. Las gestoras podrán hacer uso de herramientas tecnológicas y de nuevas tecnologías de la información para facilitar este proceso.~~

~~Las Gestoras de Salud y Vida dispondrán de un plazo máximo de 60 días calendario para realizar la auditoría de las cuentas y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.~~

JUSTIFICACIÓN

Es importante brindar mecanismos ágiles de flujo de recursos hacia las IPS, pero también es relevante que el pago del 85% de las facturas dentro de los 30 días siguientes a la radicación de las mismas, tengan una verificación mínima administrativa por parte de las Gestoras de Salud y Vida, para verificar la calidad de la información de la factura, así como los requisitos mínimos de esta.

El artículo no plantea esta condición y resulta ser perjudicial para las finanzas del sistema. Podría generar fuga injustificada de recursos y por ende, el agotamiento de los mismos de manera descontrolada y anticipada.

BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

BETSY J. PEREZ ARANGO
Representante a la Cámara - Dpto. del Atlántico

DLT 28(-7
1027

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

De conformidad con lo contemplado en la Sección 5ta y los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5ta de 1992, me permito presentar la siguiente proposición:

ELIMINESE 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"* de la siguiente manera:

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

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

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

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

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

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

~~**Parágrafo 2:** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia. Las Gestoras de Salud y Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma en cuanto a los indicadores de servicio, resultados en salud de su gestión financiera en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El Gobierno nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.~~

JUSTIFICACIÓN

El artículo 28 enlista las 25 funciones de las Gestoras de Salud y Vida las cuales resultan poco precisas a comparación de las funciones que las Empresas Promotoras de Salud realizan actualmente y se les reconocerá el cinco por ciento (5%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación asignada para financiar la atención en salud de la población de la cual la Gestora participa en su atención integral. Dentro de estas funciones y como se mencionó anteriormente, se elimina la función de compra a través de las EPS y la compra selectiva o inteligente.

El numeral 23 del artículo 28 delega la función de establecer convenios de desempeño con los prestadores de servicios de salud de mediana y alta complejidad dentro de las Redes Integradas e Integrales de Salud RIITS, sin embargo, no es preciso si las Gestoras de Salud y Vida son las que contratan y si equivalen a un contrato o no.

BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

ART 29C-1

1031

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

BETSY J. PEREZ ARANGO
Representante a la Cámara - Dpto. del Atlántico

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

De conformidad con lo contemplado en la Sección 5ta y los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5ta de 1992, me permito presentar la siguiente proposición:

ELIMINESE 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"* de la siguiente manera:

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

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

~~Si la Entidad Promotora de Salud no expresa ninguna de las dos intenciones 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 deberá presentar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo. En caso de incumplimiento la Entidad Promotora en Salud entrará de 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 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.~~

JUSTIFICACIÓN

El tiempo de dos años para el proceso de transición es muy reducido ya que no existe ningún tipo de garantía de que los servicios que se vienen operando a través de privados se mantengan después del proceso de implementación de la reforma. No existe una ruta de transición clara que no vaya en detrimento de los pacientes. Adicionalmente, no es claro que pasara con la atención de los pacientes si las EPS deciden no hacer el tránsito a Gestoras de Salud y Vida.

BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

ACT 306

1033

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

BETSY J. PEREZ ARANGO
Representante a la Cámara - Dpto. del Atlántico

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

De conformidad con lo contemplado en la Sección 5ta y los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5ta de 1992, me permito presentar la siguiente proposición:

ELIMINESE el artículo 30 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"* de la siguiente manera:

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

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

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

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

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

5. ~~Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) que organicen y conformen junto con las entidades territoriales del orden departamental y distrital de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. La habilitación y autorización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.~~
6. ~~Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 18 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.~~
7. ~~Todas las Entidades Promotoras de Salud tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional.~~
8. ~~Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.~~
   ~~Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS.~~
9. ~~Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración establecidos en la legislación vigente.~~
10. ~~En cualquier momento y antes de cumplirse los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS que cumplan con las condiciones para su transformación y presenten un plan de saneamiento aprobado, podrán iniciar su operación como Gestoras de Salud y Vida en los términos de la presente Ley.~~

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

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

~~**Parágrafo 3:** Una vez cumplidos los requisitos para la transformación de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Gestora de Salud y Vida, y previa aprobación del Ministerio~~

~~de Salud y Protección Social, como una alternativa del proceso de disolución, podrán constituir la Gestora de Salud y Vida como una persona jurídica diferente, ya sea de naturaleza privada, mixta o pública según corresponda, para asumir dicho rol, con una Junta Directiva o máximo órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

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

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

JUSTIFICACIÓN

El tiempo de dos años para el proceso de transición es muy reducido ya que no existe ningún tipo de garantía de que los servicios que se vienen operando a través de privados se mantengan después del proceso de implementación de la reforma. No existe una ruta de transición clara que no vaya en detrimento de los pacientes. Adicionalmente, no es claro que pasara con la atención de los pacientes si las EPS deciden no hacer el tránsito a Gestoras de Salud y Vida.

Adicionalmente, establece el artículo que deberán presentar a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 18 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano. Dicho lapso o espacio de tiempo para estar realmente a paz y salvo resulta ilusorio.

BETSY JUDITH PEREZ ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

ART 31(-)

1036

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

BETSY J. PEREZ ARANGO
Representante a la Cámara - Dpto. del Atlántico

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

De conformidad con lo contemplado en la Sección 5ta y los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5ta de 1992, me permito presentar la siguiente proposición:

ELIMINESE el articulo 31 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"* de la siguiente manera:

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

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

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

JUSTIFICACIÓN

Con esta disposición, se le está remunerando más a las futuras Gestoras de Salud y Vida (hoy EPS) por desempeñar menos funciones, tener menos responsabilidades y asumir menos competencias.

BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

BETSY J. PEREZ ARANGO
Representante a la Cámara - Dpto. del Atlántico

ART 32(-)

1037

ALC
3/FA

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

De conformidad con lo contemplado en la Sección 5ta y los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5ta de 1992, me permito presentar la siguiente proposición:

ELIMINESE el artículo 32 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"* de la siguiente manera:

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

~~Las Gestoras de Salud y Vida junto a las entidades territoriales, conformarán Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) siendo compuestas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud y transporte especial de pacientes y 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 Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria, intercultural y diferencial incluida la obligatoriedad de interoperar con el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago.~~

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas a las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). En todo caso, los residentes tendrán derecho a

~~recibir atención inicial de urgencias en cualquier IPS dentro del territorio nacional, cuando así lo 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 Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).~~

JUSTIFICACIÓN

No existe claridad sobre la ruta de atención para los usuarios, especialmente para aquellos que tienen tratamientos crónicos o de alto costo. La ruta de atención es fragmentada y no evidencia una coordinación clara entre las instancias planteadas para el proceso de atención de los usuarios. La reforma no muestra un sistema coherente de atención al paciente que vaya desde la atención primaria hasta la mediana y alta complejidad. No es clara la ruta de atención y circulación del paciente a través del sistema de salud.

Adicionalmente, la manera en como se contempla la conformación y funcionamiento de las RIITS, trae implícito un inmenso riesgo de politización.

BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

ART 33(-)

040

1 ✓
ALO
3 ✓

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

De conformidad con lo contemplado en la Sección 5ta y los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5ta de 1992, me permito presentar la siguiente proposición:

ELIMINESE el artículo 33 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"* de la siguiente manera:

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

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

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

JUSTIFICACIÓN

No existe claridad sobre la ruta de atención para los usuarios, especialmente para aquellos que tienen tratamientos crónicos o de alto costo. La ruta de atención es fragmentada y no evidencia una coordinación clara entre las instancias planteadas para el proceso de atención de los usuarios. La reforma no muestra un sistema coherente de atención al paciente que vaya desde la atención primaria hasta la mediana y alta complejidad. No es clara la ruta de atención y circulación del paciente a través del sistema de salud.
Adicionalmente, la manera en como se contempla la conformación y funcionamiento de las RIITS, trae implícito un inmenso riesgo de politización.

BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

BETSY J. PEREZ ARANGO
Representante a la Cámara - Dpto. del Atlántico

ART 34(-)
1041

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

De conformidad con lo contemplado en la Sección 5ta y los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5ta de 1992, me permito presentar la siguiente proposición:

ELIMINESE el artículo 34 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"* de la siguiente manera:

~~**Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).** El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), con fundamento en los siguientes ámbitos de abordaje. La habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) debera estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios.~~

1. ~~**Modelo de atención.** Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales, diferenciales y de género. En el modelo se establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental. El modelo contará con un nivel primario como puerta de entrada. que incluye las diferentes modalidades de atención.~~
   ~~El modelo contará con un nivel primario, como primer contacto, que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas y en los centros especializados; y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades.~~

2. ~~**Rectoría y Gobernanza de la red.** Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas por parte de las Gesteras de Salud y Vida y las Entidades territoriales, así como asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las Redes se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.~~

3. ~~**Organización y gestión.** Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas~~

~~administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).~~

4. ~~**Sistema de asignación e incentivos.** Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la Red, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.~~

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

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

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

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

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

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

5. ~~**Resultados.** Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en~~

~~salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA). Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.~~

6. ~~**Generación de valor.** Los modelos de acuerdos de voluntades con las Redes y las modalidades de pago pactados deben responder a modelos de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos.~~

~~**Parágrafo**. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de sus funciones, así como por las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud en cumplimiento de su función de conformación y organización de las RIITS, y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control.~~

JUSTIFICACIÓN

No existe claridad sobre la ruta de atención para los usuarios, especialmente para aquellos que tienen tratamientos crónicos o de alto costo. La ruta de atención es fragmentada y no evidencia una coordinación clara entre las instancias planteadas para el proceso de atención de los usuarios. La reforma no muestra un sistema coherente de atención al paciente que vaya desde la atención primaria hasta la mediana y alta complejidad. No es clara la ruta de atención y circulación del paciente a través del sistema de salud.

Adicionalmente, la manera en como se contempla la conformación y funcionamiento de las RIITS, trae implícito un inmenso riesgo de politización.

BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

BETSY J. PEREZ ARANGO
Representante a la Cámara - Dpto. del Atlántico

ALT 35(-)

1044

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

De conformidad con lo contemplado en la Sección 5ta y los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5ta de 1992, me permito presentar la siguiente proposición:

ELIMINESE el artículo 35 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"* de la siguiente manera:

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

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

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

~~Los CAP públicos, privados y mixtos podrán tener y operar Puntos de atención descentralizados con el fin de promover y garantizar el acceso y el derecho a la salud. Dichos puntos de atención se denominarán puestos o centros de salud, y se organizarán de acuerdo a las condiciones geográficas, demográficas y socioculturales tanto a nivel rural como urbano.~~

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

~~El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada vigencia de la presente ley la conformación, tipologías, localización,~~

~~funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud.~~

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

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

JUSTIFICACIÓN

Se crea la figura de los CAPS Centros de Atención Primaria, los cuales, según lo contempla el proyecto de ley, serán la puerta de entrada al sistema. El gran interrogante es si ¿Los CAPS están en condiciones de cumplir con sus nuevas responsabilidades?

Según los artículos 35 y 36, los CAPS tendrán entre tantas otras funciones, las de: ejecutar los programas de salud pública, los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, garantizar los servicios de salud y farmacéuticos, realizar la adscripción poblacional, prestar servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas, efectuar la articulación territorial del sistema de referencia y contrarreferencia entre otras. Básicamente, van a ser unos "Super CAPS".

BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

ART 36-

1046

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

BETSY J. PEREZ ARANGO
Representante a la Cámara - Dpto. del Atlántico

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

De conformidad con lo contemplado en la Sección 5ta y los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5ta de 1992, me permito presentar la siguiente proposición:

ELIMINESE el artículo 36 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"* de la siguiente manera:

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

~~**1. Adscripción poblacional**~~

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

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

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

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

~~a. Recolectar la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales.~~
~~b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas en el proceso de caracterización de la población.~~
~~c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud como el primer contacto del sistema de salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos.
e. Gestionar, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
f. Desarrollar e implementar 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 y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes para la continuidad e integralidad de la atención.
h. Adoptar un modelo de salud que asegure la pertinencia sociocultural de los servicios de salud acorde a las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.

3. Administración y atención al ciudadano

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

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

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

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

Los Centros de Atención Primaria en Salud implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda.

4. Gestión intersectorial y participación social

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

b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.
c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente.

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

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

Parágrafo 1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS y las Instituciones Sociales del Estado que presten servicios de baja complejidad al momento de la promulgación de la presente ley continuarán atendiendo la población que tengan asignada siempre y cuando adopten la estructura, funciones y procesos de los Centros de Atención Primaria en Salud.

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.

JUSTIFICACIÓN

Se crea la figura de los CAPS Centros de Atención Primaria, los cuales, según lo contempla el proyecto de ley, serán la puerta de entrada al sistema. El gran interrogante es si ¿Los CAPS están en condiciones de cumplir con sus nuevas responsabilidades?

Según los artículos 35 y 36, los CAPS tendrán entre tantas otras funciones, las de ejecutar los programas de salud pública, los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, garantizar los servicios de salud y farmacéuticos, realizar la adscripción poblacional, prestar servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas, efectuar la articulación territorial del sistema de referencia y contrarreferencia entre otras. Básicamente, van a ser unos "Super CAPS".

Este artículo, además, es supremamente ambiguo sobre cuál sería la naturaleza jurídica de los CAPS. No se establece con claridad si los CAPS van a ser públicos, de economía mixta o completamente privados.

BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

BETSY J. PEREZ ARANGO
Representante a la Cámara - Dpto. del Atlántico

ART 37 (-)

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

1050

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

De conformidad con lo contemplado en la Sección 5ta y los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5ta de 1992, me permito presentar la siguiente proposición:

ELIMINESE el artículo 37 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"* de la siguiente manera:

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

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

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

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

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

~~El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS), en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso de referencia y contra referencia, garantizado confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se~~

~~propenderá porque el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente.~~

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

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

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

JUSTIFICACIÓN

El artículo no plantea con claridad cual sería el mecanismo de coordinación real y verdadero para los procesos de referencia y contrarreferencia. Adicionalmente, otorga un plazo de seis (6) meses al Ministerio de Salud, para reglamentar lo que sería el nuevo sistema para esta función.

Resulta preocupante lo que ocurrirá con los pacientes de enfermedades crónicas, de alto costo y huérfanas los cuales requieren de constante atención y seguimiento, suministro de medicamentos, realización de exámenes médicos y consultas especializadas durante el tiempo en que se demore esta reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

BETSY J. PEREZ ARANGO
Representante a la Cámara - Dpto. del Atlántico

ALT 391-)
1052

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

De conformidad con lo contemplado en la Sección 5ta y los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5ta de 1992, me permito presentar la siguiente proposición:

ELIMINESE el artículo 39 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"* de la siguiente manera:

~~**Artículo 39.** Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales de Salud constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como unidades funcionales o dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos y la asistencia técnica a los municipios para la planeación en salud.~~

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

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

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

JUSTIFICACIÓN

Las funciones de las UZPES se traslapan con las de las direcciones territoriales de salud y planeación. Los recursos deberían ir destinados a departamentos y alcaldías para fortalecer sus capacidades técnicas dado el número de nuevas funciones que deben asumir.

De cara al usuario, las labores de coordinación de esta nueva instancia con CAPS Gestoras y entes territoriales dificultará el tránsito de los pacientes por el sistema. En lo financiero, las UZPES son costosas. El estimado para el año 2025 está cercano a $1.0 billón de pesos. Eso implica una nómina que puede acercarse a los 20 mil funcionarios sin un conjunto de funciones, ni objetivos claros.

BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

BETSY J. PEREZ ARANGO
Representante a la Cámara - Dpto. del Atlántico

Art 55(-)
1054

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

De conformidad con lo contemplado en la Sección 5ta y los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5ta de 1992, me permito presentar la siguiente proposición:

ELIMINESE el artículo 55 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"* de la siguiente manera:

~~Artículo 55. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá una facultad regulatoria residual frente a la que es propia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las siguientes materias:~~

~~1. La compatibilidad y armonización de las normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y del régimen de liquidación de entes u organismos públicos, según el caso, con las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el derecho fundamental en salud previsto en el artículo 6 Ley 1751 de 2015.~~

~~2. Las competencias de los integrantes del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia de que trata el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019.~~

~~3. Los deberes de las entidades territoriales en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007.~~

~~4. La actuación de los agentes especiales en las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para administrar o para liquidar, incluidas estas últimas.~~

~~5. La definición de criterios y procedimientos para la selección objetiva de contratistas por parte de los liquidadores, en la celebración de contratos de gestión de situaciones jurídicas no definidas, asuntos pendientes y activos remanentes posteriores a la liquidación de entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, con independencia de la forma jurídica que tales contratos asuman.~~

~~La eficiencia y sostenibilidad de los gastos administrativos en los procesos liquidatarios ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud.~~

JUSTIFICACIÓN

La Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con su naturaleza jurídica tiene funciones de inspección, vigilancia y control, no competencias residuales frente a Ministerio de Salud y Protección Social que es el ente rector.

El Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con la normatividad vigente, es el encargado de dirigir, orientar, coordinar regular y evaluar el Sistema de Salud, siendo la facultad regulatoria una de sus principales funciones en su calidad de cabeza del sector.

De acuerdo con el artículo 189 numeral 11 de la Constitución, el presidente de la República es el competente para ejercer la potestad reglamentaria de la ley, y el Minsalud es el encargado de ejercer la potestad regulatoria de acuerdo con el artículo 173 de la Ley 100 de 1993 y el Decreto 4107 de 2011. La Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 2462 de 2013 tiene como función vigilar el cumplimiento de las disposiciones que regulan el SGSSS, y puede emitir instrucciones a sus vigilados sobre la manera en que deben cumplirse las disposiciones y normas que regulan su actividad, fijando los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas señalando los procesos para su aplicación. Lo anterior corresponde al marco constitucional de las funciones de inspección, vigilancia y control, que difiere de la función regulatoria.

Se solicita eliminación por cuanto vendría a reemplazar al Ministerio de Salud en sus competencias regulatorias.

BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

ART 49
1056

Martha Alfonso
Congresista

Bogotá D.C. Diciembre 10 de 2024

Honorable Representante
Jaime Raul Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes
Congreso de la República

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO
12:47M

Reiterable

Reciba un cordial saludo.

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

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

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

Modifíquese el artículo 49, el cual quedara así:

Artículo 49. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas, con un porcentaje de participación público inferior al 90%, del sector salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes.

Adicionalmente, se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas; se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud; se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud.

Parágrafo 1. El Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud presentarán durante el primer trimestre de cada vigencia fiscal al Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno nacional organizará una Dirección en el Ministerio del Trabajo, encargada de

Bogotá-Conmutador: (+57) (601) 8770720 Dirección: Calle 10 No. 7- 51 Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 - 68 of. - 652 - Correo: martha.alfonso@camara.gov.co

hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley.

Parágrafo 2. A partir de la vigencia de la presente Ley, las droguerías sólo podrán ser dirigidas por quien tenga la calidad de Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, Director de Droguería o Farmacéutico Licenciado. Para garantizar los derechos adquiridos de las personas que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, hayan obtenido la credencial de expendedor de drogas, estás podrán desempeñarse en la dirección de una droguería.

Parágrafo 3. Con el fin de promover la capacitación y profesionalización del talento humano idóneo y las buenas practicas para la dirección de las droguerías, el Gobierno Nacional dispondrá los mecanismos que permitan ampliar la oferta de programas académicos y el acceso para la educación continua de técnicos de farmacia, tecnólogos en regencia de farmacia, licenciados en farmacia, directores de droguería acreditados o quienes tengan más de 10 (diez) años de experiencia empírica en servicios farmacéuticos u otras ciencias farmacéuticas con el fin de garantizar los mayores estándares de calidad en el manejo y administración de los servicios farmacéuticos que hagan parte de las RIITS.

Justificación: Se agrega el parágrafo 3 para promover la capacitación y profesionalizacion del talento humano idóneo para la dirección de las droguerías.

Respetuosamente,

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

Bogotá-Conmutador: (+57) (601) 8770720 Dirección: Calle 10 No. 7- 51 Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 - 68 of - 652 - Correo: martha.alfonso@camara.gov.co

ART 49

1057

Martha Alfonso
Congresista

Bogotá D.C. Diciembre 12 de 2024

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
16 DIC 2024
RECIBIDO
5:08pm.

Honorable Representante
Jaime Raul Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

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

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

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

Modifíquese el artículo 49, el cual quedará así:

Artículo 49. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas, con un porcentaje de participación público inferior al 90%, del sector salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes.

Adicionalmente, se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas; se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud; se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud.

Parágrafo 1. El Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud presentarán durante el primer trimestre de cada vigencia fiscal al Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno nacional organizará una Dirección en el Ministerio del Trabajo, encargada de

hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley.

Parágrafo 2. **A partir de la vigencia de la presente Ley, no se expedirán más credenciales de expendedor de drogas y las droguerías sólo podrán ser dirigidas por quien posea el título de Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, auxiliar en servicios farmacéuticos,** Director de Droguería o Farmacéutico Licenciado. Para garantizar los derechos adquiridos de las personas que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, hayan obtenido la credencial de expendedor de drogas, estas podrán **seguir** desempeñándose en la dirección de una droguería, **mientras se definen e implementan planes graduales de profesionalización y tecnificación del talento humano del sector farmacéutico mencionados anteriormente**

Parágrafo 3. Con el fin de promover la profesionalización **y tecnificación** del talento humano idóneo **del sector farmacéutico así como de calificación del mismo** para la dirección de droguerías, el Gobierno Nacional dispondrá los mecanismos que permitan ampliar la oferta de programas académicos y el acceso para la educación continua de **auxiliares en servicio farmacéutico, expendedores de drogas,** y tecnólogos en regencia de farmacia, **especialmente en los establecimientos farmacéuticos y servicios farmacéuticos, donde se realizan actividades de manera empírica, con el fin de fomentar estrategias de seguridad del paciente, uso seguro y adecuado de medicamentos y dispositivos médicos y evitar la ocurrencia de errores, especialmente de medicación, para** garantizar mayores estándares de calidad en el manejo y administración de los servicios farmacéuticos que hagan parte de las RIITS

Justificación: Se agrega el parágrafo 3 para promover la capacitación y profesionalización del talento humano idóneo para la dirección de las droguerías.

Respetuosamente,

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

1058 ART 26

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO
9:17am

Retiro

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTICULO 2 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".

Proposicion de eliminacion al articulo 2.

~~**Artículo 2. Aseguramiento social en salud.** El aseguramiento social en salud se entiende como la protección pública, 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; asimismo, 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.~~

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

1059 ART 3(-)

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
11 DIC 2024
RECIBIDO
9:17 am

Retirado

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTICULO 3 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".

~~**Artículo 3. Atención Primaria en Salud (APS).** Según lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, artículos 12 a 16, la Atención Primaria en Salud (APS) fue adoptada como estrategia dentro del Sistema de Salud y está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: Los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana.~~
~~La Atención Primaria en Salud (APS) se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud.~~

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

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

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

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO
9:17am
1060

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

Retirado

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTICULO 4 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".

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTICULO 4.

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

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

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

~~Dentro del modelo, en el nivel primario operan los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos de salud territoriales, de acuerdo con las necesidades de la población.~~

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

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ART 4(-)

1061

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROPOSICIÓN DE ELIMINACIÓN AL ART. 4 DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 312 DE 2024 CÁMARA, "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo No. 4 del proyecto de ley número 312 de 2023 cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", con fundamento en lo estipulado en la ley 5 de 1992, me permito proponer a los Honorables Representantes miembros de la plenaria de la Cámara de Representantes.

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE

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

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

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

~~Dentro del modelo, en el nivel primario operan los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos de salud territoriales; de acuerdo con las necesidades de la población.~~

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

~~y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.~~

JUSTIFICACIÓN

Eliminar la obligatoriedad del trabajo territorializado sin una estructura definida de incentivos (Artículo 4) es crucial, ya que obligar al personal de salud a trabajar en áreas rurales o dispersas sin garantizar condiciones laborales dignas podría aumentar la deserción profesional. La falta de incentivos económicos adecuados y de infraestructura básica en estas zonas desincentiva la permanencia de los trabajadores de la salud en regiones críticas, lo que compromete la calidad del servicio. Antes de imponer la obligatoriedad de trabajar en estas áreas, es esencial diseñar estrategias efectivas de atracción, formación y creación de incentivos que hagan más atractivas y viables estas zonas para los profesionales de salud, garantizando así su permanencia y el adecuado funcionamiento del sistema de salud.

Cordialmente,

LUZ AYDA PASTRANA LOAIZA
Representante a la Cámara del Departamento del Huila

ALT 5(-)

1062

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

9:17 a

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTICULO 5 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".

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTIUCLO 5.

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

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

~~En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.~~

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

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

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

~~**Parágrafo 4.** El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción e implementación de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación para el sector salud en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS), que servirá para impulsar el desarrollo técnico, tecnológico y científico en salud del país.~~

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ALT 5(-)
1063
11:20a

PROPOSICIÓN

Elimínese el artículo 5 del texto propuesto para segundo debate del proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así: el cual quedará así:

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

~~El Ministerio de Salud y Protección Social será quien oriente la toma de decisiones en salud, la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud; así como la gestión de los procesos al interior del Sistema. Además, ejercerá la coordinación intersectorial y ejecutará las disposiciones legales vigentes.~~
~~En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.~~
~~**Parágrafo 1.** Los órganos de dirección en los ámbitos nacional y territorial deberán atender las recomendaciones que formulen el Consejo Nacional de Salud y los respectivos Consejos Territoriales de Salud.~~
~~**Parágrafo 2.** Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y los departamentos, distritos y municipios, los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y predicción en salud, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector, la participación de entidades públicas, privadas y mixtas y la participación social en la salud.~~
~~**Parágrafo 3.** El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción de la política de calidad en salud y del Plan Decenal de Mejoramiento de la Calidad en Salud, que servirán para transformar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) en el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA).~~
~~**Parágrafo 4.** El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción e implementación de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación para el sector salud en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS), que servirá para impulsar el desarrollo técnico, tecnológico y científico en salud del país.~~

Atentamente,

Modesto Aguilera Vides
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico.

JUSTIFICACIÓN

Al inicio del año 2024, se registraron 51 millones 700 mil personas afiliadas a diferentes EPS del país, encabezada por Nueva Eps con 10,8 millones de afiliados, seguida por Sanitas con 5,7 millones y Sura con 5.3 millones, (Poli, 2024)[1] lo que indica el gran impacto que tendría en los usuarios, los cambios estructurales de la presente reforma.

La reforma al sistema de salud presenta una ruta de atención con muchos vacíos, especialmente para los pacientes que poseen condiciones crónicas o de alto costo. Actualmente no hay un esquema claro que asegure la atención integral desde la atención primaria hasta los niveles de mediana y alta complejidad, y la falta de coordinación entre las distintas áreas agrava la situación.
Desde el punto de vista médico, esto genera muchos riesgos, como lo son: la pérdida de información clínica, interrupción de tratamientos y demoras en la atención especializada.

[1] https://articulo20.poligran.edu.co/2024/03/20/estas-son-las-eps-con-mas-numeros-de-afiliados-en-colombia/#:~:text=Iniciando%20el%202024%20se%20registraron,diferentes%20EPS%20en%20el%20pa%C3%ADs.

ART 6(-)
1064
11:20am

PROPOSICIÓN

Elimínese el artículo 6 del texto propuesto para segundo debate del proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así: 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.~~

~~El Superintendente Nacional de Salud, el Director del INVIMA y el Director del Instituto Nacional de Salud formarán parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. A su vez, el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes.~~
~~El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de siete (7) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con diez (10) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo.~~
~~El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:~~
~~1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.~~
~~2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.~~
~~3. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el~~

~~desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.~~

4. ~~Revisar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.~~
5. ~~Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley. El Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente Ley.~~
6. ~~Adoptar su propio reglamento.~~

~~**Parágrafo 1.** Las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social.~~
~~**Parágrafo 2.** El Gobierno nacional reglamentará, en un tiempo máximo de seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley, los mecanismos de elección, 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.~~

Atentamente,

Modesto Aguilera Vides
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico.

JUSTIFICACIÓN

Al inicio del año 2024, se registraron 51 millones 700 mil personas afiliadas a diferentes EPS del país, encabezada por Nueva Eps con 10,8 millones de afiliados, seguida por Sanitas con 5,7 millones y Sura con 5.3 millones, (Poli, 2024)[1] lo que indica el gran impacto que tendría en los usuarios, los cambios estructurales de la presente reforma. La reforma al sistema de salud presenta una ruta de atención con muchos vacíos, especialmente para los pacientes que poseen condiciones crónicas o de alto costo. Actualmente no hay un esquema claro que asegure la atención integral desde la atención

[1] https://articulo20.poligran.edu.co/2024/03/20/estas-son-las-eps-con-mas-numeros-de-afiliados-en-colombia/#:~:text=Iniciando%20el%202024%20se%20registraron,diferentes%20EPS%20en%20el%20pa%C3%ADs.

primaria hasta los niveles de mediana y alta complejidad, y la falta de coordinación entre las distintas áreas agrava la situación.
Desde el punto de vista médico, esto genera muchos riesgos, como lo son: la pérdida de información clínica, interrupción de tratamientos y demoras en la atención especializada.

Art 6(-)
1066
Alc
11/09

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 6 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Elimínese el artículo 6:

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

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

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

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

~~El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de siete (7) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con diez (10) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo.~~

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

1. ~~Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y~~

~~programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.~~

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

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

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

Atentamente,

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

ALT 7(-)
1067

PROPOSICIÓN DE ELIMINACIÓN AL ART. 7 DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 312 DE 2024 CÁMARA, "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

PROPOSICIÓN

Eliminación el artículo No. 7 del proyecto de ley número 312 de 2023 cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", con fundamento en lo estipulado en la ley 5 de 1992, me permito proponer a los Honorables Representantes miembros de la plenaria de la Cámara de Representantes.

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE

~~Artículo 7. **Sistema Público 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 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 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 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.~~

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

JUSTIFICACIÓN

Eliminar la obligación de integración de la información al Sistema Público Unificado (Artículo 7) hasta que exista una infraestructura tecnológica adecuada y accesible en todas las regiones es fundamental para evitar la exclusión de actores y poblaciones. La implementación de este sistema requiere una infraestructura tecnológica que actualmente no está disponible en muchas regiones rurales o de difícil acceso. Sin una fase previa de fortalecimiento tecnológico, la obligatoriedad del sistema podría generar desventajas para las áreas más vulnerables, afectando la continuidad del servicio y limitando el acceso a los beneficios del sistema. Además, la interoperabilidad debe ser un proceso gradual que garantice la integración de manera eficiente y sin perjudicar el funcionamiento del sistema de salud.

Cordialmente,

LUZ AYDA PASTRANA LOAIZA
Representante a la Cámara del Departamento del Huila

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

1069 ART 7C

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
12 DIC 2024
RECIBIDO
9:17 am

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTICULO 7 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".

~~**Artículo 7. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.** Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores participantes en el Sistema de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, desarrollará e implementará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) para garantizar 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 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 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, sustituya o derogue.~~

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cámara de Representantes

1070

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 7 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Elimínese el artículo 7:

~~**Artículo 7. Sistema Público 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 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 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 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.~~

Atentamente,

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

ART 8

1071

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIB
9:17am

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTICULO 8 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".

~~**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 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.~~

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

1072 ALT 28

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
16 DIC 2024
RECIBIDO

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" de la siguiente manera:

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. Vinculación de la población al Sistema de Aseguramiento Social.

~~1.~~ **2.** 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.~~ **3.** Organizar y conformar con las Direcciones Departamentales y Distritales o Municipales las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) para las subregiones funcionales para la gestión en salud, incluyendo los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

~~3.~~ **4.** Participar en la planeación estratégica del desarrollo de la RIITS en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.

~~4.~~ **5.** 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.~~ **6.** 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 Redes Integrales e Integradas Territorial de Salud (RIITS).

~~6.~~ **7.** Desarrollar modelos **predictivos** ~~**estimativos**~~ que permitan la gestión anticipada de los riesgos en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo **y de otras variables o factores que sean relevantes en el análisis.** ~~**que identifiquen patrones de comportamiento para ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo.**~~

~~7.~~ **8.** Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las RIITS, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.

~~8.~~ **9.** Gestionar **y articular** un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarias 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.~~ **10.** Ejecutar articuladamente con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RIITS.

~~10.~~ **11.** Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales.

~~11.~~ **12.** Entregar informes periódicos del funcionamiento de las RIITS.

~~12.~~ **13.** Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.

~~13.~~ **14.** Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de la Red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud.

~~14.~~ **15.** Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, y los CAPS, la prestación de servicios especializados **requeridos por la población afiliada** ~~para personas con enfermedades raras o huérfanas~~**, a través de acciones de promoción de la salud,** ~~incluyendo su~~ prevención **de la enfermedad**, diagnóstico, **tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos** ~~y manejo~~, **incluyendo la población con enfermedades raras o huérfanas y otras enfermedades alto costo** según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. ~~, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.~~

~~15.~~ **16.** Garantizar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.

~~16.~~ **17.** 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.~~ **18.** Realizar la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente **primario y** 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.~~ **19.** Auditar la facturación del componente complementario de mediana y alta complejidad **y realizar auditoria sobre el gasto a nivel primario** de RIITS, la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para los pagos a que haya lugar.

~~19.~~ **20.** 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.~~ **21.** Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

~~21.~~ **22.** Realizar la gestión y validaciones necesarias para el pago de las prestaciones económicas.

~~22.~~ **23.** ~~**Gestionar la atención integral de la salud del**~~, **Implementar un sistema de atención** al 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.~~ **24.** 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 las RIITS correspondiente, con criterios de eficiencia, calidad y resultados en salud de la población. Estos convenios **serán vigilados y controlados** ~~**tendrán control y podrán ser objetados**~~ por las Entidades territoriales Departamentales y Distritales o municipales de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención.

~~24.~~ **25.** ~~**En conjunto con las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación a**~~**A**delantar la revisión periódica del desempeño de los CAPS, que conduzca al mejoramiento continuo.

~~25.~~ **26.** 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 resolutividad 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.

1074 ART 29

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
15 DIC 2024
RECIBIDO

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" de la siguiente manera:

Artículo 29. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud. Dentro de los **seis** (6) meses siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud autorizadas para operar en alguno o ambos de los dos regímenes de afiliación actuales y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a sus competencias, la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a dicha transformación presentando el proyecto de habilitación o plan de retiro voluntario según el caso, y el correspondiente plan de saneamiento, teniendo en cuenta lo siguiente:

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

Si la Entidad Promotora de Salud no expresa ninguna de las dos intenciones 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)**~~ **veinticuatro (24)** meses contados a partir de su aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y deberá presentar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo. 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 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.

ALT 30

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
16 DIC 2024
RECIBIDO

1075

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Modifíquese el artículo 30 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" de la siguiente manera:

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

Las EPS podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los ~~**tres**~~ **seis (6)** meses siguientes a la expedición de la presente Ley.

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

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

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

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

3. Durante el período que permanezcan como EPS, será obligatoria la implementación del giro directo a través de la ADRES.

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

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

6. Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual

tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a ~~18~~ **36** meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.

7. Todas las EPS tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. Excepcionalmente, cuando por razones de **insuficiencia** ~~**suficiencia**~~ de infraestructura hospitalaria**,** ~~**en**~~ zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor. ~~**sin que en ningún caso supere un (1) año adicional.**~~

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

Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las EPS, la ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS.

9. Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración **establecidos en el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011.** ~~legislación vigente~~.

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

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

Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar de manera integral, la salud de la población que se les asigne y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad **salvo lo previsto en el numeral 7 del presente artículo.**

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

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

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

1077 Art 34

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
16 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 34 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" de la siguiente manera:

Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje:

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

   El modelo contará con un nivel primario, como primer contacto y puerta de entrada, que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas y en los centros especializados; y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades.
2. **Rectoría y Gobernanza de la red.** Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas por parte de las Gestoras de Salud y Vida y las Entidades territoriales, así como asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las RIITS se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.

3. **Organización y gestión.** Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

4. ~~**Sistema de asignación e incentivos.** Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la RIITS, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.~~

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

~~Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de mediana y alta complejidad.~~

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

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

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

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

4. Sistema de asignación de incentivos. Se establecerá un sistema de asignación de incentivos que garantice la mejor prestación de servicios basado en el desempeño de la gestión de riesgo en salud, la satisfacción de los usuarios y la eficiencia en el uso de los recursos.

Estos incentivos serán diferenciados por Gestora de Salud y Vida e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, teniendo en cuenta las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones.

El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará una metodología de índices que permita graduar el reconocimiento y la distribución de los recursos entre gestoras y prestadores. Dicha metodología tendrá en cuenta los diferentes estudios de

percepción de calidad y satisfacción del usuario, entre otros insumos, con los que cuente el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los recursos destinados al reconocimiento de estos incentivos no podrán ser superiores al tres por ciento (3%) de los recursos del sistema de Aseguramiento Social en Salud y se distribuirán de conformidad con la metodología desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

5. **Resultados**. Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA). Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.

6. **Generación de valor.** Los modelos de acuerdos de voluntades con las Redes y las modalidades de pago pactados deben responder a modelos de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos. **Dichos acuerdos de voluntades deberán ajustarse a lo señalado en el Decreto 441 de 2002 o la norma que lo sustituya o modifique.**

Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de sus funciones, así como por las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud en cumplimiento de su función de conformación y organización de las RIITS, y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cámara de Representantes

ALT 42(-)

1079

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL LEYES

18 DIC 2024

RECIBIDO

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 42 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Elimínese el artículo 42:

~~**Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).** La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un Director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de Director son los establecidos en el artículo 22 del Decreto 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios.~~

~~El Consejo Directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:~~

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

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

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

~~**Parágrafo 3.** Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien preside la Junta Directiva. En todo~~

AforeroM Andres.forerom Andresforerocd

Correspondencia Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 -68 Primer Piso
Correo Electrónico: andres.forero@camara.gov.co
Conmutador: 390 4050 ext 3559 & 3563

Retirada 6/03/25. Sesión Plenaria

~~caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la ISE se requiere del voto favorable del Presidente del Consejo Directivo.~~

Atentamente,

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

AforeroM Andres.forerom Andresforerocd
Correspondencia Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 -68 Primer Piso
Correo Electrónico: andres.forero@camara.gov.co
Conmutador: 390 4050 ext 3559 & 3563

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
CÁMARA DE COLOMBIA
SECRETARÍA GENERAL
04 MAR 2025

ALT 60
1080

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 60 DEL PROYECTO DE LEY NO. 812 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

~~**Artículo 60. Regímenes Exceptuados y Especiales.** Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015. En consecuencia, los regímenes de salud y seguridad social de los miembros de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional, del Magisterio, de la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), continuarán vigentes, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente Ley, y en los términos previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.~~

~~Adicionalmente, el régimen de salud y seguridad social de las universidades estatales u oficiales continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992, modificada por la Ley 647 de 2001 y la Ley 1443 de 2011 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.~~

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

No hay un estudio por parte del Gobierno sobre la sostenibilidad de los sistemas exceptuados y especiales hoy en día vigentes, lo que se propone, es que el Gobierno evalué y exponga de cara al país si realmente la sostenibilidad del sistema existente de ambos regímenes se puede adicionar la sostenibilidad de la nueva reforma a la salud.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cámara de Representantes

1082

Bogotá D.C, 5 de marzo de 2025

PROPOSICIÓN DE APLAZAMIENTO

Solicito a la Mesa directiva de la Plenaria de Cámara de Representantes el aplazamiento de la discusión del 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"

Atentamente,

Andrés Forero

Subsecretaría General

Fecha: Marzo 5-2025

Hora: 3:25

ART NUEVO

Mar Pizarro
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

1083

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.

Olga Lucía Velásquez
Cámara por Bogotá

Jorge Bastidas

UIAF

María del Mar P.

María del Mar Pizarro García
Representante a la Cámara por Bogotá

Liliana Rodríguez

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
28 NOV 2024
RECIBIDO
3:30pm

Art nuevo

1084

Partido Conservador

GERARDO YEPES CARO

REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR EL DEPARTAMETO DEL TOLIMA 2022-2026

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 resolutividad, así como brindarles soportarte 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

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
03 DIC 2024
RECIBIDO

4:10 pm

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

Art Nuevo

05 DIC 2024

1085

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 DE 2024 CÁMARA

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

El suscrito representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la Ley 5 de 1992 somete a consideración del Presidente y los miembros de la plenaria de la Honorable Cámara de Representantes, la siguiente proposición de articulo nuevo, el cual quedara así:

ARTICULO NUEVO. El gobierno nacional asignará al sector salud un porcentaje creciente anual, en términos reales, del Presupuesto General de la Nación con destino al aseguramiento en salud. En ningún caso, este porcentaje será inferior al mayor valor entre el IPC causado el año inmediatamente anterior y el del incremento del salario mínimo legal vigente para dicha anualidad

Parágrafo. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público deberá definir en un término no superior a seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, en un plan financiero a diez (10) años, los recursos necesarios y las fuentes respectivas, para garantizar la viabilidad financiera del Sistema de Salud.

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ
Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

ALEJANDRO OCAMPO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

ALT NUEVO

1086

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
05 DIC 2024

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un nuevo Artículo. Al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". el cual quedará así:

Artículo X. Creación de los Defensores del Paciente en Salud

Con el objetivo de garantizar una atención de salud más humana, equitativa y justa para todos los ciudadanos, se propone la creación de la figura del **Defensor del Paciente en Salud**. Esta figura tendrá como función la protección de los derechos de los pacientes, la orientación en los procesos administrativos relacionados con el sistema de salud y la atención de quejas, sugerencias y reclamos. Los Defensores del Paciente actuarán como intermediarios entre los pacientes y las instituciones de salud, asegurando que se respeten sus derechos y que reciban la atención debida.

Financiamiento y Recursos Los **Defensores del Paciente** serán nombrados a nivel **municipal** y tendrán un presupuesto destinado de los recursos municipales para su funcionamiento.

Obligación Municipal Los gobiernos municipales tendrán la **obligación de asignar recursos** dentro de su presupuesto anual para garantizar el funcionamiento adecuado de la figura del Defensor del Paciente, con el fin de asegurar la correcta atención a los pacientes dentro del sistema de salud pública y privada en su jurisdicción.

Cordialmente,

ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO
Representante a la Cámara

ALT 1037

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA 09 DIC 2024

1037

PROPOSICIÓN ADITIVA

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

"Artículo 37. Régimen Laboral Especial del Sector Salud. En cumplimiento de los artículos 25 y 53 de la Constitución Política y del Artículo 18 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en el Sistema de Salud, habrá condiciones laborales para el personal sanitario que garanticen estabilidad, seguridad y continuidad laboral, así como actualización integral continua.

Para el efecto, se crea el régimen laboral especial para el sector de la salud, cuya reglamentación será puesta en vigencia por el Gobierno Nacional dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley y será concertada con representantes del sector. Este régimen incluirá:

1) Carrera Administrativa Especial del Sector Salud. A la cual se incorporarán por una sola vez, automática y progresivamente los trabajadores misionales hoy vinculados por contrato de prestación de servicios. Se respetarán los derechos adquiridos de quienes actualmente están vinculados como servidores públicos bajo la normatividad vigente.

2) Régimen salarial especial para el sector salud. Habrá remuneración mínima vital y móvil, progresiva, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo, con proporcionalidad al nivel de formación, a la antigüedad, y a las modalidades y períodos de pago, preservando el principio de igualdad: "A igual función, igual remuneración".

3) Pago Oportuno. Toda relación laboral tendrá derecho a una remuneración oportuna. Se entiende que el pago es oportuno cuando se hace máximo dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al cumplimiento del periodo laboral de treinta (30) días.

4) Jornada ordinaria. Los trabajadores sanitarios tendrán una jornada de máximo 42 horas semanales, así como el derecho al reconocimiento de horas extras, recargos nocturnos, por turnos, dominicales y festivos, habitualidad y permanencia de la labor, y descansos compensatorios como parte de la jornada laboral, según lo dispuesto en el Decreto Ley 1042 de 1978 y en el Decreto 400 de 2021, o en las normas que los sustituyan modifiquen o deroguen.

5) Medicina, higiene, salud y seguridad en el trabajo. Los trabajadores sanitarios tendrán derecho a ser beneficiarios de una política de higiene, salud y seguridad en el trabajo, conforme lo dispuesto en el Decreto Ley 1295 de 1994, en la Ley 1562 de 2012 o en las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan y en las demás normas concordantes.

6) Trabajos ocasionales, teletrabajo o trabajo en casa. Los trabajadores sanitarios podrán prestar sus servicios mediante la modalidad de trabajo remoto de conformidad con lo dispuesto en la Ley 2121 de 2021 o en la norma que la sustituya, modifique o derogue.

7) Prestaciones económicas. Los trabajadores sanitarios tendrán derecho al reconocimiento de los gastos de representación, prima técnica a especialistas altamente calificados, prima de riesgo en circunstancias especiales, prima por ubicación geográfica, quinquenios, vacaciones, licencias, permisos remunerados. Así mismo, tendrán derecho a estímulos no salariales quienes laboren en zonas marginadas según lo definido en el Artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, en materia de bienestar, vivienda, transporte, seguridad,

educación y actualización continua, entre otros.

8) Acoso y discriminación laboral. En la implementación del régimen especial del talento humano en salud se tendrán en cuenta las disposiciones del Convenio 190 de la OIT sobre la violencia y el acoso en el trabajo.

9) Relación Docencia – Servicio. Se permite la simultaneidad de estas dos actividades.

Los programas de formación de recurso humano deberán corresponder a las necesidades de salud de la población en los territorios.

10) Servicio Social Obligatorio -SSO-. El servicio social obligatorio tendrá vocación hacia las zonas apartadas y dispersas; las ISE o las IPS privadas deberán incluir en sus plantas de personal los cargos de los profesionales para la prestación del SSO, quienes podrán participar en los Equipos Básicos de Salud donde sean necesarios, especialmente en regiones apartadas con población dispersa, siempre y cuando se garanticen condiciones de seguridad para el talento humano en salud.

11) Médicos residentes. En el caso de rotaciones extramurales de médicas o médicos residentes establecidas en el currículo universitario, las IPS, públicas o privadas, en coordinación con las Instituciones de Educación Superior -IES-, deberán garantizarles a estos profesionales el traslado, el alojamiento y la alimentación durante la rotación, y reconocerles el apoyo de sostenimiento educativo creado en la Ley 1917 de 2018, así como la supervisión docente correspondiente, mediante convenios suscritos entre la IPS y la IES, en el marco de la relación docencia-servicio. Si las médicas o médicos residentes se vinculan a los Equipos Básicos de Salud, las ISE o las IPS privadas deberán contratarlos a término fijo como trabajadores de la salud.

12) Condiciones especiales para ejercer el Servicio Social Obligatorio (SSO) y las especializaciones médicas (Residentes) y de otras profesiones del sector salud. El Ministerio de Salud y protección social promoverá lineamientos y estrategias para la dignificación plena del servicio social obligatorio, médicos Residentes y otras especializaciones de profesiones del sector salud en materia de salud mental y acompañamiento psicoemocional, garantías de protección de la vida e integridad de los profesionales para el ejercicio de su labor y acceso meritocrático a las plazas en concordancia con la normatividad aplicable a la materia.

13) Equivalencia de títulos. Los títulos de especializaciones médico-quirúrgicas de tres(3) años o más de duración otorgados por las instituciones de educación superior de Colombia o el título de iguales características obtenido en el exterior avalados por resolución del Ministerio de Educación Nacional, tendrá para todos los efectos equivalencia al título de doctorado.

14) Profesionales especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta, las EGS y las IPS podrán contratar estos especialistas a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, garantizando condiciones dignas y justas, ausencia de cláusula de exclusividad, y pago oportuno. Para este caso, se entiende por pago oportuno aquel que no supere los diez (10) días calendario posteriores a la radicación de la factura, cuenta de cobro o documento equivalente.

15) Límite salarial. En ningún nivel territorial la remuneración del jefe de la administración operará como límite máximo para establecer los emolumentos del talento

humano en salud.

16) Prelación del pago. El pago del talento humano en salud, independientemente de la forma de vinculación, tendrá prelación sobre los demás desembolsos y su remuneración será indexada anualmente con base en el IPC causado el año inmediatamente anterior.

17) Subcuenta de Garantías. Los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud, además de los usos previstos en el Artículo 41 del Decreto 4107 de 2011 o en las normas que la sustituyan o modifiquen, se podrán utilizar para mejorar la liquidez de los prestadores de los servicios de salud, públicos, privados o mixtos, destinados al pago que por concepto de honorarios o salarios se adeuden al talento humano en salud.

Para el efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la expedición de la presente Ley reglamentará las condiciones para garantizar el pago al talento humano en salud con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías.

Para los efectos del presente numeral las EGS o quien haga sus veces, y las IPS, destinarán el 1% de sus excedentes anuales para financiar la Subcuenta de Garantías.

Parágrafo 1. Trabajadores de las instituciones privadas y mixtas del sector salud. Los trabajadores de las instituciones privadas y mixtas del sector salud, por norma general, deberán estar vinculados mediante contrato de trabajo conforme los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo, de las convenciones colectivas de trabajo vigentes y de las demás normas concordantes.

Parágrafo 2. El Ministerio del Trabajo presentará anualmente, al inicio de las sesiones ordinarias del Congreso de la República y ante las comisiones séptimas de sus cámaras legislativas, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales para los trabajadores del Sistema de Salud dispuestas en los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015 y en la Política Nacional de Talento Humano en Salud.

Parágrafo transitorio: El mismo término de pago oportuno establecido en el Numeral 13 del presente Artículo será aplicado para aquellos trabajadores próximos a acogerse a la formalización laboral de que trata el Parágrafo 1 del presente Artículo, que culminará una vez sean vinculados a las plantas de personal de las instituciones".

Julia Miranda	Jennifer Pedraza S
JULIA MIRANDA LONDOÑO Representante a la Cámara por Bogotá Partido Nuevo Liberalismo	**JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso

Katherine Miranda P. **KATHERINE MIRANDA** Representante a la Cámara Partido Alianza Verde	**JUAN SEBASTIÁN GÓMEZ GONZÁLES** Representante a la Cámara por Caldas Nuevo Liberalismo
Alejandro García R **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde	**DANIEL CARVALHO MEJÍA** Representante a la Cámara
Carolina Giraldo B **CAROLINA GIRALDO BOTERO** Representante a la Cámara Departamento de Risaralda	

Art 1 Adi

CÁMARA DE REP. SECRETA 09 DIC 2024

1089

1 AIO 4/20

PROPOSICIÓN ADITIVA

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

"Artículo nuevo. Recursos del Sistema General de Participaciones.

Modifíquese el Artículo 47 de la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:

"Art. 47. Distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones. Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud se destinarán y distribuirán en los siguientes componentes:

1. El 65% para el componente de aseguramiento en salud que se financia con cargo a los recursos de la UPC de conformidad con lo previsto en la presente Ley.
2. El 25% para el componente de salud pública y para la atención primaria, de acuerdo con lo previsto en el Numeral 42.1 de la Ley 1438 de 2011.
3. El 10% para el subsidio a la oferta.

Parágrafo 1. La información utilizada para determinar la asignación de los recursos será suministrada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística; el Ministerio de Salud y Protección Social; el Departamento Nacional de Planeación; el Instituto Geográfico Agustín Codazzi, conforme con la que generen en ejercicio de sus competencias y de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el gobierno nacional.

Parágrafo 2. Los recursos destinados a salud pública que no se comprometan al cierre de cada vigencia fiscal, se utilizarán para cofinanciar los programas de interés en salud pública de que trata el Numeral 13 del Artículo 42 de la Ley 715 de 2001, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen".

Julia Miranda **JULIA MIRANDA LONDOÑO** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Nuevo Liberalismo	Jennifer Pedraza S **JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso
JUAN SEBASTIÁN GÓMEZ GONZÁLES Representante a la Cámara por Caldas Nuevo Liberalismo	Alejandro García R **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde

DANIEL CARVALHO MEJÍA Representante a la Cámara	**CAROLINA GIRALDO BOTERO** Representante a la Cámara Departamento de Risaralda

ALT DUEUO
1090

Cámara de Representantes

JUAN CARLOS WILLS

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá, diciembre de 2024

Presidente
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Cámara de Representantes
Bogotá D.C.

PROPOSICIÓN

Acorde a lo dispuesto en los artículos 112 a 115 de la Ley 5ª de 1992, adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 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 nuevo. Inclusión de los trabajadores del sector informal en el Sistema de Salud. Con el fin de garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud, el Estado adoptará medidas específicas para integrar a los trabajadores del sector informal al Sistema de Seguridad Social en Salud. A tal efecto, se establecerán mecanismos de afiliación voluntaria que permitan a los trabajadores informales acceder a los beneficios del régimen de salud, sin que su condición económica represente una barrera. El Gobierno implementará incentivos fiscales y subsidios, con base en la capacidad contributiva de los trabajadores, para facilitar su inscripción y asegurar que reciban atención integral en salud. Esta integración deberá ser progresiva, garantizando que todos los trabajadores del sector informal reciban atención y fomentando la formalización del empleo.

Atentamente.

JUAN CARLOS WILLS OSPINA
Representante a la Cámara por Bogotá

JUSTIFICACIÓN

Gran parte de la población trabajadora en Colombia se encuentra en la informalidad, lo que limita su acceso a la protección en salud. Incluir a estos trabajadores en el sistema no solo mejora su bienestar y seguridad, sino que también contribuye a reducir las desigualdades sociales y fomenta la formalización laboral. Este artículo busca promover una mayor equidad en el acceso a la salud, asegurando que todos los sectores laborales estén cubiertos por el sistema de salud pública.

Calle 10 #7-51 Capitolio Nacional piso 1
www.juanwills.com
(317) 501 – 0000

@juanchowills
@juanchowills
JuanCWills

ALT PUEBLO
1091

Cámara de Representantes

JUAN CARLOS WILLS

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá, diciembre de 2024

Presidente
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Cámara de Representantes
Bogotá D.C.

PROPOSICIÓN

Acorde a lo dispuesto en los artículos 112 a 115 de la Ley 5ª de 1992, adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 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 nuevo. Asesoría integral para la protección del derecho a la salud. El Estado garantizará el acceso a asesoría gratuita, oportuna y clara para todas las personas que requieran presentar derechos de petición y tutelas, por temas relacionados a fallas en la prestación de los servicios de salud y la protección al derecho fundamental a la salud. La Defensoría del Pueblo será la entidad encargada de coordinar este servicio, asegurando que los ciudadanos reciban orientación sobre los procedimientos, requisitos y plazos establecidos para la presentación de estos recursos. Así mismo, el Estado establecerá mecanismos adicionales, de manera presencial y digital, que faciliten el acceso a esta asesoría en todo el territorio nacional, con especial énfasis en las zonas rurales y en la población vulnerable. Se promoverán campañas de sensibilización y educación sobre los derechos fundamentales y el acceso a la justicia, y se garantizará que las personas puedan obtener asistencia sin que la falta de recursos o conocimiento dificulten el ejercicio de sus derechos.

Atentamente.

JUAN CARLOS WILLS OSPINA
Representante a la Cámara por Bogotá

JUSTIFICACIÓN

La justificación para incluir este artículo se basa en la necesidad de garantizar un acceso efectivo y equitativo a la justicia para todos los ciudadanos, especialmente aquellos en situaciones de vulnerabilidad o en zonas rurales. Aunque la Defensoría del Pueblo ya ofrece asesoría, la falta de recursos y barreras de acceso limitan su efectividad, lo que puede generar desigualdades en el ejercicio de los derechos.

Cámara de Representantes

JUAN CARLOS WILLS

Este artículo busca asegurar que todos los ciudadanos tengan acceso a orientación gratuita y oportuna sobre derechos de petición y tutelas, promoviendo una mayor inclusión, educación y participación en la protección de sus derechos fundamentales.

Calle 10 #7-51 Capitolio Nacional piso 1
www.juanwills.com
(317) 501 – 0000

@juanchowills
@juanchowills
JuanCWills

Art Nuevo

1092

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OLGA LUCÍA Velásquez

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES "

Agréguese un artículo nuevo al Proyecto de Ley que quedaría así:

ARTÍCULO NUEVO. CAPACITACIÓN EN SALUD MENTAL Y PSICOLOGÍA HOLÍSTICA. El Ministerio de Salud implementará capacitaciones y formaciones en salud mental y psicología holística abiertas para la ciudadanía.

Esta capacitación priorizará trabajadores públicos, miembros de la secretaría de educación y tendrá enfoque diferencial teniendo en cuenta a las mujeres, población LGTBIQ+, población raizal y palenquera, víctimas de conflicto armado, y población indígena.

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

ALT NUEVO

1093

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OLGA LUCÍA Velásquez

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES "

Agréguese un artículo nuevo al Proyecto de Ley que quedaría así:

ARTÍCULO NUEVO. UNIDADES DE SALUD MENTAL Y PSICOSOCIAL (USMP). Créense las Unidades de Salud Mental y Psicosocial (USMP) que serán incorporadas a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) o quien haga sus veces. Las USMP seguirán las directrices de la Ley 1616 de 2013 que, entre los ámbitos de atención, señala la creación de los Centros de Salud Mental Comunitaria y la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en Salud Mental.

Las USMP serán la base de la estructura del Sistema Integral de Atención Primaria en Salud Mental y Psicosocial Individual y Colectiva (SIAPSMIC) y su personal de atención se iniciará en el Sistema de Formación y Capacitación de Profesionales y Agentes en Salud Mental y Psicosocial (SFCPASMP).

Como personal básico las USMP tendrán un médico familiar o comunitario, una enfermera con formación en salud mental comunitaria, un psicólogo clínico con formación en PBE, un psicólogo comunitario con formación en salud mental, un psiquiatra con formación en Atención Primaria en Salud Mental (si hay disponibilidad), un trabajador social con formación comunitaria y salud mental.

Complementariamente las USPM se apoyarán de líderes y agentes comunitarios formados en el sistema y con sectores y disciplinas relacionadas con atención en salud mental como educación, trabajo, instituciones de apoyo.

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

ALT NUEVO

1094

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OLGA LUCÍA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

ALC 10/09/24

PROPOSICIÓN ADITIVA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES "

Agréguese un artículo nuevo al Proyecto de Ley que quedaría así:

ARTÍCULO NUEVO. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN EL ICBF. Impleméntese atención en salud mental continua para los menores a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, realizando tamizajes continuos de llegada, permanencia y egreso.

Esta atención en salud mental se realizará con enfoque diferencial, teniendo en cuenta mujeres, población LGTBIQ+, población raizal y palenquera, población afrocolombiana y población indígena.

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

ART NUEVO

1095

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OLGA LUCÍA Velásquez

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES "

Agréguese un artículo nuevo al Proyecto de Ley que quedaría así:

ARTÍCULO NUEVO. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS. El Ministerio de Educación, junto con el Ministerio de Salud y Protección Social, brindará los lineamientos para la implementación de atención en salud mental continua para aquellas personas vinculadas al sistema educativo colombiano, realizando tamizajes continuos de llegada, permanencia y egreso.

Esta atención en salud mental se realizará con enfoque diferencial, teniendo en cuenta mujeres, población LGTBIQ+, población raizal y palenquera, población afrocolombiana y población indígena.

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

ART NUEVO

1096

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OLGA LUCÍA Velásquez

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES "

Agréguese un artículo nuevo al Proyecto de Ley que quedaría así:

ARTÍCULO NUEVO.- PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL. Se implementarán campañas de promoción y prevención de Salud Mental. El Ministerio de Salud y Protección Social brindará los lineamientos para las campañas de promoción y prevención teniendo un enfoque territorial y de género.

.

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

Art nuevo

1097

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OLGA LUCÍA Velásquez

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES "

Agréguese un artículo nuevo al Proyecto de Ley que quedaría así:

ARTÍCULO NUEVO. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL PARA EL SECTOR CARCELARIO Y PENITENCIARIO EN COLOMBIA. Se instaurará la atención integral en salud mental y adicciones en los centros carcelarios, centros penitenciarios y centros de reclusión a menores para que se realicen tamizajes de ingreso y egreso que permitan identificar el tratamiento que conduzca a la resocialización.

Asimismo, la población privada de la libertad en centros recibirá atención continua bajo 3 ejes fundamentales: promoción, prevención y atención integral. Además, tendrá un enfoque diferencial, incluyendo, mujeres, población LGTBIQ+, población indígena y población racial.

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

ALT. NUEVO

1098

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OLGA LUCÍA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES "

Agréguese un artículo nuevo al Proyecto de Ley que quedaría así:

ARTÍCULO NUEVO. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL PARA TRABAJADORES DE LA SALUD. Se instaurará la atención integral en salud mental y adicciones para los trabajadores de la salud para que se realicen tamizajes continuos que brinden los lineamientos para campañas de prevención y promoción de la salud mental, así como identificar la necesidad de un tratamiento.

Asimismo, las y los profesionales de la salud recibirán atención continua en salud mental bajo 3 ejes fundamentales: promoción, prevención y atención integral. Además, tendrá un enfoque diferencial, incluyendo, mujeres, población LGTBIQ+, población indígena y población racial.

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

1099

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OLGA LUCÍA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES "

Agréguese un artículo nuevo al Proyecto de Ley que quedaría así:

ARTÍCULO NUEVO. RED MIXTA NACIONAL Y TERRITORIAL DE SALUD MENTAL.

Créese la Red Mixta Nacional y Territorial en Salud Mental, conformada por las diferentes instancias de carácter público y privado, como de las comunidades organizadas en los territorios dedicados a la formación, la prestación y el cuidado, así como a los diferentes colegios que recogen las disciplinas asociadas a la atención integral en salud mental. Esta red se encargará de organizar la implantación de las políticas públicas de salud mental y adicciones, así como las rutas integrales de atención a salud mental, y las diferentes estrategias, planes programas y proyectos de prevención y orientación y atención integral en salud mental y adicciones.

Esta Red comprenderá la disponibilidad de los servicios relacionados para la promoción, prevención y atención en salud mental de la siguiente manera:

1. Atención ambulatoria:

- Unidades de atención especializada y de reacción inmediata en salud mental en las cuales se evidencie la detección temprana de las afecciones en salud mental y se realice un abordaje, intervención, seguimiento, evaluación y supervisión de los programas llevados a cabo en cada territorio

- Apoyo psicosocial para la prevención de las primeras patologías psicosociales y de los factores de riesgos asociados a las enfermedades mentales

- Protocolos y Rutas Integrales de Atención para que sean implementados en todas las instancias de carácter públicas y privadas que permitan el abordaje en casos relacionados a factores de riesgo, que afectan o impactan la salud mental de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes

- Mesas regionales de apoyo y centros de escucha lide[illegible] especialidades, incorporando la telemedicina y telesalud a los niveles primarios y a los equipos territoriales de salud

2. Atención hospitalaria:

- Tratamiento efectivo y eficaz en Salud mental, disponiendo de los profesionales necesarios para lograr la cobertura de la demanda en las condiciones de calidad y cualificación requeridas para lograr atenciones óptimas

- Continuidad de la atención después del alta hospitalaria, garantizando resultados óptimos y efectivos en la Salud Mental de los pacientes.

Parágrafo. Sin perjuicio de lo anterior, el Consejo Nacional de Salud Mental deberá fortalecer las funciones contempladas en el Artículo 30 de la Ley 1616 del 2013.

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

Art nuevo

1100

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OLGA LUCÍA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES "

Agréguese un artículo nuevo al Proyecto de Ley que quedaría así:

ARTÍCULO NUEVO. RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD MENTAL.

El Ministerio de Salud y Protección Social dictará los lineamientos para la implementación de capacitaciones obligatorias a profesionales que trabajen en atención primaria en Salud para la identificación de posibles patologías y afecciones de Salud Mental de pacientes en un primer nivel, con el objetivo de brindar información relacionada a profesionales en el área de Salud Mental para el tratamiento temprano de las enfermedades y afecciones mentales.

Asimismo, en coadyuva del Ministerio de Educación Nacional y de las diferentes universidades, se ampliarán los cupos para especialidades y subespecialidades en materia de Salud Mental, permitiendo la formación de un mayor número de especialistas en Psiquiatría o en Psicología Clínica.

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

Art nuevo

1101

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OLGA LUCÍA Velásquez

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES "

Añadase siguiente artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 de Cámara, el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. Servicio Social Obligatorio (SSO) en Salud Mental. El Ministerio de Educación, en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social, se encargarán de brindar los lineamientos para la implementación del Servicio Social Obligatorio (SSO) para los y las profesionales en psicología y trabajadores sociales de tal manera que se contemple dentro de sus estudios profesionales y se incluya como experiencia laboral. Además, las personas que integran estos equipos gozarán de las garantías laborales de que trata la presente Ley para los trabajadores estatales de la salud.

Las plantas de personal de salud que cumplen el Servicio Social Obligatorio (SSO) se articularán especialmente a los equipos de Atención Primaria Integral en Salud (APIRS) y a los equipos de atención en donde sean necesarios especialmente en regiones apartadas.

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

Act 00000

1102

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OLGA LUCÍA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

1 ✓
AIO
10/09/

PROPOSICIÓN ADITIVA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES "

Añadase siguiente artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 de Cámara, el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. SUBCUENTA PARA LA PROMOCIÓN DE LA BUENA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y TRASTORNO MENTAL, E INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL.

La cuenta para la promoción, prevención e investigación en salud mental tendrá las siguientes fuentes, de acuerdo con el artículo 6º. del Decreto 1893 de 1994, donde se estableque que los ingresos de los Fondos Seccionales de Salud son:

a) El Situado Fiscal para salud, asignado al departamento según el artículo 356 de la Constitución Política, la Ley 60 de 1993 y las demás normas que la desarrollen o complementen;
b) Las rentas e impuestos establecidos en las normas constitucionales y legales con destinación para salud en el departamento, tales como:
- El impuesto sobre la venta de licores de producción nacional de acuerdo con el artículo 463 del Estatuto Tributario;
- El impuesto sobre las ventas de cervezas y sifones cedidos a la salud;
- El componente del impuesto de registro y anotación con destinación especial a salud, de conformidad con las disposiciones legales sobre la materia.
- Con periodicidad mensual, conforme a la ley, el impuesto a ganadores de loterías.
- Los premios no reclamados de las loterías, cuando contable y legalmente se establezca este concepto.
- Con periodicidad mensual, conforme a la ley, el impuesto a la venta de billetes de loterías de otros departamentos, bien sea recaudado en primera instancia por beneficencias o loterías.
- Con periodicidad mensual, conforme a la ley, la integridad de las utilidades por la explotación del monopolio rentístico de loterías ordinarias o especiales de carácter departamental, de acuerdo con la

apropiación presupuestal existente sin necesidad de cierre contable y en los plazos para el efecto establecidos en las disposiciones legales.

- Con periodicidad mensual, dentro de los treinta (30) días siguientes a la liquidación del sorteo, la integridad de las utilidades provenientes de la explotación del derecho de la respectiva lotería a realizar sorteos extraordinarios, sea que lo haga en forma independiente o asociada, de acuerdo con la apropiación presupuestal existente sin necesidad de cierre contable y en los plazos para el efecto establecidos en las disposiciones legales.

- Las regalías por la concesión del juego de apuestas permanentes, o las utilidades por su explotación directa.

- La participación que corresponda a la salud por la explotación del monopolio de licores de conformidad con las disposiciones legales sobre la materia.

- Los impuestos a los formularios, recaudos y premios de los concursos de apuestas sobre eventos hípicos, deportivos y similares;

c) Las demás partidas diferentes al Situado Fiscal apropiadas directamente para el departamento en el presupuesto nacional, con destino a programas de salud;

d) Los recursos y aportes que a cualquier título se asignen o reciban directamente por el departamento con destinación para el sistema territorial de seguridad social en salud;

e) El valor de los rendimientos por inversiones financieras, de conformidad con lo establecido en la letra e) del artículo 5º del presente Decreto;

f) Los recursos por concepto de tasas o derechos por la expedición de permisos, licencias, registros y certificaciones fijados por la dirección seccional de salud y que se destinan al sector salud;

g) Los recursos propios de las entidades departamentales que se destinen a cofinanciación de los sistemas territoriales de seguridad social en salud a nivel seccional, provenientes de las subcuentas de solidaridad del régimen de subsidios en salud, de la subcuenta de promoción de la salud, y de ser el caso, de la subcuenta del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, pertenecientes al Fondo de Solidaridad y Garantía, y que no tengan como destino directo las entidades descentralizadas que prestan servicios de salud. Así mismo

sus propios recursos que cofinancien proyectos de inversión en cuales quiera de las áreas de la seguridad social en salud;

h) Las demás rentas y recursos que se generen para los sistemas territoriales de seguridad social en salud en los departamentos

- Rentas cedidas a las entidades territoriales y otras de destinación específica para salud. Estos recursos territoriales únicamente serán contabilizados en esta subcuenta del Fondo con base en la información que presenten las entidades territoriales respectivas.
- Otros aportes departamentales y distritales dedicados a fortalecer la prestación de servicios en las Instituciones Sanitarias Estatales, que destinen los departamentos al fortalecimiento de la red pública. Estos recursos territoriales únicamente serán contabilizados en esta cuenta del Fondo, con base en la información que presenten las entidades territoriales respectivas.
- Recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la Oferta en el nivel Departamental, que serán transferidos por el Ministerio de Hacienda directamente a los Departamentos y Distritos.
- Aportes del presupuesto nacional para garantizar el cierre presupuestal de hospitales de mediana y alta complejidad en regiones con población dispersa y menor posibilidad de ingresos por venta de servicios.
- Sistema General de Participaciones: 90% de los recursos para salud con destino a los municipios y distritos. El criterio de distribución será exclusivamente poblacional.
- Aportes de trabajadores y empresas destinados a solidaridad, equivalentes a 1,5 puntos de la cotización en salud.
- Recursos propios de municipios y distritos, incluido Coljuegos municipal, que actualmente financian el Régimen Subsidiado.
- Recursos destinados a la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de la población migrante y otras poblaciones especiales que destinen la nación u organismos internacionales, distribuidos a los municipios para la atención de estas poblaciones, de acuerdo con los criterios establecidos por las instituciones que aportan los recursos.
- Aportes del Presupuesto Nacional para el fomento de la Atención Primaria.
- Otros recursos que se orienten a la Atención Primaria en Salud

Usos

- Campañas de prevención en salud mental
- Campañas de promoción en salud mental
- Investigación en salud mental

1105

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OLGA LUCÍA Velásquez

- **Creación de rutas de atención articuladas que le permitan a la población colombiana tener acceso a los diferentes servicios de salud mental.**
- **Capacitación a los trabajadores de atención primaria en salud en atención en salud mental.**

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

ART NUEVO

1106

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

GERSON LISIMACO MONTAÑO
REPRESENTANTE CAMARA DE PAZ

RECOMPAS

Bogotá, diciembre de 2024.

Doctor:
Jaime Raúl salamanca Torres.
Presidente Honorable Cámara de Representantes
Congreso de la República.
Ciudad. -

Cordial saludo.

Comedidamente me permito presentar proposición aditiva al Proyecto de Ley No. 312 de 2024, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

PROPOSICION ADITIVA

El Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", tendrá un **ARTICULO NUEVO** y quedará así:

Artículo Nuevo. Dignificación a los cuidadores de personas con discapacidad: De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, para expedir norma con fuerza de ley que tenga como objeto dignificar el rol de los cuidadores de personas con discapacidad de las diferentes categorías establecidas en el manual técnico del registro y certificación de discapacidad contemplado en la Resolución número 1239 del 29 de julio de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social o la que la modifique, para que accedan a programas de emprendimiento, vivienda, al sistema de salud, a espacios de participación y de planificación de los entes territoriales y el uso de nuevas tecnologías.

Atentamente,

GERSON LISIMACO MONTAÑO ARIZALA
Representante a la Cámara CITREP-10

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

1107

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso, el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

PROPOSICIÓN ADITIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No 312 de 2023 Cámara, el cual quedará así:

Artículo X. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con las entidades territoriales, debe garantizar la capacitación y certificación en primero auxilios psicológicos, de todos los trabajadores del nuevo sistema de salud, administrativos y asistenciales en todos los niveles de atención, este certificado debe ser un requisito en la documentación contractual del trabajador.

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

JUSTIFICACIÓN

La proposición encuentra pleno respaldo en el ordenamiento jurídico colombiano, particularmente en los artículos 25° y 54° de la Constitución Política, que garantizan condiciones dignas y justas de trabajo, así como la obligación estatal de promover la formación y capacitación de los trabajadores. Este mandato constitucional se desarrolla en normas específicas como la Ley 1616 de 2013 de Salud Mental y el Decreto 1443 de 2014 sobre el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que establecen la capacitación como un componente fundamental de la protección integral del talento humano. Aunado a lo anterior, la jurisprudencia constitucional, representada en sentencias como la C-893 de 2009 y la T-138 de 2019, ha sido consistente en reconocer la capacitación como un derecho de los trabajadores, un elemento esencial de la dignificación laboral y resalta la importancia de la salud mental en los entornos laborales. En este contexto, la proposición que establece la capacitación y certificación en primeros auxilios psicológicos como requisito contractual para los trabajadores del sistema de salud no solo desarrolla estos mandatos constitucionales y legales, sino que responde a una necesidad imperativa de cualificar el talento humano, fortalecer sus capacidades de atención integral y reconocer la dimensión psicológica como un componente esencial del bienestar laboral en el sector salud.

ART NUEVO

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
10 DIC 2024
RECIBIDO

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

PROPOSICIÓN ADITIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No 312 de 2023 Cámara

Artículo X. Obligatoriedad del pago de cotizaciones y contribuciones. La liquidación y pago de las cotizaciones y contribuciones al sistema de salud son obligatorias. El incumplimiento de las obligaciones formales y sustanciales del pago de las cotizaciones y contribuciones obligatorias al sistema de salud será objeto de control y cobro por parte del Estado, a cargo del órgano competente en la materia. En ningún caso el incumplimiento formal o sustancial de las obligaciones de pago de las cotizaciones y contribuciones al sistema de salud por parte de las empresas, trabajadores, pensionados o rentistas constituirá una barrera de acceso para solicitar y recibir los servicios de salud en el territorio nacional.

La Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social, UGPP, será la entidad competente para adelantar las acciones de determinación y cobro de las Contribuciones Parafiscales en salud, respecto de las personas naturales con ingresos ordinarios no mensualizados o extraordinarios, los omisos e inexactos.

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

JUSTIFICACIÓN

La proposición se fundamenta en los principios constitucionales de protección integral, dignidad humana y prevalencia del derecho a la salud sobre consideraciones administrativas o económicas. Los artículos 1°, 13 y 49 de la Constitución Política establecen el compromiso estatal de garantizar el acceso universal e igualitario a los servicios de salud, independientemente de la situación económica o contributiva de los individuos. Desde una perspectiva sociológica, la proposición reconoce la complejidad del mercado laboral colombiano, caracterizado por informalidad, pluralidad de formas de vinculación y desigualdades estructurales, estableciendo mecanismos que impidan que las dificultades económicas o administrativas se conviertan en obstáculos para el acceso a servicios de salud. La asignación de competencias a la UGPP para el control y cobro de contribuciones parafiscales representa un avance en la eficiencia administrativa y la lucha contra la evasión, sin comprometer el derecho fundamental a la salud. La jurisprudencia constitucional, particularmente en sentencias como la T-177 de 2019 y la T-140 de 2020, ha sido enfática en señalar que ninguna barrera administrativa o económica puede interrumpir la prestación de servicios médicos, especialmente cuando está en riesgo la vida o la integridad de las personas. Esta proposición materializa ese mandato constitucional, estableciendo un equilibrio entre la responsabilidad contributiva y la garantía del derecho a la salud como principio universal e inalienable.

ART NUEVO

1109

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

PROPOSICIÓN ADITIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No 312 de 2023 Cámara:

Artículo X. Régimen y Política Laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud, El régimen y política laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud se establecerá de acuerdo a los requerimientos de cantidad, perfiles y organización y a las características del Sistema de Salud, constituyéndose en un régimen especial.

En el marco de lo dispuesto por la Ley 1751 en los artículos 17 y 18, la política deberá incluir los criterios generales para mejorar las condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales, garantizar la educación continua y de actualización a todo el personal sanitario y especialmente a quienes tengan que trasladarse a lugares ubicados por fuera de las ciudades capitales.

El régimen laboral especial para los servidores públicos de las Instituciones de Salud del Estado no estará sujeto a los limites que en materia salarial establecen las Leyes 4° de 1992 y 617 de 2000.

Igualmente, promoverá y articulará el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud en condiciones adecuadas de desempeño, gestión y desarrollo de los Trabajadores de la Salud y su reconocimiento en los procesos de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades; de acuerdo con los estándares internacionales de la legislación en el trabajo, especialmente los mandatos de la OIT y se verá reflejada en políticas institucionales de largo plazo que permitan garantizar la calidad de los servicios de salud y el desarrollo integral de los trabajadores como eje fundamental del Sistema de Salud.

El Gobierno Nacional, dentro del año a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, formulará e implementará incentivos que contribuyan a incrementar la atracción, captación y retención de profesionales, tecnólogos y técnicos en salud necesarios, pertinentes y suficientes en las zonas rurales y remotas con población dispersa, los departamentos con mayores índices de pobreza multidimensional y los municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Tertitorial, con el propósito de reducir las brechas de desigualdad en salud, en el marco de la garantía al derecho fundamental a la salud, y aumentar la disponibilidad de talento humano en salud, adecuadamente capacitado y distribuido de forma eficiente.

Así mismo, estos incentivos buscarán el fortalecimiento de perfiles necesarios para la implementación del Modelo Preventivo y Predictivo con enfoque diferencial y territorial buscando el empoderamiento comunitario y la generación de capacidad humana, incluyendo aquellos grupos sociales de salud como las parteras y médicos (as) tradicionales.

Así se deberá generar planes de acción contingentes para gestionar los problemas que surjan como consecuencia de eventos extraordinarios en los territorios, como desastres naturales, epidemias u otros.

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

PROPOSICIÓN ADITIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No 312 de 2023 Cámara

Artículo X. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo tendrá cobertura para todo el talento humano del sistema de salud, independiente de su forma de vinculación. La inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas del Sistema de Riesgos Laborales por parte de los empleadores y contratantes corresponde al Ministerio del Trabajo de acuerdo con sus competencias.

Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas, mixtas y privadas y demás organizaciones que vinculen talento humano del sistema de salud deben desarrollar los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo conforme lo dispuesto en la Ley 1562 de 2012, el Decreto Ley 1295 de 1994 o las que las modifiquen o adicionen y demás normas concordantes. Para tal efecto deben destinar los recursos suficientes de acuerdo con el número de trabajadores y la complejidad de la organización.

Dicho sistema deberá incluir las acciones dirigidas el mejoramiento de la calidad de vida, cuidado de la salud mental y bienestar del talento humano del sistema de salud creando espacios e instancias donde puedan desarrollar actividades que favorezcan su desarrollo personal y profesional desde una perspectiva de integralidad y trato digno, abarcando aspectos laborales, económicos, culturales, académicos, deportivos y familiares.

Parágrafo. El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo deberá tener en cuenta que el control de los factores de riesgos laborales deberá enfocarse en los riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud.

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

ART NUEVO

1777

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No 312 de 2023 Cámara

Artículo X. Servicio Social Obligatorio y Médicos Residentes. Las instituciones de salud deberán incluir en sus plantas de personal los cargos de los profesionales para la prestación del Servicio Social Obligatorio (SSO) que participarán en equipos de Atención Primaria en Salud (APS) y a los equipos de atención en donde sean necesarios especialmente en regiones apartadas.

En el marco del Sistema Nacional de Residencias Medicas, de que trata la Ley 1917 de 2018, los médicos residentes podrán ser incluidos en los equipos de atención en regiones apartadas según las necesidades de cada región conforme al concepto de Territorios Saludables, mediante convenios suscrito entre la institución de salud y la institución de educación superior, en el marco de la relación docencia-servicio.

Para la vinculación de los médicos y médicas residentes, incluidos en los equipos de atención, las instituciones públicas deberán ser vinculados a término fijo como trabajadores de la salud, y se les reconocerá el apoyo de sostenimiento educativo creado en la Ley 1917 de 2018. En todo caso, estarán bajo la supervisión y control de médicos especialistas y de las correspondientes instituciones de educación superior.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá lineamientos y estrategias para la dignificación plena del Servicio Social Obligatorio y Médicos Residentes en materia de salud mental y acompañamiento psicoemocional, garantías de protección de la vida e integridad del profesional para el ejercicio de su labor y acceso meritocrático a las plazas en los términos dispuestos en la Ley 1150 de 2007 y en la Ley 1917 de 2018.

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

I. PROPOSICIONES ADITIVAS DERECHOS DE LOS TRABAJADORES EN SALUD

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso, el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

PROPOSICIÓN ADITIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No 312 de 2023 Cámara

Artículo X. Dentro de los ejes centrales del modelo de atención se establece la humanización como criterio transversal en la promoción, prevención y predicción, con un enfoque de bienestar para las personas, familias y comunidades, así como para los trabajadores de la salud.

EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

JUSTIFICACIÓN

La presente proposición encuentra su sustento jurídico en el marco constitucional colombiano, específicamente en los artículos 1° y 49° de la Carta Política, que consagran a Colombia como un Estado Social de Derecho, fundamentado en la dignidad humana y la salud como un servicio público y derecho fundamental. La jurisprudencia de la Corte Constitucional, particularmente en sentencias como la T-760 de 2008 y la T-213 de 2022, ha sido enfática en reconocer la necesidad de transformar el modelo de atención en salud, trascendiendo un enfoque puramente biomédico hacia una perspectiva integral que reconozca la condición humana tanto de los pacientes como de los trabajadores del sector. Este mandato se complementa con desarrollos normativos como la Ley 1164 de 2007 y la Resolución 3100 de 2019, que promueven estándares de calidad y humanización en la prestación de servicios de salud. La proposición responde así a un imperativo constitucional y legal de construir un sistema de salud que privilegie el bienestar integral, reconociendo la dignidad de todos los actores involucrados y estableciendo la humanización como un criterio transversal que cualifica la atención en salud, añadiendo a los trabajadores como actores esenciales del sector. Se finaliza la misma enfatizando que este artículo puede encontrar lugar en el primer título y capítulo del proyecto de ley.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CAMARA DE REPRESENTANTES

Partido Conservador

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

ARTICULO NUEVO AL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

"**Artículo NUEVO. Objeción de conciencia en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** Todas las personas encargadas de intervenir o realizar determinado procedimiento en cualquier etapa del mismo, son titulares del derecho a la objeción de conciencia, sin importar su condición de particulares o de servidores públicos. Por tanto, es aplicable la objeción de conciencia para el talento humano de salud en formación, para todos los prestadores de servicios, profesionales y trabajadores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, independientemente del tipo de vinculación.

Una vez presentada la objeción de conciencia, el objetor no estará obligado a realizar o participar en la realización del procedimiento objetado. Toda forma de constreñimiento al objetor será considerada un acto de acoso laboral y/o un incumplimiento de las obligaciones legales en cabeza del contratante del objetor.

Parágrafo 1. Para el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia en el área de salud, esta debe ser formulada ante el jefe inmediato, por escrito o verbalmente, de manera clara, expresa y motivada, y podrá invocarse en cualquier momento antes de cualquier procedimiento que vulnere su conciencia.

El jefe inmediato ante el cual haya sido presentada la objeción de conciencia deberá dar impulso al trámite administrativo correspondiente, que no puede superar las 24 horas desde que recibe la declaración por parte del objetor. En todo caso, mientras se tenga respuesta, no podrá exigirse el cumplimiento de la labor que va en contra de la conciencia.

El escrito deberá contener: Nombre del objetor, número de identificación, fecha, motivos de objeción y firma.

Parágrafo 2. En el caso en que la objeción de conciencia sea presentada de manera verbal, cuando el objetor deba cumplir de manera inmediata con el deber que objeta, se deberá allegar la documentación prevista en este artículo, en un plazo no superior a quince (15) días calendario, contados a partir del día siguiente de la objeción. No obstante, la obligación de no hacer, como consecuencia de la objeción verbal presentada, se cumplirá inmediatamente.

Parágrafo 3. No podrá exigirse otro requisito distinto a los aquí contemplados.

Parágrafo 4: No habrá listas públicas de objetores de conciencia en las entidades públicas o privadas cuyo contenido pueda ser utilizado para un acto discriminatorio.

Parágrafo 5: En procesos de selección para acceder a un cargo no podrá preguntarse si es objetor o no de conciencia, y esta no podrá constituir un criterio de selección".

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

LUIS MIGUEL LOPEZ ARISTIZABAL
Representante a la Cámara
Departamento de Antioquia

JUSTIFICACION

Es necesario brindar un desarrollo el derecho fundamental a la objeción de conciencia consagrado en el artículo 18 de la Constitución Política y establecer disposiciones especiales con respecto a su procedencia en el área de la salud y de la administración de justicia.

La objeción de conciencia ha sido definida por la doctrina como el derecho que tiene toda persona natural de oponerse en cualquier momento a un deber jurídico determinado, cuando su cumplimiento entra en conflicto con sus convicciones o creencias de orden religioso, filosófico, ético o moral[1] .

El Estado colombiano tiene la obligación internacional y constitucional de proteger efectivamente el derecho a la objeción de conciencia en virtud de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y lo establecido por la Constitución Política de 1991. No obstante, no existe una ley que regule lo esencial del derecho fundamental a la objeción de conciencia.

Para la doctrina jurídica el derecho a la objeción de conciencia se concreta en: "El derecho de toda persona a observar una conducta externa consecuente con sus convicciones, internas, a no ser obligada a actuar en contra de estas y a no ser discriminada o perseguida por ello"[2].

A partir de la Sentencia C-728 de 2009, se reconoció que la objeción de conciencia es un derecho fundamental de aplicación inmediata que no requiere desarrollo legislativo para ser ejercido.

Objeción de conciencia en ámbitos laborales (T-739 de 2013), al referirse que no es permitido obligar a un trabajador a elegir entre sus obligaciones laborales y los deberes derivados de su vocación religiosa y sus creencias.

---

[1] Soriano, Ramón (1987). La Objeción de conciencia: significado, fundamentos jurídicos y positivación en el ordenamiento jurídico español. Pp. 78-80. Revista Estudios Políticos (Nueva Época). Núm. 58.

[2] Idem

ART NUEVO

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
11 DIC 2024
RECIBIDO

1116

PROPOSICION

Adiciónese un articulo nuevo al proyecto de ley 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de ley 135 de 2024 Cámara, "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Artículo xxxx Trámites ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). **El Instituto Nacional de Medicamentos y Alimentos- INVIMA- implementará las medidas y procesos que sean necesarias para garantizar el fortalecimiento y el crecimiento de la fabricación local de medicamentos en Colombia mediante la agilización y validación de un mecanismo para estos trámites por medio del cual previo cumplimiento de los requerimientos técnicos y legales contemplados en la normatividad se obtenga las aprobaciones en un tiempo no mayor de 6 meses. Así mismo que para los medicamentos importados se les impongan los mismos condicionamiento y controles que se exige a los medicamentos nacionales para poder otorgar los registros**

Justificación

Teniendo en cuenta la importancia de poder fortalecer la capacidad de fabricación del país tal y como está establecido tanto en el Plan Nacional de Desarrollo como en la Ley 2336 de 2024 respecto de la autonomía sanitaria, es de igual forma importante poder aunar todos los esfuerzos y materializarlos en medidas que contribuyan a ese fortalecimiento de la capacidad local en aras de atender las necesidades de los colombianos, para lo cual si bien está contemplado el fortalecimiento del Invima como autoridad sanitaria, es necesario adoptar medidas más en concreto y a corto plazo que permitan previo cumplimiento de las exigencias vigentes el acceso a más medicamentos garantizando la seguridad, calidad y eficacia con tiempos competitivos que permitan ese desarrollo local permanente.

DIEGO PATIÑO AMARILES
Representante a la Cámara
Departamento de Risaralda

Art nuevo

1117

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá D.C., diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO
Hora: 12 diciembre 9:33am

PROPOSICIÓN

Adiciónese un artículo nuevo al 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", así:

ARTÍCULO NUEVO. RÉGIMEN ESPECIAL POR CONVENCIÓN COLECTIVA. Los trabajadores, cuyo empleador esté reconocido como una Entidad Adaptada en Salud o sean beneficiarios de una Convención Colectiva de Trabajo, Pacto Colectivo o Laudo Arbitral que obligue a sus empleadores a prestar directamente los servicios de salud o a contratar la prestación integral de los servicios de salud con un tercero, estarán sujetos a un régimen especial con las siguientes características:

a) El régimen especial será administrado por los empleadores en los términos que señale la respectiva Convención Colectiva de Trabajo, Pacto Colectivo o Laudo Arbitral.
b) Se financiará con las cotizaciones que se establecen en la presente ley y serán recaudadas por los propios empleadores.
c) Los empleadores podrán prestar directamente los servicios de salud y/o contratarlos con otras instituciones prestadoras de servicios de salud.
d) A los beneficiarios se les deberán garantizar los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad con enfoque de atención primaria en salud incluyendo servicios de mediana y alta complejidad y las prestaciones económicas, de acuerdo lo dispuesto en la presente ley.
e) Los empleadores podrán suscribir convenios con la ADRES para garantizar el pago de las incapacidades por enfermedades de origen común.
f) Serán beneficiarias las personas que estén contempladas en las respectivas convenciones colectivas de trabajo, incluidos los pensionados y sus beneficiarios cuando la norma convencional así lo contemple.

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

JUSTIFICACIÓN

La nueva reforma a la salud presentada por el gobierno nacional busca centralizar el recaudo de los recursos del sistema y el pago de los servicios de salud en el Estado a través de la ADRES y divide la prestación de los servicios de salud en dos grandes niveles: (i) atención primaria en salud (APS) y (ii) nivel complementario, que consiste en la prestación de servicios de mediana y alta complejidad.

Todos los recursos del sistema (cotizaciones de trabajadores y empleadores, asignaciones de los presupuestos de la Nación y las Entidades territoriales, recursos del Sistema General de Participaciones, impuestos específicos, etc.) deben ingresar a un nuevo fondo denominado Fondo Único Público de Salud, el cual será administrado por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES. Con estos recursos, la ADRES debe pagar los servicios que las instituciones (IPS) prestan en el nivel de la Atención Primario en Salud y en el nivel complementario (mediana y alta complejidad).

Las EPS se transforman en Gestoras de Salud y Vida y podrán participar en la organización de los servicios de APS y del nivel complementario. A cambio de su actividad, recibirán una remuneración equivalente a un porcentaje entre el 5% y el 8% de la UPC que defina el Ministerio de Salud.

La reforma no plantea la posibilidad de que se ofrezcan planes complementarios de salud y tampoco regula nada sobre los planes de medicina prepagada o las pólizas de salud. Sin embargo, en la práctica les da un duro golpe en la medida en que a las Gestoras (hoy EPS) no se les van a girar los recursos de la UPC, por lo que no podrán utilizar estos recursos para financiar parte de los planes complementarios o los de medicina prepagada. Esta situación afectaría de manera muy negativa el servicio de salud que SINTRAEMSDES y otras organizaciones sindicales tienen pactados en el Convención, en la medida en que los costos de los planes complementarios y de medicina prepagada se encarecerían en grandes proporciones.

Por lo tanto, para blindar el servicio médico en la EAAB (y en otras empresas como la ETB), es necesario que se introduzca un nuevo artículo en la reforma que incluya los servicios médicos pactados en convenciones colectivas como un régimen especial tal y como está dispuesto para el caso de los trabajadores de las universidades públicas.

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel. 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

La propuesta consiste básicamente en que las empresas que por convención colectiva están obligadas a contratar un plan de salud queden en un régimen especial que les permita recaudar las cotizaciones al sistema de salud y con estos recursos prestar de manera directa los servicios de salud o contratarlos con terceros.

Atentamente.

MariaFCarrasalk

MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS
Representante a la Cámara por Bogotá

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

Modesto Aguilera
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
ATLÁNTICO • 2022 - 2026

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

Art nuevo
1/19

PROPOSICIÓN

Adiciónese un artículo nuevo al texto propuesto para segundo debate del proyecto de ley No. 166 de 2023 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. Línea de atención de denuncias para talento humano en salud. Créese la línea de atención para denuncias por parte el talento humano salud, que deberá contar con correo electrónico, línea telefónica y pagina web a cargo del Ministerio de Trabajo por medio de la cual se podrá también de forma anónima, solicitar información y visitas e inspección del Ministerio del Trabajo, cuando se sospeche el no cumplimiento de las disposiciones descritas en la presente ley, el resultado de dicha inspección deberá ser publicado en la página web del Ministerio del Trabajo con respectivo registro escrito y fotográfico, fílmico o audio dependiendo el caso.
PARÁGRAFO: El término para la implementación de la presente disposición no podrá exceder el periodo de un (1) año contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Atentamente,

Modesto Aguilera Vides
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

ART NUEVO

Modesto Aguilera
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
ATLÁNTICO • 2022 • 2026

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SECRETARÍA GENERAL
12 DIC 2024
RECIBIDO

1120

PROPOSICIÓN

Adiciónese un artículo nuevo al texto propuesto para segundo debate del proyecto de ley No. 166 de 2023 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. ESPACIOS DE DESCANSOS ADECUADOS PARA TALENTO HUMANO EN SALUD. El contratante y/o empleador, deberá garantizar sitios de descanso cómodos y adecuados dentro de las instalaciones, donde se desarrolle la prestación del servicio, para el personal que brinde atención médica en las áreas de:

a) Urgencias.
b) Unidad de cuidados intensivos.
c) Hospitalización.
d) Salas de cirugía.
e) Salas de parto.

PARÁGRAFO: El término para la implementación de la presente disposición no podrá exceder el periodo de un (1) año contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

JUSTIFICACIÓN

Proponemos la creación y adecuación de los espacios de descanso para el talento humano en salud, que presten los servicios de atención médica a pacientes en las áreas críticas, lo anterior, con el fin de garantizar las condiciones justas y prevenir el agotamiento profesional, según datos del CDC (Centros para el control y Prevención de Enfermedades) "*Los trabajadores de la salud se exponen a múltiples riesgos en su entorno laboral que los predisponen al cansancio encontrando, como uno de los más relevantes, el estrés ocupacional; aunque estos factores de riesgo pueden ser mitigados, actualmente los trabajadores de la salud presentan cada vez mayor número de lesiones y enfermedades laborales que han mostrado un incremento en la última década en comparación con otros sectores económicos.*"

Así mismo, un artículo sobre las Intervenciones para reducir las consecuencias de estrés en médicos, Shanafeit et (2012), describió que los médicos comparados con la población general son más propensos a tener agotamiento físico y estar inconformes con su estilo de vida laboral; una de las principales razones de esta situación es que los médicos no le ponen cuidado a sus necesidades de bienestar y no están dispuestos a pedir ayuda de otros. Un ejemplo de esta situación es el estudio de Wallace et,al.2009, que encontró que del 25% de los médicos con depresión solo el 2% pidió ayuda.

Aunado a lo anterior, de acuerdo con el Ministerio de salud, en su guía para prevenir el cansancio en el personal de la salud, los médicos de urgencias tienen niveles de agotamiento superior al 60% comparándolos con los médicos generales que tienen el 38%3, los profesionales entre los 30 y 50 años o al inicio de su vida laboral 14%, los profesionales en el turno de la noche y las mujeres 14%.

El cansancio del equipo asistencial en sí es un factor contributivo del individuo, que puede predisponer la ocurrencia de fallas activas o acciones inseguras como lo sustenta un estudio realizado por Arora et,al 2010 y Pottier,et,al.2013, en donde describen: "Cuando hay mayor tensión hay mayores daños procesales y a nivel del razonamiento clínico", por otro lado, de acuerdo a un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud, cuando el individuo está sometido a estrés laboral, puede:

- Incrementar su estado de irritabilidad y angustia.
- Ser incapaz de relajarse o concentrarse.
- Tener dificultad para pensar con lógica y tomar decisiones.
- Disminuir su compromiso con el trabajo y su elaboración.
- Sentir cansancio, depresiones e intranquilidad.
- Tener dificultad para dormir.

Sufrir trastornos físicos.

Por ellos, es importante trabajar en garantizar que el personal de salud se encuentre en condiciones de alerta adecuadas para la atención de los pacientes.

Atentamente,

Modesto Aguilera Vides
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

Nueva

1121

Honorable Representante
Jaime Raúl Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes

PROPOSICIÓN ARTICULO NUEVO

Proposición aditiva de articulo nuevo No. _X_ del 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" el cual quedará así:

Articulo __. Historias clinicas. Las historias clinicas deberán ser unificadas por parte de los prestadores de salud (Eps, Ips, Hospitales y otros) en una plataforma web que permita acceder al usuario a su historia clínica y con ello a cualquier entidad donde este sea atendido.

Justificación: Los usuarios mantendrán el control sobre sus datos personales, sin embargo evitaran depender de documentos físicos para acceder a los diferentes servicios, y el medico tratante podrá ver la información correspondiente sin tener que pasar la mitad de la consulta diligenciando datos que ya tiene el sistema, y podrá confrontar sus hallazgos, los dichos del paciente contra las historias clínicas pasadas.

Atentamente

ORLANDO CASTILLO ADVINCULA
REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP 9 PACIFICO MEDIO

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO
11:05am

Alirio Uribe Muñoz
Representante a la Cámara por Bogotá

ALT NUEVO
1122

Bogotá DC., 10 de diciembre de 2024

PROPOSICIÓN

Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo Nuevo. Acceso expedito a los servicios de salud. La Superintendencia Nacional de Salud, el Consejo Superior de la Judicatura y el Ministerio de Justicia y del Derecho, implementarán conjuntamente estrategias que permitan la descongestión en el acceso a los servicios de salud, a partir de los mecanismos administrativos que se adopten para hacer explícito el acceso al Sistema de Salud. No obstante, las garantías de protección del derecho fundamental a la salud deben ser plenas en el Sistema de Salud y en el Sistema de Administración de Justicia.

A tal efecto, se tendrán como criterios:

1. La compilación anual de la jurisprudencia vigente en materia de salud.

2. El fortalecimiento institucional de la Superintendencia Nacional de Salud en la resolución de controversias o conflictos en el acceso y prestación de servicio en el marco del Sistema de Salud.

3. La cualificación de los operadores del sistema judicial en el conocimiento sobre el Sistema de Salud.

4. Las garantías materiales e institucionales del acceso a la información.

Atentamente,

ALIRIO URIBE MUÑOZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico - Circunscripción Bogotá

#PorLaJusticiayLaPaz VIDA
alirio.uribe.representante@gmail.com
alirio.uribe@camara.gov.co

Alirio Uribe Muñoz
Representante a la Cámara por Bogotá

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

ART NUEVO
1123

Bogotá DC., 10 de diciembre de 2024

PROPOSICIÓN

Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo Nuevo. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social formulará cada diez (10) años, la Política de Ciencia y Tecnología en Salud, en concordancia con el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y de manera concertada con el Ministerio de Ciencia y Tecnología. La Política de Ciencia y Tecnología en Salud definirá las prioridades de inversión en investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud, según las especificidades territoriales y los recursos disponibles.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el monto anual de recursos destinados a la investigación, desarrollo tecnológico e innovación en problemas de especial interés en salud pública, provenientes del Fondo Único Público para la Salud los cuales serán transferidos al Fondo de Investigación en Salud (FIS). Estas fuentes serán complementadas con recursos territoriales, en especial, los que se asignen del Sistema General de Regalías.

El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación concertará con el Ministerio de Salud y Protección Social las prioridades de investigación a través del comité´ del FIS y rendirán un informe anual respecto de los recursos recaudados en cada territorio con destino al Fondo de Investigación en Salud, la priorización y destinación de los mismos, así´ como la ejecución de los recursos del Fondo, el cual será publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Atentamente,

ALIRIO URIBE MUÑOZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico - Circunscripción Bogotá

alirio.uribe.representante@gmail.com
alirio.uribe@camara.gov.co

Alirio Uribe Muñoz
Representante a la Cámara por Bogotá

ART NUEVO
1124
1
11:37

Bogotá DC., 10 de diciembre de 2024

PROPOSICIÓN

Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo Nuevo. Política de Medicamentos, Dispositivos médicos, Insumos y Tecnologías en Salud. El Gobierno Nacional formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la política farmacéutica nacional, dispositivos médicos, insumos y tecnología en salud con la participación del Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), El Instituto Nacional de Cancerología (INC) y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS).

Parágrafo. Para garantizar el desarrollo de la política de medicamentos, insumos y tecnologías el Gobierno adelantará un proceso de fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA.

Atentamente,

ALIRIO URIBE MUÑOZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico - Circunscripción Bogotá

alirio.uribe.representante@gmail.com
alirio.uribe@camara.gov.co

Alirio Uribe Muñoz

Representante a la Cámara por Bogotá

ALT NUEVO

Bogotá DC., 10 de diciembre de 2024

PROPOSICIÓN

Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. RÉGIMEN ESPECIAL POR CONVENCIÓN COLECTIVA. Los trabajadores que cuyo empleador esté reconocido como una Entidad Adaptada en Salud o sean beneficiarios de una Convención Colectiva de Trabajo, Pacto Colectivo o Laudo Arbitral que obligue a sus empleadores a prestar directamente los servicios de salud o a contratar la prestación integral de los servicios de salud con un tercero, estarán sujetos a un régimen especial con las siguientes características:

a) El régimen especial será administrado por los empleadores en los términos que señale la respectiva Convención Colectiva de Trabajo.

b) Se financiará con las cotizaciones que se establecen en la presente ley y serán recaudadas por los propios empleadores.

c) Los empleadores podrán prestar directamente los servicios de salud y/o contratarlos con otras instituciones prestadoras de servicios de salud.

d) A los beneficiarios se les deberán garantizar los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad con enfoque de atención primaria en salud incluyendo servicios de mediana y alta complejidad y las prestaciones económicas, de acuerdo lo dispuesto en la presente ley.

e) Los empleadores podrán suscribir convenios con la ADRES para garantizar el pago de las incapacidades por enfermedades de origen común.

f) Serán beneficiarias las personas que estén contempladas en las respectivas convenciones colectivas de trabajo, incluidos los pensionados y sus beneficiarios cuando la norma convencional así lo contemple.

Atentamente,

ALIRIO URIBE MUÑOZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico - Circunscripción Bogotá

PROPOSICIÓN ADITIVA.

Adiciónese un **ARTÍCULO NUEVO** al **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

Artículo NUEVO. Centros de Atención Primaria Integral Móvil en Salud – CAPIMS. El Gobierno Nacional, por intermedio el Ministerio de Salud y Protección Social expedirá dentro de los doce (12) meses siguientes a la expedición de la presente Ley, la normatividad correspondiente para la conformación, funcionamiento y operación de los Centros de Atención Primaria Integral Móvil en Salud, los cuales serán de uso exclusivo para las zonas rurales y rurales dispersas más apartadas de los municipios, conforme a su ubicación geográfica. Las zonas rurales serán las correspondiente a los territorios PDET y los focalizadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación y los Municipios y/o Distritos; quienes de manera articulada con las Direcciones Municipales y/o Distritales de Salud, tendrán en cuenta los siguientes criterios:

1. Distancia entre la zona rural, entiéndase corregimiento o vereda, con su Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud más cercano, teniendo en cuenta los factores de tiempo para realizar los traslados.
2. Habitantes por cada corregimiento o vereda.
3. Vías de acceso.
4. Existencia o no de infraestructura hospitalaria.

En todo caso, el Gobierno Nacional deberá garantizar los servicios básicos de salud, los servicios de apoyo diagnóstico, programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social en las zonas rurales más apartadas de los municipios, en aplicación de lo dispuesto en la presente Ley. Mensualmente se realizarán, por lo menos, dos (2) brigadas de salud en estas zonas, con el apoyo de las Direcciones Municipales y/o Distritales de Salud, y el acompañamiento de las Secretarías Territoriales de Salud.

El Gobierno Nacional, en coordinación con las Direcciones Municipales y/o Distritales de Salud garantizará un medio de transporte adecuado, medicalizado y seguro para la atención de urgencias o hospitalizaciones en las zonas rurales, que deberá estar disponible permanentemente

Cra 7 8-68 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
utl.jorge-tovar@camara.gov.co jorgerodrigotovar.com
jorgerodrigotovar | jorgerodrigotv | jorgerodrigotv

y dotado con un equipo profesional médico y de enfermería. La ubicación y disponibilidad del transporte se determinará teniendo en cuenta los criterios referenciados en el presente artículo.

La aplicación de lo dispuesto en el presente artículo deberá sujetarse a las disponibilidades presupuestales, al Marco Fiscal de Mediano Plazo y al Marco de Gasto de Mediano Plazo.

Del Honorable Congresista,

JORGE RODRIGO TOVAR VÉLEZ
Representante a la Cámara
CITREP No. 12 Cesar, Magdalena y La Guajira
Asociación Paz es Vida (Pa-Vida)

Nuevo 1128

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

JORGE RODRIGO TOVAR
CÁMARA PAZ 2022-2026

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

1 Sopr

PROPOSICIÓN ADITIVA.

Adiciónese un **ARTÍCULO NUEVO** al **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. Las Secretarías de Salud de cada uno de los municipios y/o distritos del territorio nacional, o quien haga sus veces, deberán contar con un (1) puesto o cargo de trabajo responsable única y exclusivamente para la atención y seguimiento del servicio de atención en salud de la población que habita o reside en las zonas rurales del municipio y/o distrito.

Del Honorable Congresista,

JORGE RODRIGO TOVAR VÉLEZ
Representante a la Cámara
CITREP No. 12 Cesar, Magdalena y La Guajira
Asociación Paz es Vida (Pa-Vida)

Cra 7 8-68 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
utl.jorge-tovar@camara.gov.co jorgerodrigotovar.com
jorgerodrigotovar | jorgerodrigotv | jorgerodrigotv

ART NUEVO
1/29

PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNESE UN ARTÍCULO NUEVO AL PROYECTO DE LEY NO. 312-2024C POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo Nuevo. Meritocracia para los cargos en salud. Todos los cargos nuevos que tengan dentro de su misionalidad principal administrar los recursos de la salud tendrán que ser elegidos por un sistema de méritos.

El Gobierno Nacional deberá establecer la reglamentación dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley.

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
10:31am

Cordialmente,

DUVALIER SÁNCHEZ ARANGO.
Representante a la Cámara – Valle del Cauca.
Partido Alianza Verde.

Justificación

Es importante reconocer que la corrupción en el Sistema de Salud ha ido creciendo de manera significativa, según algunas entradas de prensa, después de Pandemia, la pérdida de recursos fue importante y según cálculos la suma asciende a $1,2 billones de pesos.

"Según las investigaciones que adelanta la Fiscalía, en al menos unos 30 casos, desde la época de la pandemia, se ha podido evidenciar estos actos de corrupción, aprovechando la contingencia sanitaria; estos recursos son los que actualmente tienen en cuidados intensivos a la salud del país"

Edificio Nuevo del Congreso - Carrera 7 #8-62, oficina 505 B.
Teléfonos: 3823000 - correo electrónico: duvalier.sanchez@camara.gov.co

Adi nuevo

1130

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un artículo nuevo al proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones":

"**Artículo nuevo. Modifíquese el artículo 66 de la ley 1753 de 2015:**

Parágrafo 3. En las reuniones de la Junta Directiva de ADRES deberá asistir un delegado del Consejo Nacional de Salud, el cual tendrá voz, pero no voto. El delegado deberá ser un miembro del Consejo Nacional de Salud que no haga parte del Gobierno Nacional."

Jennifer Pedraza S **JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso	Alejandro García R **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde
Carolina Giraldo B **CAROLINA GIRALDO BOTERO** Representante a la Cámara Departamento de Risaralda	

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

12:38pm

Dcit Hueco

1131

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

11:6 pm

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un artículo nuevo al proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones":

"**Artículo nuevo. Modifíquese el artículo 66 de la ley 1753 de 2015:**

Artículo 66.Del manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

(...)

La Entidad tendrá domicilio en Bogotá, D. C., sus ingresos estarán conformados por los aportes del Presupuesto General de la Nación definidos a través de la sección presupuestal del Ministerio de Salud y Protección Social, los activos transferidos por la Nación y por otras entidades públicas del orden nacional y territorial y los demás ingresos que a cualquier título perciba. Los recursos recibidos en administración no harán parte del patrimonio de la Entidad. Los gastos requeridos para el desarrollo del objeto de la Entidad se financiarán con un porcentaje de hasta el ~~cero coma cinco por ciento (0,5%)~~ **uno coma cinco por ciento (1.5%)** de los recursos administrados con situación de fondos.

Son órganos de Dirección y Administración de la Entidad el Director General y la Junta Directiva. El Director General será de dedicación exclusiva, de libre nombramiento y remoción del Presidente de la República y actuará como representante legal; como tal, ejercerá las funciones que le correspondan y que le sean asignadas por el decreto de estructura de la Entidad. La Junta Directiva formulará los criterios generales para su adecuada administración y ejercerá las funciones que le señalen su propio reglamento. Estará integrada por ~~cinco (5)~~ **siete (7)** miembros así: el Ministro de Salud y Protección Social, quien la presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público, quien podrá delegar su participación en sus viceministros; el Director del Departamento Nacional de Planeación, quien podrá delegar su participación en sus subdirectores generales; un (1) representante de los gobernadores, ~~y~~ un (1) representante de los alcaldes de municipios y distritos, **dos (2) miembros del Consejo Nacional de Salud** los cuales serán elegidos de conformidad con el mecanismo que establezca el Gobierno Nacional.

(...)

Parágrafo 3. Los miembros del Consejo Nacional de Salud elegidos para integrar la Junta Directiva de ADRES no podrán ser aquellos que hagan parte del Gobierno Nacional. "

Jennifer Pedraza S

JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Dignidad y Compromiso

ART NUEV
1132

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un artículo nuevo al proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones":

"Artículo nuevo. Política Farmacéutica Nacional. El Ministerio de Salud y Protección Social emitirá la Política Farmacéutica Nacional de manera que se cumpla con lo dispuesto en el Artículo 23 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Por regla general, los medicamentos son un bien meritorio de la salud pública. La Política Farmacéutica Nacional será:

a) Programática, con objetivos y metas definidas a corto, mediano y largo plazo.

b) Integral, con cobertura y abastecimiento de los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud y en el correspondiente Manual de Medicamentos.

c) Estratégica, con vocación de seguridad y soberanía tecnológica y farmacéutica.

d) Priorizada, hacia la defensa de la salud pública y del derecho fundamental a la salud.

e) Optimizada, en todos sus procesos de adquisición y uso pertinente.

f) Sostenible, con base en la detección y eliminación de falsas innovaciones tecnológicas, el freno a abusos de posición dominante y la erradicación de todas las formas de corrupción.

g) Informada y oportuna en relación con los desarrollos tecnológicos y la innovación en medicamentos.

h) Sistematizada e integrada al Sistema Público Unificado e Interoperabilidad de Información (SPUIS), para garantizar trasparencia con el acceso público a la información epidemiológica y de todas las transacciones económicas, mediante un método electrónico de última generación que identificará los medicamentos, su principio activo, la denominación común internacional, el laboratorio productor, el precio autorizado y las demás características que se establezcan en el SUIS. El aplicativo informará sobre los diagnósticos, el número total de prescripciones efectuadas en el Sistema de Salud, la eficacia y los efectos secundarios de los medicamentos para facilitar la farmacovigilancia.

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA- adelantará políticas para mejorar la información y la educación sanitaria para la población, aumentar la transferencia de tecnología y contribuir al desarrollo de capacidades nacionales crecientes con la finalidad de mejorar la seguridad y la soberanía farmacéutica. Así mismo, impulsará junto con el Instituto Nacional de Salud, medidas para promover alianzas y mecanismos de producción nacional de vacunas, de medicamentos e insumos básicos en salud.

El Gobierno Nacional avanzará en el control de precios de medicamentos con base en

comparaciones internacionales; esta política se extenderá progresivamente a medicamentos de alto costo, innovadores, genéricos, biológicos y biosimilares; y al control de precios a insumos y tecnologías en salud de alto costo. Adicionalmente, se desarrollarán las negociaciones centralizadas en la compra de medicamentos de interés en salud pública, según lo defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

El mencionado ministerio, regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país, y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de estos elementos."

Jennifer Pedraza S **JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso	Katherine Miranda P. **KATHERINE MIRANDA** Representante a la Cámara Partido Alianza Verde
Alejandro Garcia R **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde	

ART NUEVO

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

1133

1:16 P

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un artículo nuevo al proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones":

"Artículo nuevo. Sistema de Tarifas y Formas de Pago. El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá el Sistema de Tarifas y Formas de Pago para la prestación de servicios de salud a través de un proceso de concertación amplio con representantes de las sociedades científicas de cada especialidad y profesión, de las IPS públicas y privadas, de las EGS, con la participación de la ADRES. Este proceso deberá contar con los debidos estudios técnicos.

El Sistema de Tarifas y Formas de Pago: i) Establecerá tarifas diferenciales por regiones; ii) tendrá en cuenta la tipología y complejidad de las IPS, las características de los servicios y los costos para proveer la atención básica de cada nivel de complejidad; iii) incorporará el valor de las remuneraciones de los profesionales de la salud y el costo de los insumos, del uso de equipos, de los gastos de mantenimiento y de otros elementos o servicios necesarios para la práctica clínica, asociados a la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones en salud; y iv) establecerá ponderadores o valores diferenciales para reconocer los distintos niveles que existan en cuanto a acreditación y calidad de los servicios, desarrollo de la infraestructura, competencias del talento humano, actualización tecnológica, y provisión de servicios altamente sensibles para la sociedad como pediatría, obstetricia o salud mental, entre otros.

El Sistema de Tarifas modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados definidos para el país, regulará el uso de los recursos públicos, tendrá un y un techo piso para incentivar la calidad, así como incentivos para la prestación de los servicios en zonas rurales y dispersas.

El ajuste anual del Sistema de Tarifas lo hará el Ministerio de Salud y Protección Social, previo concepto favorable del Consejo Nacional de Salud, con base en las necesidades que surjan de los avances tecnológicos, de la práctica clínica y sus costos, del incremento anual del salario mínimo legal vigente y de la UPC, de la inflación proyectada, de la tasa de cambio representativa del mercado cambiario y de los demás factores determinantes que se consideren, de modo que las tarifas consulten los precios de mercado, la razonabilidad del gasto y la sostenibilidad fiscal del Sistema de Salud.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá que en los acuerdos de voluntades entre las EGS y las IPS o las RIISS, se prioricen modalidades diferentes al pago por evento, tales como el pago global prospectivo, la capitación, el pago por valor o por resultados, el pago por conjuntos integrales de atención o el pago por grupos relacionados por diagnóstico, cuando aplique, entre otros sistemas de reembolso."

Katherine Miranda P. **KATHERINE MIRANDA** Representante a la Cámara Partido Alianza Verde	Jennifer Pedraza S **JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso
Alejandro Garcia R **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde	Carolina Giraldo B **CAROLINA GIRALDO BOTERO** Representante a la Cámara Departamento de Risaralda

Ley 312 C

1134

CONGRESO
DE LA REPUBLICA
DE COLOMBIA

Ana Rogelia Monsalve

SECRETARÍA GENERAL
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
COMUNIDADES AFRODESCENDIENTES
17 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

Adiciónese un artículo nuevo al texto propuesto para segundo debate al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

Artículo nuevo. Garantía de pago oportuno de los presupuestos máximos y recursos de la UPC. *Se garantiza el giro directo y oportuno de los recursos correspondientes de los presupuestos máximos y a lo que corresponde a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a los agentes del sistema de seguridad social en salud. Para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con la ADRES, dispondrá de un plazo máximo de sesenta (60) días calendario, contados a partir de la promulgación de la presente ley, para saldar las deudas acumuladas por estos conceptos.*

Atentamente,

ANA ROGELIA MONSALVE ÀLVAREZ
Representante a la Cámara
Circunscripción Especial Afrodescendiente
Partido Demócrata Colombiano

Carrera 7 No. 8 - 68 Ed. Nuevo del Congreso
Oficina 345-B
Bogotá D.C - Colombia

www.camara.gov.co
ana.monsalve@camara.gov.co
twitter@anamonsalvea
Facebook: ana monsalve álvarez
Conmutador: (+57) (601) 8770720 Ext: 4304 - 4305

ART NUEVO

1135

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., diciembre de 2024

527

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes

PROPOSICIÓN

Adiciónese un artículo nuevo al 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", así:

ARTÍCULO NUEVO. RÉGIMEN ESPECIAL POR CONVENCIÓN COLECTIVA. Los trabajadores de las empresas públicas, mixtas o privadas que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley estén reconocidas como entidades adaptadas en salud o tengan vigente una Convención Colectiva de Trabajo, Pacto Colectivo o Laudo Arbitral que las obligue a prestar directamente los servicios de salud o a contratar la prestación integral de los servicios de salud con un tercero, estarán sujetos a un régimen especial con las siguientes características:

a) El régimen especial será administrado por los empleadores en los términos que señale la respectiva Convención Colectiva de Trabajo.
b) Se financiará con las cotizaciones que se establecen en la presente ley y serán recaudadas por los propios empleadores.
c) Los empleadores podrán prestar directamente los servicios de salud y/o contratarlos con otras instituciones prestadoras de servicios de salud.
d) A los beneficiarios se les deberán garantizar los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad con enfoque de atención primaria en salud incluyendo servicios de mediana y alta complejidad y las prestaciones económicas, de acuerdo lo dispuesto en la presente ley.
e) Los empleadores podrán suscribir convenios con la ADRES para garantizar el pago de las incapacidades por enfermedades de origen común.
f) Serán beneficiarias las personas que estén contempladas en las respectivas convenciones colectivas de trabajo, incluidos los pensionados y sus beneficiarios cuando la norma convencional así lo contemple.

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

JUSTIFICACIÓN

La nueva reforma a la salud presentada por el gobierno nacional busca centralizar el recaudo de los recursos del sistema y el pago de los servicios de salud en el Estado a través de la ADRES y divide la prestación de los servicios de salud en dos grandes niveles: (i) atención primaria en salud (APS) y (ii) nivel complementario, que consiste en la prestación de servicios de mediana y alta complejidad.

Todos los recursos del sistema (cotizaciones de trabajadores y empleadores, asignaciones de los presupuestos de la Nación y las Entidades territoriales, recursos del Sistema General de Participaciones, impuestos específicos, etc.) deben ingresar a un nuevo fondo denominado Fondo Único Público de Salud, el cual será administrado por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES. Con estos recursos, la ADRES debe pagar los servicios que las instituciones (IPS) prestan en el nivel de la Atención Primario en Salud y en el nivel complementario (mediana y alta complejidad).

Las EPS se transforman en Gestoras de Salud y Vida y podrán participar en la organización de los servicios de APS y del nivel complementario. A cambio de su actividad, recibirán una remuneración equivalente a un porcentaje entre el 5% y el 8% de la UPC que defina el Ministerio de Salud.

La reforma no plantea la posibilidad de que se ofrezcan planes complementarios de salud y tampoco regula nada sobre los planes de medicina prepagada o las pólizas de salud. Sin embargo, en la práctica les da un duro golpe en la medida en que a las Gestoras (hoy EPS) no se les van a girar los recursos de la UPC, por lo que no podrán utilizar estos recursos para financiar parte de los planes complementarios o los de medicina prepagada. Esta situación afectaría de manera muy negativa el servicio de salud que SINTRAEMSDES y otras organizaciones sindicales tienen pactados en el Convención, en la medida en que los costos de los planes complementarios y de medicina prepagada se encarecerían en grandes proporciones.

Por lo tanto, para blindar el servicio médico en la EAAB (y en otras empresas como la ETB), es necesario que se introduzca un nuevo artículo en la reforma que incluya los servicios médicos pactados en convenciones colectivas como un régimen

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CAMARA DE REPRESENTANTES

especial tal y como está dispuesto para el caso de los trabajadores de las universidades públicas.

La propuesta consiste básicamente en que las empresas que por convención colectiva están obligadas a contratar un plan de salud queden en un régimen especial que les permita recaudar las cotizaciones al sistema de salud y con estos recursos prestar de manera directa los servicios de salud o contratarlos con terceros.

Atentamente.

MARIA FERNANDA CARRASCAL **Representante a la Cámara por Bogotá**	**GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ** **Representante a la Cámara por el Atlántico**

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

1137

Bogotá D.C., diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO
12:19pm

PROPOSICIÓN

Adiciónese un artículo nuevo al 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", así:

ARTÍCULO NUEVO. <u>SERVICIOS DE SALUD EN ACUERDOS COLECTIVOS</u>. Las empresas con Convenciones Colectivas, Acuerdos Colectivos o Laudos Arbitrales que a la sanción de la presente ley las obliguen a prestar y/o contratar servicios de salud retomarán o continuarán prestando los servicios a todos los trabajadores sindicalizados, pensionados, jubilados y beneficiarios en general de estas, de la siguiente manera:

a) La administración de los servicios de salud corresponderá a los empleadores en los términos que señale la respectiva Convención Colectiva de Trabajo, Acuerdo Colectivo o Laudo Arbitral.
b) La prestación de los servicios de salud se financiará con las cotizaciones que se establecen en la presente ley y serán recaudadas por los propios empleadores.
c) Los empleadores prestarán directamente los servicios de salud y/o podrán contratarlos con otras instituciones prestadoras de servicios de salud.
d) A los beneficiarios se les deberán garantizar los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad con enfoque de atención primaria en salud incluyendo servicios de mediana y alta complejidad y las prestaciones económicas, de acuerdo lo dispuesto en la presente ley.
e) Los empleadores suscribirán convenios con la ADRES para garantizar el pago de las incapacidades por enfermedades de origen común.

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico. mfc@mafecarrascal.com

JUSTIFICACIÓN

La nueva reforma a la salud presentada por el gobierno nacional busca centralizar el recaudo de los recursos del sistema y el pago de los servicios de salud en el Estado a través de la ADRES y divide la prestación de los servicios de salud en dos grandes niveles: (i) atención primaria en salud (APS) y (ii) nivel complementario, que consiste en la prestación de servicios de mediana y alta complejidad.

Todos los recursos del sistema (cotizaciones de trabajadores y empleadores, asignaciones de los presupuestos de la Nación y las Entidades territoriales, recursos del Sistema General de Participaciones, impuestos específicos, etc.) deben ingresar a un nuevo fondo denominado Fondo Único Público de Salud, el cual será administrado por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES. Con estos recursos, la ADRES debe pagar los servicios que las instituciones (IPS) prestan en el nivel de la Atención Primario en Salud y en el nivel complementario (mediana y alta complejidad).

Las EPS se transforman en Gestoras de Salud y Vida y podrán participar en la organización de los servicios de APS y del nivel complementario. A cambio de su actividad, recibirán una remuneración equivalente a un porcentaje entre el 5% y el 8% de la UPC que defina el Ministerio de Salud.

La reforma no plantea la posibilidad de que se ofrezcan planes complementarios de salud y tampoco regula nada sobre los planes de medicina prepagada o las pólizas de salud. Sin embargo, en la práctica les da un duro golpe en la medida en que a las Gestoras (hoy EPS) no se les van a girar los recursos de la UPC, por lo que no podrán utilizar estos recursos para financiar parte de los planes complementarios o los de medicina prepagada. Esta situación afectaría de manera muy negativa el servicio de salud que SINTRAEMSDES y otras organizaciones sindicales tienen pactados en las Convenciones Colectivas, en la medida en que los costos de los planes complementarios y de medicina prepagada se encarecerían en grandes proporciones.

Por lo tanto, para blindar el servicio médico en las empresas de servicios públicos domiciliarios , es necesario que se introduzca un nuevo artículo en la reforma que incluya los servicios médicos pactados en convenciones colectivas, como está dispuesto para el caso de los trabajadores de las universidades públicas.

La propuesta consiste básicamente en que las empresas que por convención colectiva están obligadas a contratar un plan de salud que les permita recaudar las

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

1138

cotizaciones al sistema de salud y con estos recursos prestar de manera directa los servicios de salud o contratarlos con terceros.

Atentamente.

MARIA FERNANDA CARRASCAL **Representante a la Cámara por Bogotá**	**GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ** **Representante a la Cámara por el Atlántico**

Jennifer Pedraza

Karen López
Citrep 16

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

ART NUEVO

1139

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá D.C., diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO
12:19pm

PROPOSICIÓN

Adiciónese un artículo nuevo al 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", así:

ARTÍCULO NUEVO. <u>SERVICIOS DE SALUD EN ACUERDOS COLECTIVOS</u>. Las empresas con Convenciones Colectivas, Acuerdos Colectivos o Laudos Arbitrales que a la sanción de la presente ley las obliguen a prestar y/o contratar servicios de salud retomarán o continuarán prestando los servicios a todos los trabajadores sindicalizados, pensionados, jubilados y beneficiarios en general de estas, de la siguiente manera:

a) La administración de los servicios de salud corresponderá a los empleadores en los términos que señale la respectiva Convención Colectiva de Trabajo, Acuerdo Colectivo o Laudo Arbitral.
b) La prestación de los servicios de salud se financiará con las cotizaciones que se establecen en la presente ley y serán recaudadas por los propios empleadores.
c) Los empleadores prestarán directamente los servicios de salud y/o podrán contratarlos con otras instituciones prestadoras de servicios de salud.
d) A los beneficiarios se les deberán garantizar los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad con enfoque de atención primaria en salud incluyendo servicios de mediana y alta complejidad y las prestaciones económicas, de acuerdo lo dispuesto en la presente ley.
e) Los empleadores suscribirán convenios con la ADRES para garantizar el pago de las incapacidades por enfermedades de origen común.

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel. 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

JUSTIFICACIÓN

La nueva reforma a la salud presentada por el gobierno nacional busca centralizar el recaudo de los recursos del sistema y el pago de los servicios de salud en el Estado a través de la ADRES y divide la prestación de los servicios de salud en dos grandes niveles: (i) atención primaria en salud (APS) y (ii) nivel complementario, que consiste en la prestación de servicios de mediana y alta complejidad.

Todos los recursos del sistema (cotizaciones de trabajadores y empleadores, asignaciones de los presupuestos de la Nación y las Entidades territoriales, recursos del Sistema General de Participaciones, impuestos específicos, etc.) deben ingresar a un nuevo fondo denominado Fondo Único Público de Salud, el cual será administrado por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES. Con estos recursos, la ADRES debe pagar los servicios que las instituciones (IPS) prestan en el nivel de la Atención Primario en Salud y en el nivel complementario (mediana y alta complejidad).

Las EPS se transforman en Gestoras de Salud y Vida y podrán participar en la organización de los servicios de APS y del nivel complementario. A cambio de su actividad, recibirán una remuneración equivalente a un porcentaje entre el 5% y el 8% de la UPC que defina el Ministerio de Salud.

La reforma no plantea la posibilidad de que se ofrezcan planes complementarios de salud y tampoco regula nada sobre los planes de medicina prepagada o las pólizas de salud. Sin embargo, en la práctica les da un duro golpe en la medida en que a las Gestoras (hoy EPS) no se les van a girar los recursos de la UPC, por lo que no podrán utilizar estos recursos para financiar parte de los planes complementarios o los de medicina prepagada. Esta situación afectaría de manera muy negativa el servicio de salud que SINTRAEMSDES y otras organizaciones sindicales tienen pactados en las Convenciones Colectivas, en la medida en que los costos de los planes complementarios y de medicina prepagada se encarecerían en grandes proporciones.

Por lo tanto, para blindar el servicio médico en las empresas de servicios públicos domiciliarios , es necesario que se introduzca un nuevo artículo en la reforma que incluya los servicios médicos pactados en convenciones colectivas, como está dispuesto para el caso de los trabajadores de las universidades públicas.

La propuesta consiste básicamente en que las empresas que por convención colectiva están obligadas a contratar un plan de salud que les permita recaudar las

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

1140

cotizaciones al sistema de salud y con estos recursos prestar de manera directa los servicios de salud o contratarlos con terceros.

Atentamente.

MARIA FERNANDA CARRASCAL **Representante a la Cámara por Bogotá**	**GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ** **Representante a la Cámara por el Atlántico**

Jennifer Pedraza

KARIN LÓPEZ
CITEP 16

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

ART NUEVO 1141

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL LEYES 17 DIC 2024 RECIBIDO

ATO 8004

PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNESE UN ARTÍCULO NUEVO AL **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. Organización, estructura y acceso al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud, administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, estará conformado por diferentes subsistemas de información, a saber:

a. **Subsistema de información de la Historia Médica Unificada:** se desarrollará un módulo destinado a incorporar una historia clínica electrónica interoperable de los pacientes del sistema, el cual será modificable en tiempo real y de pleno conocimiento de los médicos autorizados, de conformidad con los preceptos contemplados en la Ley 2015 de 2020.

b. **Subsistema de información de operación de los actores del Sistema de Salud**: se desarrollará un módulo destinado a incorporar la información operativa y de gestión de cada uno de los actores del sistema de salud, incluyendo el reporte de cuentas del sistema.

c. **Subsistema de información sobre listas de espera de servicios y tecnologías en salud:** se desarrollará un módulo destinado a implementar un sistema digital de asignación de citas médicas para los pacientes y de gestión eficiente de las peticiones de los usuarios. El sistema debe permitir el registro de los requerimientos de citas por parte de los usuarios y el seguimiento de dichas solicitudes, con la finalidad de asignar citas dependiendo de los turnos de requerimientos solicitados, según los lineamientos determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Los reclamos de riesgo simple, riesgo priorizado y riesgo vital se resolverán en un término expedito por parte de la Entidad Gestora de Salud, a partir del presente sistema, según los lineamientos definidos por la Superintendencia Nacional de Salud. Los reclamos de riesgo simple se deben resolver de fondo en un término máximo de setenta y dos (72) horas a partir de su radicación; los reclamos de riesgo priorizado se deben resolver de fondo en un término máximo de cuarenta y ocho (48) horas; y, los reclamos de riesgo vital se deben resolver de fondo en un término máximo de veinticuatro (24) horas

d. **Subsistema de información de contratación de los actores del Sistema de Salud:** se desarrollará un módulo destinado al Registro de Contratación de Servicios y Tecnologías en Salud, de conformidad con lo preceptuado en la Ley 1966 de 2019. En este módulo, todos los actores del sistema de salud deberán reportar los contratos y acuerdos de voluntades suscritos, los documentos anexos y la información de ejecución de cada uno de ellos.

e. **Subsistema de información de ejecución de asignaciones presupuestales a las entidades territoriales y Empresas Sociales del Estado:** se desarrollará un módulo destinado al registro de ejecución de las diferentes asignaciones realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a las entidades territoriales y Empresas Sociales del Estado. En este módulo se permitirá el conocimiento en forma mensual del avance de los proyectos y obras adelantados en el territorio nacional, en el cual el Ministerio de Salud y Protección Social ha destinado recursos.

f. **Subsistema de información de ejecución financiera de los actores del Sistema:** se desarrollará un módulo de acceso restringido a los entes de control, donde repose la totalidad de transacciones bancarias realizadas por los actores del Sistema de Salud, que permita a los entes de control y la Superintendencia Nacional de Salud, conocer los movimientos financieros que se realizaron por parte de los actores del sistema de salud con los recursos públicos destinados por el Gobierno Nacional y los entes territoriales.

g. **Subsistema de recepción, revisión, auditoría y pago de cuentas médicas del Sistema de Salud:** se desarrollará un módulo destinado a un canal transaccional entre los actores del sistema y la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la recepción, revisión, auditoría y pago de las cuentas en salud, según la metodología contemplada en la presente Ley. Este módulo permitirá a los actores hacer seguimiento de las facturas y cuentas presentadas a las Entidades Gestoras de Salud y a la ADRES, su estado actual, las observaciones realizadas y su subsanación, y el trámite posterior para el pago.

h. **Subsistema de monitoreo de abastecimiento oportuno de medicamentos y tecnologías en salud:** se desarrollará un módulo destinado al seguimiento por parte de los integrantes de la cadena de suministro del abastecimiento oportuno de medicamentos y tecnologías de salud.

i. **Subsistema de monitoreo y seguimiento de asignación de vehículos de transporte asistencial para el cubrimiento de emergencias cubiertas por el SOAT:** se diseñará un módulo para el registro y reporte de los vehículos de transporte asistencial empleados para el cubrimiento de emergencias del SOAT, que permita identificar y registrar la unidad destinada a cubrir la emergencia, la ruta realizada y la institución de salud más cercana a la cual debe llevar al paciente. A partir del sistema se podrán generar sanciones y restricciones, por las acciones de los conductores de vehículos de transporte asistencial que generen accidentes

producto de la atención de la emergencia o para prestadores que se nieguen a seguir los lineamientos del sistema de monitoreo.

Parágrafo 1. Para la implementación de subsistemas transaccionales al interior del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, implementará un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos, que permita la parametrización y estandarización del flujo de procesos entre los actores.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social, podrá suscribir acuerdos y alianzas estratégicas con entidades financieras y bancarias para garantizar el seguimiento en tiempo real de las transacciones realizadas sobre los recursos girados en el sistema de salud.

Los actores del sistema de salud que les sean asignados recursos públicos, tendrán la obligación de reportar la cuenta bancaria específica en la cual se administrarán exclusivamente estos recursos, junto con sus subcuentas, con la finalidad de realizar el seguimiento adecuado de estos recursos por parte de los entes de control.

Estará proscrito cualquier movimiento bancario no reportado por fuera de estas cuentas bancarias, so pena de imposición de medida administrativa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Lo anterior, sin perjuicio de las acciones fiscales, disciplinarios y penales a que haya lugar.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud y la Superintendencia Financiera de Colombia, establecerán los lineamientos y guías metodológicas para el registro, reporte y seguimiento de los recursos del sistema de salud y las transacciones realizadas sobre los mismos, dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

Así mismo, se diseñarán los canales de acceso, niveles de permiso, de seguridad, de acceso a la información y de reporte en datos abiertos.

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud y con apoyo de la Contraloría General de la República, diseñará mecanismos para el seguimiento y alertas tempranas de potenciales riesgos de corrupción en el manejo de recursos públicos, que permita identificar desviaciones de tarifas de servicios y tecnologías de salud, incremento de frecuencias de servicios y tecnologías no soportados, pago de cuentas no soportados, entre otros mecanismos definidos por el Ministerio. Estas guías metodológicas de indicadores y variables para la detección de alertas tempranas, serán actualizadas periódicamente y serán de acceso público.

Para el diseño de este mecanismo, el Ministerio de Salud y Protección Social realizará procesos de convocatoria a la ciudadanía y las veedurías ciudadanas de los recursos públicos del sistema de salud. Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección

Social, en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud, diseñará mecanismos para que la ciudadanía y las veedurías ciudadanas puedan participar activamente en el proceso de Inspección, Vigilancia y Control de los recursos públicos de salud.

Parágrafo 5. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS deberá garantizar el resguardo de la historia clínica y los datos personales de conformidad con la Ley 1581 de 2012.

Atentamente,

Catherine Juvinao C

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

Art NUEVO

CATHY JUVINAO 1143

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL LEYES 17 DIC 2024 RECIBIDO

DIC 8:00

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNESE UN ARTÍCULO NUEVO AL **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS, estará encargado de determinar los servicios y tecnologías excluidos por cumplir con alguno de los criterios contemplados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, así como la gestión de las tecnologías en salud. Adicionalmente, el IETS será encargado de orientar la implementación, seguimiento y evaluación de las tecnologías en salud y recomendar al Ministerio de Salud y Protección Social las acciones a desarrollar en materia de gestión de las tecnologías y servicios aplicables y excluidos en salud, desde su investigación y desarrollo, regulación, inversión y desinversión.

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 de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS, 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, fortalecimiento de ciberseguridad y estandarización de procesos técnicos, regulatorios y eliminación de barreras administrativas basado en la implementación de las mejores prácticas internacionales adoptados y adaptadas a la entidad, todo esto con el propósito de crear procedimientos y procesos ágiles, eficientes que den respuesta a la totalidad de las solicitudes ciudadanas.

Los gastos de funcionamiento e inversión del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS serán cubiertos por el Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual deberá destinar y transferir los recursos necesarios de su presupuesto.

Atentamente,

Catherine Juvinao C

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

ART NUEVO 1144

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNESE UN ARTÍCULO NUEVO AL **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. Giro Directo por parte de la ADRES. La Administradora de Recursos del Sistema de Salud – ADRES, realizará el giro directo de todos los recursos del sistema de salud. El pago a los prestadores de servicios de salud, será por medio de la aprobación de las Gestoras de Salud y Vida (EGSVI) de los servicios prestados por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

Para la adecuada implementación del giro directo, la ADRES constituirá cuentas especiales para cada una de las Gestoras de Salud y Vida (EGSVI) con el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de su población respectiva, que no harán unidad de caja con las otras cuentas especiales y serán empleadas por las EGSVI para realizar la gestión financiera del sistema de salud.

Atentamente,

Catherine Juvinao C.

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

Art Nuevo
1145

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL
17 DIC 2024
RECIBIDO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNESE UN ARTÍCULO NUEVO AL **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. Sistema de seguimiento de Precios y Formas de Pago. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, establecerá el Sistema de Precios y Formas de Pago para la prestación de servicios de salud, a través de un proceso de concertación amplio con representantes de las sociedades científicas de cada especialidad y profesión, de las IPS públicas y privadas, de las EGSVI, con la participación de la ADRES. Este proceso deberá contar con los debidos estudios técnicos.

Este será un mecanismo de control de gasto y de calidad, destinado a realizar el seguimiento y monitoreo de los servicios y tecnologías contratados por las Gestoras de Salud y Vida (EGSVI) con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), con la finalidad de incentivar la calidad de los servicios prestados en salud y la contención del gasto.

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

El Sistema de Precios y Formas de Pago: i) Establecerá precios diferenciales por regiones; ii) tendrá en cuenta la tipología y complejidad de las IPS, las características de los servicios y los costos para proveer la atención básica de cada nivel de complejidad; iii) incorporara el valor de las remuneraciones de los profesionales de la salud y el costo de los insumos, del uso de equipos, de los gastos de mantenimiento y de otros elementos o servicios necesarios para la práctica clínica, asociados a la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones en salud; y iv) establecerá ponderadores o valores diferenciales para reconocer los distintos niveles que existan en cuanto a acreditación y calidad de los servicios, desarrollo de la infraestructura, competencias del talento humano.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

actualización tecnológica, y provisión de servicios altamente sensibles para la sociedad como pediatría, obstetricia o salud mental, entre otros.

El ajuste anual del Sistema de Precios lo hará el Ministerio de Salud y Protección Social, previo concepto favorable del Consejo Nacional de Salud, con base en las necesidades que surjan de los avances tecnológicos, de la práctica clínica y sus costos, del incremento anual del salario mínimo legal vigente y de la UPC, de la inflación proyectada, de la tasa de cambio representativa del mercado cambiario y de los demás factores determinantes que se consideren, de modo que las tarifas consulten los precios de mercado, la razonabilidad del gasto y la sostenibilidad fiscal del Sistema de Salud.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá que en los acuerdos de voluntades entre las EGSVI y las IPS o las RIISS, se prioricen modalidades diferentes al pago por evento y dar prelación a la renovación de los acuerdos de voluntades con aquellos prestadores que generen mejoras en los indicadores de desempeño, calidad y atención en salud.

Atentamente,

Catherine Juvinao C.

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

Art Nuevo

CATHY JUVINAO

1147

17 DIC 2024

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNESE UN ARTÍCULO NUEVO AL **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. Actores y Ruta de Atención del Usuario. La ruta de atención de salud de los usuarios está determinada de la siguiente forma:

a) **Ingreso y eje central del sistema:** la principal puerta de entrada al sistema serán los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS y los Equipos Básicos de Salud. Excepcionalmente se realizará el ingreso al sistema a través de los Centros de Urgencias y los centros especializados de salud.
Los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS son el eje central del sistema de salud, cuyo fin es proteger y cuidar la salud de los usuarios de una población determinada.

b) **Remisión dentro del sistema:** aquellos usuarios cuyas atenciones de salud no puedan ser tratadas en los CAPS, serán remitidos en el interior de la RIITS, entre los diferentes prestadores de mediana y alta complejidad, a partir del sistema de referencia y contrarreferencia.

c) **Mediana y Alta Complejidad:** las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS estarán compuestos por prestadores de Mediana y Alta Complejidad que permita al usuario ser trasladado a estos niveles de complejidad, para su respectiva atención.

d) **Responsabilidad de la gestión del usuario**: la responsabilidad frente al usuario del adecuado ingreso, tránsito y efectiva gestión de su situación de salud, estará a cargo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGSVI).

Los prestadores que sean Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS o integrantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS deberán ser habilitados por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y registrarse ante la ADRES.

La habilitación de los prestadores será reglamentada por el Ministerio de Salud y Protección Social, estableciendo las condiciones técnicas que deben cumplir los prestadores para operar en el territorio nacional. El registro de los prestadores ante la ADRES conlleva la obligación de aceptar las condiciones de participación en el Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS.

Atentamente,

Catherine Juvinao C

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

Art Nuevo

1148

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CATHY JUVINAO

SECRETARÍA GENERAL
17 DIC 2024
RECIBIDO

1

PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNESE UN ARTÍCULO NUEVO AL **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara**, "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. Reserva Técnica para garantizar el giro directo. Con el objetivo de contar con una provisión del gasto por servicios de salud en el Sistema, las Gestoras de Salud y Vida (EGSVI) constituirán reservas técnicas sobre los recursos contemplados en las cuentas especiales de UPC, contra la cuenta de la ADRES destinada a la EGSVI respectiva con base en lo establecido por el gobierno nacional en la materia y la reglamentación de las condiciones de habilitación de las EGSVI.

Atentamente,

Catherine Juvinao C.

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

ART NUEVO

1149

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL 17 DIC 2024 RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNESE UN ARTÍCULO NUEVO AL **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. Servicios farmacéuticos. Los servicios farmacéuticos de las IPS y demás establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud son servicios de salud y hacen parte del Sistema de Salud.

Las Gestoras de Salud y Vida (EGSVI) harán el proceso de negociación y compra centralizada de medicamentos y tecnologías de salud para su dispensación.

Las Gestoras de Salud y Vida (EGSVI) suscribirán contratos con los gestores farmacéuticos y operadores logísticos, que establezca los medicamentos y tecnologías a proveer, las condiciones de calidad y cantidad del proceso de producción, distribución y entrega de medicamentos y tecnologías, la modalidad de pago efectuado, los controles y auditorías pertinentes y el proceso de autorización para el pago por parte de la ADRES.

El Estado tomará las medidas adecuadas y necesarias para garantizar que tales servicios estén disponibles en todo el territorio nacional, entre ellas:

1. Implementar controles, a través de la Superintendencia Nacional de Salud, para garantizar que las instituciones encargadas de prestar los servicios farmacéuticos entreguen la totalidad de los medicamentos prescritos a los usuarios.
2. Evaluar la gestión de dichos establecimientos de dispensación, mediante indicadores que permitan determinar la calidad y la continuidad en la prestación del servicio.
3. El Ministerio de Salud y Proteccion Social definirá el listado de medicamentos que sólo podrán ser expendidos por los servicios farmacéuticos con fórmula médica, tales como antibióticos o fármacos que puedan generar adicción, entre otros.
4. Los servicios farmacéuticos y demás establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán inscribirse y demostrar ante las direcciones territoriales de salud que cumplen los requisitos esenciales para la

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

prestación del servicio farmacéutico, es decir, capacidad tecnológica y científica suficiencia patrimonial, y capacidad técnica y administrativa.

5. En caso de que un servicio o establecimiento farmacéutico incurra en negligencia en la prestación del servicio, previo el proceso de investigación correspondiente, estará sujeto a que se le impongan las sanciones dispuestas en las normas legales vigentes.

Parágrafo 1. Las EGSVI, así como los prestadores y las RIISS harán gestión y articulación con los servicios farmacéuticos para que se garantice progresivamente la eliminación de barreras de acceso a los medicamentos, incluida la dispensación a domicilio sin costo adicional a toda la población.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la dispensación a domicilio gratuita a la población vulnerable en condición de discapacidad o movilidad reducida o en condiciones y situaciones que así lo requieran.

Parágrafo 2. Se garantizará la entrega de la totalidad de los medicamentos formulados a los pacientes, con el fin de evitar interrupciones terapéuticas y múltiples desplazamientos.

Cuando la entrega de medicamentos se efectúe por partes, serán el proveedor farmacéutico y el prestador del servicio quienes coordinarán el mecanismo para notificar y dispensar al usuario de los medicamentos con la misma autorización médica. En ningún caso la carga administrativa será asumida por el paciente.

Atentamente,

Catherine Juvinao C

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

Art nuevo

1151

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL 17 DIC 2024 RECIBIDO

ATC 8 CO

PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNESE UN ARTÍCULO NUEVO AL **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. Evaluación de los procesos de intervención administrativa realizados por la Superintendencia Nacional de Salud. En los procesos de intervención forzosa para administrar, la Superintendencia Nacional de Salud debe emitir un informe público mensual de los avances en los planes adelantados por el agente interventor para mejorar la situación de los indicadores de salud.

Al finalizar el periodo de la intervención forzosa para administrar, se emitirá un informe sobre los resultados obtenidos del proceso de intervención forzosa. La falta de mejoría de los indicadores de salud del prestador de servicios de salud, dará lugar a responsabilidad del agente interventor y del Superintendente Nacional de Salud, cuando se produzcan por causas imputables a las acciones realizadas por el agente interventor.

Atentamente,

Catherine Juvinao C

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

ART NUEVO

1152

CATHY JUVINAO

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL

17 DIC 2024

RECIBIDO

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNESE UN ARTÍCULO NUEVO AL **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. Designación del agente especial interventor en los procesos de intervención forzosa. El proceso de intervención forzosa para administrar busca que la institución intervenida esté en condiciones para cumplir adecuadamente su objeto social y las funciones contempladas en la Constitución y la Ley, garantizando un mejoramiento constante de los indicadores de salud de los usuarios.

En los procesos de designación del agente especial interventor será determinada según las causales que llevan a su intervención.

1. Cuando el proceso de intervención forzosa para administrar sea fundado en el incumplimiento de los requisitos financieros mínimos para operar, el proceso de designación del agente especial interventor, la aprobación de los planes de trabajo y el seguimiento de las acciones adelantadas por este agente, será realizado en conjunto por la Superintendencia Nacional de Salud y la Superintendencia Financiera de Colombia.
2. Cuando el proceso de intervención forzosa para administrar sea fundado en el incumplimiento de los indicadores de atención en salud, el proceso de designación del agente especial interventor y la aprobación de los planes de trabajo, será realizado por la Superintendencia Nacional de Salud.

3. En los procesos de intervención forzosa para administrar y para liquidar, la Superintendencia de Sociedades prestará asistencia técnica a la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, reglamentará lo relativo al proceso de designación conjunta del agente interventor entre la Superintendencia Nacional de Salud y la Superintendencia Financiera de Colombia, así como el rol de asistencia técnica de la Superintendencia de Sociedades.

Atentamente,

Catherine Juvinao C.

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un artículo nuevo al **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" de la siguiente manera:

ARTÍCULO NUEVO: Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la UPC. Confórmese el Comité de Expertos como organismo asesor adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social de carácter permanente y técnico, el cual emitirá conceptos técnicos, jurídicos, económicos, actuariales o financieros con carácter vinculante para efectos de definir, cuantificar, monitorear y ajustar la Unidad de Pago por Capitación (UPC) cada año y los Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas en la UPC.

El Comité de Expertos estará integrado de la siguiente forma:

- Será presidido por el(la) Ministro(a) de Salud y Protección Social, quien ejercerá su rol de forma indelegable.
- Un(a) (1) representante de Ministerio de Hacienda y Crédito Público, quien deberá ser el(la) Ministro(a) en funciones o el Viceministro(a) técnico(a).
- Un(a) (1) representante del Departamento Nacional de Planeación, ejercido por el(la) Director(a) en funciones o el subdirector(a) delegado.
- Seis (6) expertos con amplio reconocimiento académico y profesional en los sectores de la salud, economía de la salud, ciencias actuariales y/o seguridad social, elegidos por mayoría simple de sus miembros, de ternas propuestas por cada uno de los siguientes actores:
    - Centros de investigación en salud (un representante).
    - Centros de investigación en economía de la salud (un representante).
    - Asociación Colombiana de Universidades (un representante).
    - Prestadores de salud públicos y privados a través de sus respectivos gremios (un representante).

- EPS públicas y privadas a través de sus respectivos gremios (un representante).
- Asociaciones de Usuarios, pacientes o enfermedades de alto costo y afiliados de las EPS (un representante).

Parágrafo 1. Los seis (6) expertos serán designados para periodos fijos de cuatro (4) años, no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa, no siendo sujetos a libre nombramiento y remoción; y podrán ser reelegidos por una única vez. Del periodo de cuatro años, estarán los dos últimos años del gobierno que los elige y dos años del gobierno siguiente.

Parágrafo 2. Podrán asistir como invitados permanentes al Comité de Expertos, con voz y sin voto, representantes de los siguientes actores: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, Asociación Colombiana de Actuarios, Cuenta de Alto Costo, Superintendencia de Salud, Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación, Defensoría del Pueblo y 2 delegados de las Comisiones VII del Congreso de la República.

Parágrafo transitorio: Para la conformación del primer periodo del Comité de Expertos, sus miembros, serán elegidos por los delegados del Gobierno Nacional. Tres (3) de los seis (6) integrantes electos por ternas tendrán un periodo que durará, por el primer periodo, 2 años.

Cordialmente,

Luis M López

ART NUEVO
1155

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un artículo nuevo al **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" de la siguiente manera:

ARTÍCULO NUEVO: Funciones del Comité de Expertos. Las funciones indelegables del Comité de Expertos serán las siguientes:

1. Definir los servicios financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC con criterios de inclusión de servicios y tecnologías a financiarse, teniendo en cuenta los conceptos técnicos de entidades como el IETS, el Invima y la academia.

2. Proponer al Ministerio de Salud y Protección Social los indicadores de satisfacción de usuarios, indicadores de salud y de uso eficiente de recursos, su evaluación y la definición de incentivos para los actores del sistema que acrediten un buen desempeño y su cumplimiento.

3. Definir de manera vinculante el valor de la UPC vigente para el año siguiente, así como los valores asociados a copagos y cuotas moderadoras para cada vigencia, con expedición anterior al 30 de diciembre de cada año.

4. Realizar anualmente el informe de suficiencia y los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC, Presupuestos Máximos o tecnologías no incluidas en la UPC y presentarlo al Ministerio de Salud y Protección Social, Congreso de la República y representantes de las partes interesadas del sector salud. Este pronunciamiento será publicado para recibir comentarios y aportes antes del 30 de noviembre de cada anualidad.

5. Formular estudios técnicos sobre temas asociados al SGSSS, incluyendo financiamiento, flujo de los recursos en el sistema, utilización de los servicios de salud, los cuales serán de consulta pública y sometidos a revisión académica.

6. Proponer al Gobierno Nacional la formulación y ejecución de planes de saneamiento de las cuentas de servicios y tecnologías en salud, financiados y no financiados con cargo a la UPC.

7. Definir el reajuste, la activación del mecanismo de cobertura y pago contenido en el artículo 10 de esta ley, cuando se determine que la UPC asignada, Presupuestos Máximos o tecnologías no incluidas en la UPC son insuficientes para asumir los servicios en salud de la población afiliada.

Parágrafo 1. El acto administrativo mediante el cual se define la UPC vigente para cada año deberá contar con un certificado en su metodología por parte de dos universidades con amplia presencia nacional, definidas por el Comité de Expertos.

Parágrafo 2. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público garantizará las apropiaciones y adiciones presupuestales a que haya lugar para sufragar la UPC y Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro de la misma, que defina el Comité, las cuales deberán incluirse en el Presupuesto General de la Nación y ajustarse dentro del Marco Fiscal de Mediano Plazo del año correspondiente

Parágrafo 3. Las funciones y decisiones a cargo del Comité deberán ser debidamente soportadas y documentadas, acreditando el cumplimiento y el cuidado de los requisitos, atributos e información que soporta la operación del Comité. Dicha debida diligencia deberá quedar consagrada en actas e informes que harán parte integral de los actos administrativos proferidos por el Comité.

Parágrafo 4. El director de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud asumirá las funciones de Secretaría Técnica del Comité.

Cordialmente,

AR NUEVO

1157

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un artículo nuevo al **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" de la siguiente manera:

ARTÍCULO NUEVO: REQUISITOS GENERALES PARA DEFINIR LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (UPC). En los estudios técnicos y estadísticos que sustenten la definición de la UPC deben evidenciarse los siguientes principios:

1. **Equidad:** El valor de la UPC debe representar de manera efectiva la tasación de las condiciones objetivas del riesgo.
2. **Suficiencia:** La UPC debe cubrir la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales como el costo de la atención en salud, los costos de afiliación, costos administrativos y mecanismos de fortalecimiento patrimonial para cumplir con los indicadores financieros.
3. **Homogeneidad:** Los elementos de la muestra objeto de estudio deben tener características comunes de tipo cualitativo y cuantitativo, seleccionados bajo criterios aleatoriedad e independencia.
4. **Representatividad:** El tamaño de la muestra debe corresponder a un número objetivo de elementos de la población que garantice un nivel de significancia y cubra un periodo adecuado de manera que el cálculo de los estimadores presente un bajo nivel de error.
5. **Calidad:** la información utilizada para la tasación de la UPC debe cumplir con criterios de calidad estadística que aseguren la representatividad para la población a asegurar.

Parágrafo Primero. Estos mismos principios serán tenidos en cuenta para efectos del cálculo, y reajustes de Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC.

Parágrafo Segundo: Para el cálculo de la UPC se deberán tener en cuenta como mínimo los siguientes elementos: actualización de precios (inflación), tendencias de demanda, ajustes por siniestros incurridos, reportados y no reportados, tasas de cambio, tasas de interés, entre otros. Adicionalmente, como mínimo los siguientes factores de ajuste de riesgo: sexo, edad, carga y gestión de la enfermedad reflejada en el costo promedio de los afiliados, ubicación geográfica y situación laboral; siempre y cuando se demuestre que cada una de las variables incide en la suficiencia de la UPC.

Parágrafo Tercero. El Comité velará por la actualización de los parámetros de los factores de ajuste que incluyan los cambios tendenciales asociados a cada factor y los elementos de política pública.

Cordialmente,

Luis R. López

ART NUEVO

1159

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

ERIKA Sánchez
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un artículo nuevo al **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"* el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. El PAI, como uno de los pilares fundamentales de la atención primaria debe contemplar el seguimiento de las enfermedades de impacto en salud pública para el país, así como, la evaluación periódica semestral que permita identificar nuevas tecnologías que apoyen la modernización del programa de inmunizaciones con el fin de tener la mayor y mejor protección para la población colombiana a lo largo del curso de vida. Con el fin de garantizar el mejor estándar del programa de vacunación, la mayor y mejor protección de la población que habita el país y atender a los objetivos de desarrollo sostenible, así como a la agenda de inmunización de la OMS.

Parágrafo. Para el desarrollo del programa de inmunización se deben garantizar la adecuada gestión del programa, incluyendo:

- Coberturas homogéneas y adecuadas de acuerdo con los requerimientos de cada biológico.
- Vigilancia en salud pública a nivel de los territorios que garanticen información oportuna y de calidad para la toma de decisión a nivel nacional.
- Fortalecer el comité técnico asesor y garantizar la periodicidad del seguimiento y evaluación por parte del comité, que le permita identificar de manera oportuna las necesidades del programa, de acuerdo con la epidemiológica, la carga de enfermedad y el estado del arte de los biológicos disponibles, todo lo anterior con el fin de lograr un mayor impacto en salud pública.
- Evaluar de manera periódica la capacidad logística del programa (cadena de frio, transporte, talento humano, sistemas de información)
- Garantizar la sostenibilidad financiera que permita dar continuidad, actualización, optimización y modernización del programa a lo largo del tiempo.
- Garantizar el cumplimiento del programa a través de las diferentes estrategias del modelo de atención primaria en salud y de todo el sistema de salud.

ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR SANTANDER

1160 ART NUEVO

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

ERIKA Sánchez
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un artículo nuevo al **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"* el cual quedará así:

Artículo nuevo. **Racionalización de documentos legales para trámites ante el INVIMA.**

En los trámites de expedición, renovación o modificación de registros, permisos, notificaciones o autorizaciones sanitarias, así como de expedición de certificados y licencias, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima podrá aceptará documentos públicos de origen extranjero sin el cumplimiento de los requisitos formales de apostilla o legalización, siempre y cuando en el dossier de solicitud, el interesado indique en sitio web de la entidad sanitaria que lo emite, y el Invima confirmara la autenticidad y vigencia del documento.

Cuando el documento se haya emitido en idioma extranjero, el Invima admitirá la traducción simple al castellano, bajo la responsabilidad del aportante. De igual forma, el INVIMA podrá aceptar aceptará cuando lo considere pertinente, que los documentos, no oficiales y la información técnica de un producto, puedan ser allegados en idioma extranjero inglés. La veracidad de esta traducción será también responsabilidad del aportante.

ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR SANTANDER

LEY NUEVO

1161

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

ERIKA Sánchez
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un artículo nuevo al **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"* el cual quedará así:

Artículo nuevo. Atención de los pacientes con patologías crónicas. Las Entidades Gestoras de Salud al interior de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, preservarán el manejo clínico de los pacientes en grupos con enfermedades crónicas de alto riesgo y tratamiento especializado en el nivel de complejidad que sea requerido, **en centros especializados del nivel complementario** dentro de la Institución Prestadora de Salud o Institución de Salud del Estado (ISE). En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas dentro de este periodo de transición.

ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR SANTANDER

ART NUEVO

1162

DUVALIER Congresista Cámara de Representantes

PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNESE UN ARTÍCULO NUEVO AL PROYECTO DE LEY NO. 312-2024C POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo Nuevo. Idoneidad para los cargos en salud. Todos los cargos nuevos o todas las plantas de personal que se creen, que tengan dentro de su misionalidad principal administrar los recursos de la salud tendrán que demostrar idoneidad para el cargo. En términos de experiencia y formación académica. Estos tendrán que ser elegidos por un concurso de méritos. El gobierno nacional deberá establecer la reglamentación dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley.

Cordialmente,

DUVALIER SÁNCHEZ ARANGO.
Representante a la Cámara – Valle del Cauca.
Partido Alianza Verde.

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 FEB 2025
RECIBIDO
9:11am

Justificación

Es importante reconocer que la corrupción en el Sistema de Salud ha ido creciendo de manera significativa, según algunas entradas de prensa, después de Pandemia, la pérdida de recursos fue importante y según cálculos la suma asciende a $1,2 billones de pesos.

"Según las investigaciones que adelanta la Fiscalía, en al menos unos 30 casos, desde la época de la pandemia, se ha podido evidenciar estos actos de corrupción, aprovechando la contingencia sanitaria; estos recursos son los que actualmente tienen en cuidados intensivos a la salud del país"

Edificio Nuevo del Congreso - Carrera 7 #8-62, oficina 505 B.
Teléfonos: 3823000 - correo electrónico: duvalier.sanchez@camara.gov.co

ART NUEV

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

HERÁCLITO LANDÍNEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

1163

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
13 FEB 2025
RECIBIDO

Bogotá D.C, 10 de febrero de 2025

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN ADITIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición de adición, al **Proyecto de Ley No. 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 Nuevo. Cuenta de Atención de Catástrofes, Epidemias y Contingencias. La Cuenta de Atención de Catástrofes, Epidemias y Contingencias, tendrá las siguientes fuentes:

1.Los recursos por valor de 50 mil millones de pesos anuales a precios constantes de 2023 y los rendimientos financieros que produzcan dichos recursos.

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

JUSTIFICACIÓN:

Retiro

1164

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
13 FEB 2025
RECIBIDO

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

PROPOSICIÓN

Agréguese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. Vigilancia y control fiscal sobre el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS)

La Contraloría General de la República ejercerá vigilancia y control fiscal sobre la gestión de los recursos del Sistema de Salud colombiano, con base en la información reportada en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), conforme a lo dispuesto en el artículo 7 de la presente ley.

En concordancia con las disposiciones establecidas en el artículo 7, y en virtud de las facultades otorgadas por el Decreto Ley 403 de 2020, la Contraloría General de la República tendrá acceso pleno y en tiempo real a la información registrada en el SPUIIS, a través de la Dirección de Análisis y Reacción Inmediata (DIARI), para el ejercicio efectivo de sus funciones de vigilancia y control.

El incumplimiento de la obligación de reporte de información al SPUIIS, o la denegación del acceso y uso de la información contenida en el mismo, constituirá una causal para dar trámite al proceso administrativo sancionatorio fiscal.

Diego Caicedo

Camilo Avila

Wilmer Carrillo

Carmen Dorio Cabrera

HR. Dolian López

Wadith Manzur

Jorge E. Tamayo M.

Teresa Enriquez

1165 ALT NUEVO

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
14 FEB 2024
RECIBIDO

ALC
12 40

PROPOSICIÓN ARTÍCULO NUEVO

Adiciónese un artículo nuevo al 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" de la siguiente manera:

Artículo Nuevo: Para aquellas Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) que deseen transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida, pero cuyos indicadores no le permitan contar con un respaldo financiero, el Gobierno nacional diseñará un programa o línea de crédito con un periodo de gracia de 5 años, tasas compensadas, entre otros instrumentos de alivio de deuda, al cual podrán acceder, con el único objetivo de pagar las deudas contraídas principalmente con las Empresas Sociales del Estado. La Superintendencia Financiera de Colombia, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, serán los encargados de diseñar e implementar dicho programa, pudiendo operarlo con las Entidades Financieras habilitadas para ello.

Para aquellas Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) que se liquiden pero cuyos indicadores no le permitan contar con un respaldo financiero, el Gobierno nacional diseñará un programa o línea de crédito, tasas compensadas, entre otros instrumentos de alivio de deuda, al cual podrán acceder, con el único objetivo de pagar las deudas contraídas principalmente con las Instituciones Prestadoras de Salud Privadas. La Superintendencia Financiera de Colombia, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, serán los encargados de diseñar e implementar dicho programa, pudiendo operarlo con las Entidades Financieras habilitadas para ello.

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen a Entidades Gestoras de Salud y Vida e ingresen a un proceso de liquidación, también accederán al programa o línea de crédito que el Gobierno Nacional cree para esta materia.

VICTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO

Art nuevo

1166

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Jhon Fredy Núñez

REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP #5

Bogotá D.C., diciembre 04 de 2024

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL 09 DIC 2024 RECIBIDO

Dr.
JAIME RAUL SALAMANCA TORRES
Presidente
Honorable Cámara de Representantes
Congreso de la República

PROPOSICIÓN

Adiciónese un articulo nuevo al Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No 135 de 2024 Cámara **"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones ".**

ARTICULO NUEVO: En el marco de las intervenciones administrativas llevadas a cabo por la Superintendencia de Salud a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, se establecerá que ADRESS, será el garante y respaldará los créditos que realicen las EPS intervenidas, con la Banca Nacional e Internacional, para el pago de los pasivos con las entidades prestadores de salud públicas y privadas; de la misma manera, se autorizará al ADRESS, para que descuente directamente los recursos de las cuotas mensuales, que se tenga que pagar a la Banca que otorgue los créditos. La intervención del Gobierno Nacional se mantendrá vigente hasta que la EPS intervenida haya pagado la totalidad de los créditos realizados para el saneamiento de sus pasivos.

Cordialmente,

JHON FREDY NUÑEZ RAMOS
Representante a la Cámara
CITREP 5 Caquetá - Huila

JhonFredyNuñez JhonFredyNuñez jhon.nunez@camara.gov.co

ART NUEVO
1167

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
14 FEB 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ARTÍCULO NUEVO

Adiciónese un artículo nuevo al 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" de la siguiente manera:

Artículo nuevo transitorio. Acreencias de las EPS. Las acreencias que las EPS liquidadas han dejado con las Empresas Sociales del Estado serán pagadas gradualmente, con vigencias futuras acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público por un plazo de hasta quince (15) años.

En todos los casos se garantizará el pago de la remuneración al talento humano en salud que los prestadores adeuden con los profesionales sanitarios al momento de la cancelación de las deudas, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.

VICTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO

1168

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES

14 FEB 2024

PROPOSICIÓN ARTÍCULO NUEVO

Adiciónese un artículo nuevo al 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" de la siguiente manera:

Artículo nuevo. Acuerdo de Voluntades entre prestadores de servicios y gestores públicos o gestores en salud y vida. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los acuerdos de voluntades que se aplicarán en la conformación de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) desde las Gestoras de Salud y Vida y las entidades territoriales. En consecuencia, para la reglamentación de los acuerdos de voluntades se aplicará un manual tarifario con techo y piso ajustables a las condiciones de cada RIITS, teniendo como criterios mínimos la aplicación compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, mecanismos para la verificación y control de metas e incentivos. Lo anterior, preservando las modalidades de acuerdo de voluntades existentes, sin perjuicio de otras modalidades para garantizar la contención de costos en salud y el cuidado integral de la población.

VICTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO

1169 ART NUEVO

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
14 FEB 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ARTÍCULO NUEVO

Adiciónese un artículo nuevo al 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" de la siguiente manera:

Artículo nuevo. El gobierno nacional asignará al sector salud un porcentaje creciente anual, en términos reales, del Presupuesto General de la Nación con destino al aseguramiento en salud. En ningún caso, este porcentaje será inferior al mayor valor entre el IPC causado el año inmediatamente anterior y el del incremento del salario mínimo legal vigente para dicha anualidad.

Parágrafo. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público deberá definir en un término no superior a seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, en un plan financiero a diez (10) años, los recursos necesarios y las fuentes respectivas, para garantizar la viabilidad financiera del Sistema de Salud.

VICTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO

1170 ART NUEVO

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
14 FEB 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ARTÍCULO NUEVO

Adiciónese un artículo nuevo al 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" de la siguiente manera:

Artículo nuevo. La ADRES tiene la obligación de calcular, constituir y mantener actualizadas mensualmente las reservas técnicas conocidas y no conocidas que deberán acreditarse ante la Superintendencia Nacional de Salud, sobre las cuales se deberá mantener inversiones de al menos el 100% del saldo de sus reservas técnicas del mes calendario inmediatamente anterior, de acuerdo con el siguiente régimen y los plazos que defina el Gobierno nacional.

VICTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO

ART NUEVO

1171

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Jhon Fredy Núñez

REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP #5

Bogotá D.C., 24 de febrero de 2025

Dr.
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Honorable Cámara de Representantes
Congreso de la República

PROPOSICIÓN

Articulo Nuevo al **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".**

Artículo Nuevo: El Ministerio de Salud, articulará junto con el Ministerio de Educación y apoyará el fortalecimiento para que todas las Universidades Publica, oferte la carrera profesional de Medicina, en todos los Departamentos de Colombia.

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
25 FEB 2025
RECIBIDO
11:06am

Del Honorable Representante,

JHON FREDY NUÑEZ RAMOS
Representante a la Cámara
CITREP 5 Caquetá - Huila

JhonFredyNuñez JhonFredyNuñez jhon.nunez@camara.gov.co

ALT NUEVO

1172

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Jhon Fredy Núñez

REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP #5

Bogotá D.C., 24 de febrero de 2025

Dr.
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Honorable Cámara de Representantes
Congreso de la República

PROPOSICIÓN

Articulo Nuevo al **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".**

Artículo Nuevo: Todas las facultades de Medicina a nivel Nacional, se comprometerán en presentar cada semestre, una oferta para los especialistas en las diferentes áreas de la salud, con un mínimo de 25 cupos por Universidad.

Del Honorable Representante,

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
25 FEB 2025
RECIBIDO
11:06am

JHON FREDY NUÑEZ RAMOS
Representante a la Cámara
CITREP 5 Caquetá – Huila

SÍ ES POSIBLE

JhonFredyNuñez JhonFredyNuñez jhon.nunez@camara.gov.co

ART NUEVO

1173

PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un artículo nuevo al proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones":

"Artículo nuevo. Provisión del empleo de director.

La provisión de los empleos de director de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial se efectuará por la Junta Directiva de institución, dentro de los tres (3) meses siguientes al inicio del período del respectivo alcalde municipal o distrital o gobernador, para un período institucional de cuatro (4) años, previa verificación del cumplimiento de requisitos y calidades establecidos en la presente ley. El Ministerio de Salud y Protección Social consolidará periódicamente una lista de aspirantes, de acuerdo con el reporte que le remitan las Instituciones de Educación Superior y el Departamento Administrativo de la Función Pública, respecto de los aspirantes que acreditan haber realizado el curso de Administración Hospitalaria y la prueba de competencias, respectivamente. La periodicidad de las pruebas y los parámetros requeridos para las pruebas, serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. La lista de aspirantes al empleo de director de las Instituciones de Salud del Estado- ISE, tendrá una vigencia de cuatro (4) años.

La Junta Directiva conformará una terna con los concursantes que hayan obtenido las tres mejores calificaciones en el proceso de selección adelantado, pudiendi escoger entre cualquiera de los integrantes de la terna mediante una decisión funda."

Jennifer Pedraza S

JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Dignidad y Compromiso

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
04 MAR 2025
RECIBIDO
4:48 pm

JUSTIFICACIÓN

Los Institutos Nacionales de Salud Pública actúan como instancias focales de los esfuerzos de los países por proteger y mejorar la salud. En conjunto con otros organismos gubernamentales, incluyendo niveles departamentales o locales del gobierno, proporcionan liderazgo científico y ayudan a catalizar respuestas de los países a importantes desafíos en salud pública. Igualmente, son redes de organizaciones científicas que proveen liderazgo nacional especializado con la finalidad de encontrar mejoras sustanciales de largo plazo en salud pública. Los INS son organizaciones multipropósito, que incluyen personal con un amplio espectro de habilidades y experiencias que ejecutan funciones críticas en salud pública tales como vigilancia e investigación. Dado su carácter científico, los INS son fuentes confiables de asesoramiento en niveles políticos decisorios.

De otra parte, en un contexto de transición epidemiológica, los institutos nacionales de salud tienen la misión de equilibrar sus recursos y estrategias para gestionar tanto enfermedades infecciosas como crónicas. Esto, es particularmente importante para los sistemas de salud de países como Colombia, que aún enfrentan desafíos en ambos frentes. La OMS recomienda que los INS tengan un rol proactivo en adaptar las políticas de salud a las nuevas realidades epidemiológicas para lograr una población más sana y reducir el impacto de las enfermedades crónicas en las próximas décadas.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha advertido que el riesgo de futuras pandemias es alto, especialmente debido a factores como el cambio climático, el aumento de la urbanización, la globalización y el contacto creciente entre humanos y animales silvestres. Estas condiciones facilitan la aparición y propagación de enfermedades infecciosas.

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que los institutos nacionales de salud juegan un papel fundamental en la preparación y respuesta ante pandemias. Estos institutos, como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en Estados Unidos o el Instituto Nacional de Salud en Colombia, son cruciales para monitorear, investigar y gestionar respuestas de salud pública. Según la OMS, sus funciones principales en una pandemia incluyen: la vigilancia y detección temprana, la Investigación y desarrollo de vacunas y tratamientos, el desarrollo de directrices y protocolos creando guías basadas en evidencia para el manejo de la enfermedad, comunicación y educación pública, coordinación con organismos internacionales y el fortalecimiento de los sistemas de salud.

La OMS sostiene que estos institutos son esenciales para fortalecer las capacidades nacionales de respuesta ante emergencias de salud pública y destaca la necesidad de contar con recursos y capacidades adecuadas para enfrentar futuras pandemias.

Por otra parte, la soberanía sanitaria es la capacidad de las sociedades democráticas para asegurar, a través de su organización estatal, la equidad en la producción, distribución y acceso a los recursos esenciales para mantener la vida y la salud de las poblaciones (Grupo de Trabajo CLACSO, Salud internacional y soberanía sanitaria. 2021; Gómez-Arias R. 2022).

DUVALIER
Congresista

Cámara de Representantes

Nuevo

1175

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
06 MAR 2025
RECIBIDO
1:46pm

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara

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

PROPOSICIÓN

ADICIÓNESE UN NUEVO ARTÍCULO AL PROYECTO DE LEY NO. 312-2024C, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

ARTÍCULO NUEVO. ÓRGANOS DE DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO (ISE). La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un Director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de Director son los establecidos en el artículo 22 del Decreto 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará mediante un concurso de méritos.

El Ministerio de Salud y Protección Social en el término de seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley, deberá reglamentar lo relacionado con las condiciones aplicables al concurso.

El Consejo Directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:

1. El gobernador o el alcalde distrital o municipal, su delegado, según corresponda, quien lo presidirá.
2. El Director de la ISE.
3. Un (1) representante de las comunidades de pacientes, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas. mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud.
4. Un (1) representante de los trabajadores de la salud de la institución.
5. Un (1) representante de las facultades de medicina de las universidades públicas y privadas que tengan sede en el distrito o municipio a la cual pertenece la ISE.

Duvalier

CENTRO DEMOCRÁTICO
Mano firme
Corazón grande

Oscar Darío Pérez
Experiencia para Antioquia

1177

1176

PROPOSICIÓN ARTÍCULO NUEVO

Añádase un artículo nuevo al Proyecto de Ley N° 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

Artículo XXX. Plan de Beneficios.

La población tendrá el derecho a las tecnologías en salud que requiera de acuerdo a sus necesidades y teniendo en cuenta las exclusiones previstas en la Ley 1751 de 2015. Existirá un plan de beneficios que se financiará adecuadamente con la Unidad de Pago por Captación, el cual se actualizará permanentemente, incluso durante el año fiscal, reconociendo los incrementos, si estos proceden. El pago de tecnologías por fuera de la Unidad de Pago por Capitación será marginal.

ÓSCAR DARÍO PÉREZ PINEDA
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Centro Democrático

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Art 3

1178

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

HERÁCLITO LANDÍNEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

Bogotá D.C, 09 de diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición modificativa al **artículo 3** del **Proyecto de Ley No. 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 3. Atención Primaria en Salud (APS). ~~Según lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, artículos 12 a 16~~, l**L**a Atención Primaria en Salud (APS) ~~fue adoptada como~~ **es una** estrategia dentro del Sistema de Salud y está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana y las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

La Atención Primaria en Salud (APS) ~~se concibe como una estrategia~~ **está** orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemático, permanente, predictivo y resolutivo e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

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

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

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO
11:30a

Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co
Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7ª No. 8-68. Primer Piso.

ART 3

1179

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER SALAZAR
Representante a la Cámara

09 DIC 2024

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

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 suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración la siguiente proposición modificativa al Artículo 3, el cual quedará así:

"Artículo 3. Atención Primaria en Salud (APS). Según lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011…

(…)

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

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

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
APROBADO

Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar

269

JUAN ESPINAL

Representante a la Cámara

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

Elimínese el **artículo 31° del Proyecto de Ley No. 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".**

Juan E. Negado

Art 31.

270

Negada

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL LEYES 17 DIC 2024 RECIBIDO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 31 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara**, "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

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

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

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

Se reconocerá a las Gestoras de Salud y Vida (EGSVI) como parte integrante de los Gastos Administrativos, incentivos provenientes del cumplimiento efectivo de indicadores de desempeño del Sistema General de Seguridad Social de salud, de la calidad de los servicios prestados y de la atención a los usuarios.

Los indicadores de desempeño del Sistema General de Seguridad Social de salud, de la calidad de los servicios prestados y de la atención a los usuarios, serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, previo concepto favorable del Consejo Nacional de Salud.

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

Art 31

Negada

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
04 MAR 2025
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 31 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

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

Las Gestoras de salud y vida recibirán el 5% del valor de la atención integral de su poblacion desde el nivel primario hasta la alta complejidad. El pago se realizará de manera mensual.

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

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

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

JUSTIFICACIÓN

Las Gestoras recibirán el 5% de los recursos contenidos en las cuentas de APS y en la cuenta general que financia las demás atenciones del sistema de salud incluidos los servicios de salud de mediana y alta complejidad, los medicamentos, las licencias de maternidad y las incapacidades.

Se trata de una remuneración adecuada para las labores de coordinación y articulación del sistemaque cumplirán estos actores. Las gestoras serán las encargadas de coordinar la atención de los pacientes a lo largo del sistema de salud, diligenciar las prestaciones de salud económicas, articular las redes y los sistemas de referencia y contra referencia entre muchas otras funciones.

Representa una disminución del reconocimiento por administración que hoy se hace a las EPS y que está entre el 8% y el 10% de los recursos del aseguramiento.

La eliminación de la base de cálculo de la UPC para reconocer los gastos de las Gestoras se da enrazón a que no representa el ingreso de estas entidades. En cambio, será corresponsable de la gestión de usuarios y pacientes en el esquema de atención primaria en salud y en los servicios demayor complejidad

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA

Representante a la Cámara por el Vaupés

Hugo Danilo Lozano Pimiento

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTICULO 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".

Negada

Elimínese el articulo 32

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

~~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 auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud departamentales y distritales o municipales, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.~~

~~**Parágrafo 1:** Los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, 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.~~

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 32 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Negado

Elimínese el artículo 32:

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

~~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.~~

Atentamente,

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

AforeroM Andres.forerom Andresforerocd
Correspondencia Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 -68 Primer Piso
Correo Electrónico: andres.forero@camara.gov.co
Conmutador: 390 4050 ext 3559 & 3563

JUAN ESPINAL

Representante a la Cámara

Art 32

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

Elimínese el **artículo 32° del Proyecto de Ley No. 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".**

Juan E. Negada

12 59

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

Negada

Art 32(-)

CONGRESO DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
04 MAR 2025
RECIBIDO

277

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE 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 DEL 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~~

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

~~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.~~

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

No existe claridad jurídica de sobre el alcance real de los acuerdos y determinar que parte asume la responsabilidad en relación con el acceso y la calidad del servicio (ANDI).

Negado

Art 32

282

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL

09 DIC 2024

RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

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

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

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 deberán** ~~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, **además del acuerdo de voluntades,** 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~~ **celebrarán con** cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana y alta complejidad ~~un convenio de desempeño~~ **acuerdos de voluntades** 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~~ **acuerdos** tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud departamentales y distritales o municipales, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.

Parágrafo 1: Los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los 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~~ **podrán hacer parte de** las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). En todo caso, los residentes tendrán derecho a recibir atención inicial de urgencias en cualquier IPS dentro del territorio nacional, cuando así lo requiera.

Parágrafo 4. Las Instituciones Prestadoras de Salud acreditadas se entenderán integradas a las RIITS

Parágrafo 5.~~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 Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

Parágrafo 6. En todo caso, los residentes tendrán derecho a recibir atención inicial de urgencias en cualquier IPS dentro del territorio nacional, cuando asi se requiera.

Cordialmente,

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

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde

JUAN SEBASTIÁN GÓMEZ GONZÁLES
Representante a la Cámara por Caldas
Nuevo Liberalismo

ALEJANDRO GARCÍA RÍOS
Representante a la Cámara por Risaralda
Partido Alianza Verde

CAROLINA GIRALDO BOTERO
Representante a la Cámara
Departamento de Risaralda

Parágrafo 6. El Consejo Nacional de Salud deberá proponer la metodología de incentivos y métodos de auditoría a los CAPS.

Parágrafo **4 7**: 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 Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

Cordialmente,

Jennifer Pedraza S **JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso	Alejandro García R. **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

Negada

ART 32

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
04 MAR 2025
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

MODIFÍQUESE 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 DEL 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

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

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**~~. **La vigilancia y control de los convenios lo harán las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales o municipales.**

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

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

No es conveniente que la entidad territorial sea juez y parte en la celebración y seguimiento de los convenios, ya que de conformidad con las competencias asignadas en la Ley 715/2001 (art 43.4.1), a las Direcciones territoriales del nivel departamental les corresponde realizar la vigilancia y control del aseguramiento, y a las Direcciones municipales de salud les corresponde (art 44.1.3)gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios para la población de su jurisdicción. Es de señalar que las mismas funciones le corresponden a los Distritos (art 45 Ley 715/2001).

El fortalecimiento de la gobernanza de las entidades territoriales es fundamental en el proceso decoordinación y articulación de los diferentes actores del sistema de aseguramiento social para la garantía del derecho a la salud, y cuentan con funciones de inspección, vigilancia y control por tanto estos deberían ser los encargados de hacer el seguimiento a los convenios de desempeño entre Gestoras - CAPS y Gestoras – prestadores de mediana y alta complejidad.

Art 32

289

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

Ntegado

9:17am

PROPOSICION DE ADICION AL ARTICULO 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".

Adiciónese al artículo 32, el cual quedara así:

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

Las Gestoras de Salud y Vida junto a las entidades territoriales, conformarán Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) siendo compuestas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud y transporte especial de pacientes y 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 Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria, intercultural y diferencial incluida la obligatoriedad de interoperar con el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago.
Las Redes tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de los que hacen parte los Equipos de Salud Territoriales; y otro complementario, constituido por las instituciones de mediana y alta complejidad, así como por profesionales independientes.
El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos de coordinación asistencial para la operación de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) y para la toma de decisiones en el marco de los determinantes sociales en salud. Las Gestoras de Salud y Vida, en conjunto con las Entidades Territoriales conformarán las RIITS a partir de acuerdos de voluntades y adoptarán e implementarán estos mecanismos de coordinación asistencial de acuerdo con las necesidades de la población. Los mecanismos de coordinación deben incluir el desarrollo de acciones conjuntas y sinérgicas entre

Negada

los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los demás integrantes de la Red, para asegurar la continuidad del cuidado de las personas, de forma coordinada y generar una cadena de valor que garantice la atención integrada e integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.

los departamentos de la amazonia y Orinoquia, Guaviare, Vaupés, Vichada, Amazonas y Guainía, donde la Red Integral e integrada de servicios de mediana y alta complejidad es ausente, deberá ser complementada con hospitales y clínicas públicas o privadas de alta complejidad de los departamentos o regiones cercanas al sitio de origen de los usuarios para poder garantizar los servicios sociales esenciales complementarios y celeridad a la atención en la urgencia geográfica.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

Negada

Art 32

290

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
12:22 pm

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

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

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

Las Gestoras de Salud y Vida junto a las entidades territoriales, conformarán Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) siendo compuestas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud y transporte especial de pacientes y 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 Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria, intercultural y diferencial incluida la obligatoriedad de interoperar con el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago.

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

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

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

En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda, establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana y alta complejidad un convenio de desempeño que establezca los servicios a prestar, las condiciones de calidad específicas esperadas de cada servicio y la modalidad de pago aplicable, de acuerdo con el régimen de tarifas y formas de pago definido, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional en la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), junto con los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de 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.

Las Gestoras de Salud y Vida adoptarán e implementarán los mecanismos de control, supervisión, seguimiento y auditoría de las actuaciones de todos los integrantes de la Red del nivel primario de atención y del nivel complementario, que defina el Consejo Nacional de Salud.

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

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

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

Parágrafo 4. Las Instituciones Prestadoras de Salud acreditadas se entenderán integradas a las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS)

Parágrafo 5. En todo caso, los residentes tendrán derecho a recibir atención inicial de urgencias en cualquier IPS dentro del territorio nacional

Negada

291

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

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.

Atentamente,

Catherine Juvinao C

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

Cristian Avendaño

Art 32

292

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 32 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", 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. **Para lo anterior, tendrán la asistencia técnica de las entidades territoriales.**

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~~ **deberán cumplir 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 **adoptarán e**

implementarán los mecanismos de control, supervisión, seguimiento y auditoría de las actuaciones de todos los integrantes de la Red del nivel primario de atención y del nivel complementario.~~, en conjunto~~ **A partir de la asistencia técnica y apoyo de** ~~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 auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. El seguimiento al convenio lo harán las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación.~~

~~En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, según corresponda, establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana y alta complejidad un convenio de desempeño que 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 auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud departamentales y distritales o municipales, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.~~

Parágrafo 1: Los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, 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

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

Negada

CONGRESO DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
04 MAR 2025
RECIBIDO

ART 33

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 33 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

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

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

~~El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las RIITS en las subregiones funcionales para la gestión en salud.~~

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

JUSTIFICACIÓN

Para la ANDI "*Preocupa que no haya claridad sobre la ruta de atención al paciente. Sobre quien recae la responsabilidad de guiar al paciente dentro del sistema, ¿la entidad territorial? ¿Las gestoras? La fragmentación entre atención primaria y los siguientes niveles de complejidad es preocupante y puede dejar a la deriva al paciente. Debe evitarse la fragmentación de la ruta de atención para el paciente*".

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA

Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 FEB 2025
RECIBIDO

ART 33(L)

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTICULO 33 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".

Negada

Elimínese el artículo 33.

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

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

~~El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las RIITS en las subregiones funcionales para la gestión en salud.~~

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

JUAN ESPINAL
Representante a la Cámara

DLT 336

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

Elimínese el **artículo 33° del Proyecto de Ley No. 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"**.

V 296
ALC
12 ST

Juan E. Negada

Art 33

Negada

297

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL LEYES 17 DIC 2024 RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 33 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara**, "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

Artículo 33. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La conformación y organización de las RIITS seguirá el siguiente procedimiento:

a) Las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud establecerán una base de los prestadores habilitados y registrados para operar en el territorio respectivo.
b) A partir de esta base, los prestadores habilitados y registrados serán organizados en RIITS, por parte de la Gestora de Salud y Vida del territorio respectivo, para lo cual contará con la asistencia técnica de las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud.
c) La Gestora de Salud y Vida suscribirá con los integrantes de la Red contratos que establezcan los servicios a prestar, las condiciones de calidad y cantidad específicas esperadas en cada servicio, el rol que cumple al interior de la Red o de una Subred, la modalidad de pago de los servicios, los controles y auditorías pertinentes y los indicadores de desempeño del Sistema General de Seguridad Social de salud, de la calidad de los servicios prestados y de la atención a los usuarios, y y el proceso de autorización para el pago por parte de la ADRES. Lo anterior, 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 Departamentales y Distritales de salud, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.
d) La estructura de la red y de las subredes, la ruta de atención del usuario y los acuerdos suscritos serán presentados para su autorización por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en las subregiones funcionales para la gestión en salud. La ADRES realizará la respectiva revisión y verificación de las condiciones de operación de la Red presentada por la Gestora de Salud y Vida, realizando un concepto previo del sistema de seguimiento de precios y formas de pago al Ministerio de Salud y Protección Social para su habilitación como red.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

e) **La ADRES, en conjunto con las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud harán el seguimiento de precios y formas de pago de la Red, de forma anual, con la finalidad de verificar la continuidad de la prestación de la Red.**

~~Las Direcciones departamentales, y distritales o municipales de Salud organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) con fundamento en los análisis funcionales de Red. La organización y conformación se hará con las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio.~~

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

~~El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las RIITS en las subregiones funcionales para la gestión en salud.~~

Parágrafo. La suscripción de acuerdos con los integrantes de la Red también incluye la suscripción de contratos con los CAPS.

Atentamente,

Catherine Juvinao C.

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

ALT 33
299

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO
9:17am

Negada.

PROPOSICION DE ADICION ARTICULO 33 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".

Adiciónese al artículo 33, el cual quedara así:

Artículo 33. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) con fundamento en los análisis funcionales de Red. La organización y conformación se hará con las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio. **La conformación de las redes integradas e integrales organizadas para la atención de los usuarios de la amazonia y Orinoquia colombiana priorizaran la atención integral oportuna de los pacientes remitidos a niveles superiores.**

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

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

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

Negada

ART 33

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

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

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

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

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

JULIA MIRANDA LONDOÑO Representante a la Cámara por Bogotá Partido Nuevo Liberalismo	**JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso
KATHERINE MIRANDA Representante a la Cámara Partido Alianza Verde	**JUAN SEBASTIÁN GÓMEZ GONZÁLES** Representante a la Cámara por Caldas Nuevo Liberalismo

Alejandro García R **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde	**DANIEL CARVALHO MEJÍA** Representante a la Cámara
Carolina Giraldo B **CAROLINA GIRALDO BOTERO** Representante a la Cámara Departamento de Risaralda	

ACT 33

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL 301

09 DIC 2024

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

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

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

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

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

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

JULIA MIRANDA LONDOÑO Representante a la Cámara por Bogotá Partido Nuevo Liberalismo	**JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso
KATHERINE MIRANDA Representante a la Cámara Partido Alianza Verde	**JUAN SEBASTIÁN GÓMEZ GONZÁLES** Representante a la Cámara por Caldas Nuevo Liberalismo

Alejandro García R **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde	**DANIEL CARVALHO MEJÍA** Representante a la Cámara
Carolina Giraldo B **CAROLINA GIRALDO BOTERO** Representante a la Cámara Departamento de Risaralda	

ART 34 (-)

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 34 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Negada

Elimínese el artículo 34:

~~**Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).** El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje:~~

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

   ~~El modelo contará con un nivel primario, como primer contacto y puerta de entrada, que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas y en los centros especializados; y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades.~~
2. ~~**Rectoría y Gobernanza de la red.** Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas por parte de las Gestoras de Salud y Vida y las Entidades territoriales, así como asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las RIITS se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.~~

3. ~~**Organización y gestión.** Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión~~

~~basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).~~

4. ~~**Sistema de asignación e incentivos.** Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la RIITS, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.~~

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

~~Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de mediana y alta complejidad.~~

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

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

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

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

303

5. ~~**Resultados**. Las RIITS deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del SICA. Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.~~

6. ~~**Generación de valor.** Los modelos de acuerdos de voluntades con las RIITS y las modalidades de pago pactadas deben responder a parámetros de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos.~~

~~**Parágrafo**. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de sus funciones, así como por las direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud en cumplimiento de su función de conformación y organización de las RIITS, y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control.~~

Atentamente,

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

AforeroM Andres.forerom Andresforerocd
Correspondencia Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 -68 Primer Piso
Correo Electrónico: andres.forero@camara.gov.co
Conmutador: 390 4050 ext 3559 & 3563

Art 34(-)

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
17 FEB 2025
RECIBIDO

304

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTICULO 34 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".

Negada

Elimínese el artículo 34.

~~**Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).** El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje:~~

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

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

2. ~~**Rectoría y Gobernanza de la red.** Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas por parte de las Gestoras de Salud y Vida y las Entidades territoriales, así como asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las RIITS se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.~~

3. ~~**Organización y gestión.** Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).~~

4. ~~**Sistema de asignación e incentivos.** Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la RIITS, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.~~

   ~~El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la asignación de incentivos, para la red de prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida. Sobre la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se reconocerá un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los~~

~~prestadores de mediana y alta complejidad, y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al tres por ciento (3%), dicho porcentaje deberá estar soportado mediante un estudio de costeo de los incentivos.~~

~~Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de mediana y alta complejidad.~~

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

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

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

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

5. ~~**Resultados.** Las RIITS deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del SICA. Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.~~

6. ~~**Generación de valor.** Los modelos de acuerdos de voluntades con las RIITS y las modalidades de pago pactadas deben responder a parámetros de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos.~~

~~**Parágrafo**. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de sus funciones, así como por las direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud en cumplimiento de su función de conformación y organización de las RIITS, y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control.~~

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

JUAN ESPINAL

Representante a la Cámara

ADI 341-1

305

ALS

12 55

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

Elimínese el **artículo 34° del Proyecto de Ley No. 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".**

Juan E. Negado

Art 34

Negada

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

306

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
04 MAR 2025
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 34 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje:

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

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

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

de los servicios prestados a través de las RIITS se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región

3. **Organización y gestión.** Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

4. **Sistema de asignación e incentivos.** Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la RIITS, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.
   El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la asignación de incentivos para la red de prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida. Sobre la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se reconocerá un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores de mediana y alta complejidad, y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al tres por ciento (3%), dicho porcentaje deberá estar soportado mediante un estudio de costeo de los incentivos.
   Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los Prestadores de Servicios de Mediana y Alta Complejidad.
   Para la asignación, se considerarán de manera independiente los indicadores correspondientes a los siguientes atributos:

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

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

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

d. **Resultados.** Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA). Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.

e. **Generación de valor.** Los modelos de acuerdos de voluntades con las Redes y las modalidades de pago pactados deben responder a modelos de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos.

Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de sus funciones, así como por las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud en cumplimiento de su función de conformación y organización de las RIITS, y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control.

Atentamente,

Catherine Juvinao C.

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

Art 34

Negado

308

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL
17 DIC 2024
RECIBIDO

NO 8002

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 34 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje:

1. **Modelo de atención**. Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales, diferenciales y de género. En el modelo se establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental.
   El modelo contará con un nivel primario, como primer contacto y puerta de entrada, que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas y en los centros especializados; y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades.

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

participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región

3. **Organización y gestión.** Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

4. **Sistema de asignación e incentivos y sanciones por desempeño.** Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la RIITS, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.
   El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la asignación de incentivos **y sanciones por desempeño, de conformidad con los resultados contemplados en la presente Ley,** para la red de prestadores ~~de mediana y alta complejidad~~ y las Gestoras de Salud y Vida. ~~Sobre la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se reconocerá un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores de mediana y alta complejidad, y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al tres por ciento (3%), dicho porcentaje deberá estar soportado mediante un estudio de costeo de los incentivos.~~
   Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los Prestadores de Servicios de Mediana y Alta Complejidad.
   Para la asignación, se considerarán de manera independiente los indicadores correspondientes a los siguientes atributos:

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

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

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

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

d. **Resultados.** Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA). Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.

e. **Generación de valor.** Los modelos ~~de acuerdos de voluntades~~ **contratación** con las Redes y las modalidades de pago pactados deben responder a modelos de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos.

Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de sus funciones **de estructuración de la RIITS**, así como por las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud en cumplimiento de su función de conformación y organización de las RIITS, y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control.

Atentamente,

Catherine Juvinao C.

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

Cristian Acendaño

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

Negada

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
0 4 MAR 2025
RECIBIDO

Art 34

PROPOSICIÓN

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 34 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje:

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

   El modelo contará con un nivel primario, como primer contacto y puerta de entrada, que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas y en los centros especializados; y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades.
2. **Rectoría y Gobernanza de la red.** Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas por parte de las Gestoras de Salud y Vida y las Entidades territoriales, así como asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las RIITS se realizará con una organización regional que favorezca

el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.

3. **Organización y gestión.** Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).
4. ~~**Sistema de asignación e incentivos**. Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la RIITS, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.~~

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

   ~~Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de mediana y alta complejidad.~~

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

   a. ~~**Resultados en salud:** Los indicadores se evaluarán sobre la línea base inicial disponible hasta lograr las metas establecidas por la OMS/OPS. Se tendrán en cuenta, entre otros:~~

~~Cobertura en vacunación, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, Cobertura de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y detección temprana de personas con eventos de interés en salud pública.~~

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

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

4. Sistema de asignación de incentivos. Se establecerá un sistema de asignación de incentivos que garantice la mejor prestación de servicios basado en el desempeño de la gestión de riesgo en salud, la satisfacción de los usuarios y la eficiencia en el uso de los recursos.

Estos incentivos serán diferenciados por Gestora de Salud y Vida e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, teniendo en cuenta las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones.

El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará una metodología de índices que permita graduar el reconocimiento y la distribución de los recursos entre gestoras y prestadores. Dicha metodología tendrá en cuenta los diferentes estudios de percepción **de calidad y satisfacción del usuario, entre otros insumos, con los que cuente el Ministerio de Salud y Protección Social.**

Los recursos destinados al reconocimiento de estos incentivos no podrán ser superiores al tres por ciento (3%) de los recursos del sistema de Aseguramiento Social en Salud y se distribuirán de conformidad con la metodología desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Resultados. Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud,

en el marco del Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA). Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.

6. Generación de valor. Los modelos de acuerdos de voluntades con las Redes y las modalidades de pago pactados deben responder a modelos de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos. **Dichos acuerdos de voluntades deberán ajustarse a lo señalado en el Decreto 441 de 2002 o la norma que lo sustituya o modifique.**

Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de sus funciones, así como por las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud en cumplimiento de su función de conformación y organización de las RIITS, y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control.

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

La asignación de incentivos basados en resultados debe sustentarse en una metodología que permita evaluar el desempeño de los actores del Sistema de Aseguramiento Social en alineación con las funciones definidas en el presente proyecto normativo. Esta metodología también debe integrar los determinantes sociales de la salud que impactan los resultados de salud en las poblaciones, así como incorporar un enfoque territorial que refleje las particularidades locales.

La construcción de dicha metodología, que incluirá la selección de variables específicas de evaluación, los mecanismos de medición, y la distribución de incentivos en función de los resultados, requiere un proceso detallado a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

Teniendo en cuenta la importancia de incluir la perspectiva de los usuarios y pacientes, resulta fundamental aprovechar las herramientas con las que ya cuenta el Ministerio, tales como los estudios de percepción de calidad y satisfacción del usuario.

Negada.

Art 34

3/5

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

12:31pm

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo **34** del **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".***

"Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

(...)

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

Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de mediana y alta complejidad. Para la asignación, se considerarán de manera ~~independiente~~ **global** los indicadores correspondientes a los siguientes atributos:

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

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

c. Uso eficiente de recursos: Se tendrá en cuenta la utilización adecuada de los recursos con los que cuenta la RIITS, pertinencia en los tratamientos acorde con los diagnósticos, adherencia a guías y protocolo de manejo así como adherencia a

tratamientos, disminución de las barreras de acceso, disminución de citas no atendidas, tiempos específicos y la atención de pacientes entre los diferentes niveles de atención y en el nivel pertinente de complejidad que garantice la oportunidad del servicio y el flujo adecuado de pacientes, entre otros.

(...)"

Atentamente,

Jennifer Pedraza S **JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso	Katherine Miranda P. **KATHERINE MIRANDA** Representante a la Cámara Partido Alianza Verde
Alejandro García R **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde	

Negada

ART 34
316

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

9:17am

PROPOSICION DE MODIFICACION AL ARTICULO 34 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".

Modifiquese el numeral cuarto del artículo 34, el cual quedara así:

Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), con fundamento en los siguientes ámbitos de abordaje. La habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios.

4.Sistema de asignación e incentivos. Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la Red, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.

Los hospitales y clínicas de mediana y alta complejidad con altos estándares de calidad podrán facturar a tarifas propias la prestación de servicios previo manual tarifario aprobado por ministerio de salud.

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

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

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

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

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

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

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ART 34

3/7

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

Negada

9:17am

PROPOSICION DE ADICION ARTICULO 34 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".

Adiciónese al numeral primero del artículo 34, el cual quedara así:

Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), con fundamento en los siguientes ámbitos de abordaje. La habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios.

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

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

   1.1. Habrá un modelo de atención diferencial para zonas rurales y dispersas

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

JUAN ESPINAL
Representante a la Cámara

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

Elimínese el **artículo 35° del Proyecto de Ley No. 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".**

Juan E. Negada

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 35 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Elimínese el artículo 35:

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

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

~~Los 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.~~

~~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~~

AforeroM Andres.forerom Andresforerocd

Correspondencia Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 -68 Primer Piso
Correo Electrónico. andres.forero@camara.gov.co
Conmutador: 390 4050 ext 3559 & 3563

~~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.~~

Atentamente,

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

AforeroM Andres.forerom Andresforerocd
Correspondencia Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 -68 Primer Piso
Correo Electrónico: andres.forero@camara.gov.co
Conmutador: 390 4050 ext 3559 & 3563

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

320 ART 35(-)

Negado

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
CÁMARA DE REPRESENTANTES
04 MAR 2025
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 35 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

~~**Artículo 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 al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~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,~~

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

~~y se organizarán de acuerdo a las condiciones geográficas, demográficas y socioculturales tanto a nivel rural como urbano.~~

~~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.~~

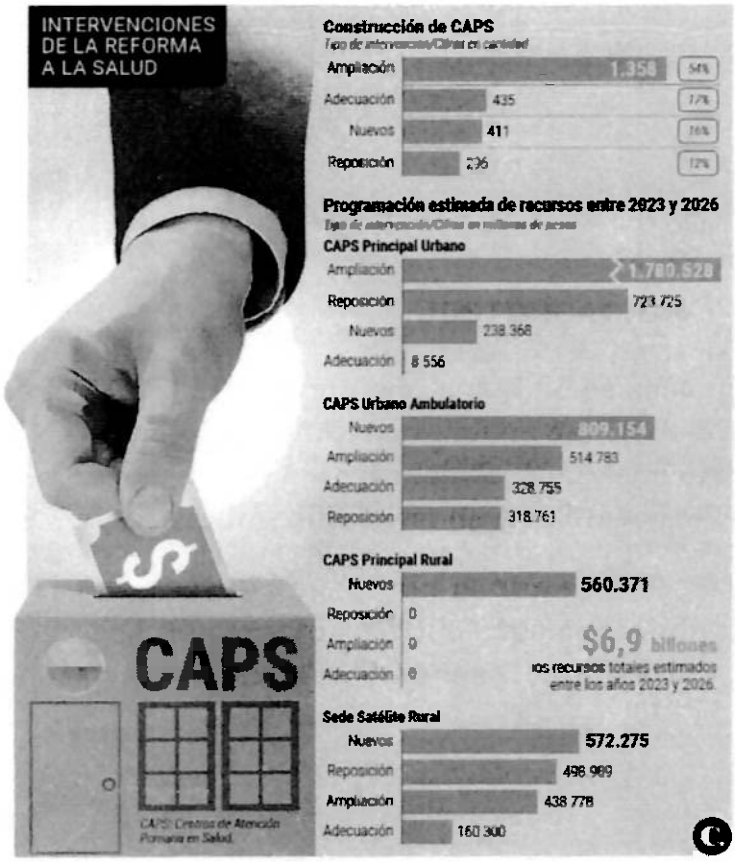
~~**Parágrafo**. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley el rol de los CAPS de naturaleza pública, privada y mixta en el cumplimiento de las funciones de salud pública y de prestación de servicios, de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

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

Según la ANDI "*La reforma a la salud no es sostenible con la realidad fiscal del país. Los cálculos de la ANDI arrojan un déficit de $141.4 billones en los próximos 10 años, mientras que los cálculos del Ministerio arrojaban un superávit de $21.8 billones. Es decir, una diferencia de $163 billones*".

A eso se debe sumar que según el Ministro de Salud en febrero del 2024 dijo que se necesitan construir "*2.500 caps que están proyectando en qué momento se van a construir, pues en 10 años*"[1].



.[2]

[1] https://www.noticiasrcn.com/salud-y-bienestar/minsalud-aseguro-que-los-2-500-caps-proyectados-en-la-reforma-a-la-salud-se-construiran-en-10-anos-466040. Recuperado 4 de marzo de 2025.

[2] https://www.elcolombiano.com/colombia/por-primera-vez-minsalud-dice-cuanto-costara-construir-caps-NC23036913 . Recuperado 4 de marzo de 2025

A esto se debe sumar el hecho de que el PGN para el 2025 se aplazó en $12 billones por falta de recursos y que este Gobierno necesita presentar una reforma tributaria en los próximos días, para el financiamiento del PGN.

ART 35

324

Negada

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

9:17am

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

PROPOSICION DE MODIFICACION AL ARTICULO 35 DEL PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

Modifíquese el artículo 35, el cual quedara así:

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

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

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

Los CAP públicos, privados y mixtos podrán tener y operar Puntos de atención descentralizados con el fin de promover y garantizar el acceso y el derecho a la salud. Dichos puntos de atención se denominarán puestos o centros de salud, y se organizarán de acuerdo a las condiciones geográficas, demográficas y socioculturales tanto a nivel rural como urbano.
Las acciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), incluidas las de los equipos de salud territoriales tendrán carácter universal, territorial, sistemático, permanente y resolutivo, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales.

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

Para el seguimiento y cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se realizarán convenios de desempeño con las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda a los cuales las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, harán seguimiento, con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico – científicos y de calidad de los servicios**. Para lo cual deberá cumplir con lo estipulado en el Decreto 1011 de 2016.**

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

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

Negada

Art 35

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL 09 DIC 2024 325

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

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

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

Los 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.

(...)".

Cordialmente,

Julia Miranda	Jennifer Pedraza
JULIA MIRANDA LONDOÑO Representante a la Cámara por Bogotá Partido Nuevo Liberalismo	**JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso

Katherine Miranda P. **KATHERINE MIRANDA** Representante a la Cámara Partido Alianza Verde	Alejandro Garcia R **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde
DANIEL CARVALHO MEJÍA Representante a la Cámara	Carolina Giraldo B **CAROLINA GIRALDO BOTERO** Representante a la Cámara Departamento de Risaralda

Art 35

326

Negado

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 35 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", 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~~ **Los** CAPS **de las zonas rurales y las zonas rurales dispersas** serán financiados **en su totalidad** por oferta **y los demás Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS de naturaleza pública en su infraestructura y planes de intervención colectiva,** con recursos provenientes de la Cuenta de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con presupuestos estándar que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

~~Los 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.

JUAN ESPINAL

Representante a la Cámara

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

Elimínese el **artículo 36° del Proyecto de Ley No. 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".**

Juan E. Negado

328
ART 36(-)

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 36 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Negada

Elimínese el artículo 36:

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

~~**1. Adscripción poblacional**~~

~~Con el objetivo de orientar la planeación y la respuesta en salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un 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 resolutividad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.~~

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

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

~~b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas en el proceso de caracterización de la población.~~

~~c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud como el primer contacto del sistema de salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

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

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

~~f. Desarrollar e implementar 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 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.~~

~~3. Administración y atención al ciudadano~~

~~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).~~

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

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

~~a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques 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. Gestión intersectorial y participación social

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

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

a. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del SPUIIS. En este sentido, son responsables del uso eficiente de los recursos asignados a cada uno acorde a sus competencias y sin perjuicio del control fiscal, disciplinario y penal al que haya lugar.
b. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto.
c. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población adscrita para garantizar la calidad de la atención en salud, con enfoques diferencial, territorial y de género.
d. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las 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.~~

Atentamente,

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

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
04 MAR 2025
RECIBIDO

ALT 36(-) 330

PROPOSICIÓN

Negada

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 36 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

~~**Artículo 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.~~

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

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

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

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

~~3. Administración y atención al ciudadano~~

~~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).~~

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

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

~~a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques 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. Gestión intersectorial y participación social~~

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

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

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

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

~~a. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del SPUIIS. En este sentido, son responsables del uso eficiente de los recursos asignados a cada uno acorde a sus competencias y sin perjuicio del control fiscal, disciplinario y penal al que haya lugar.~~

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

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

~~d. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las 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.~~

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

Para la ANDI "*Preocupa que los CAPS no solo están encargados de gestionar tareas administrativas, sino que también asumen una amplia gama de responsabilidades clínicas, que abarcan desde la promoción de la salud hasta la prevención de enfermedades, e incluso del aseguramiento.*

Quedan muchos interrogantes sobre la capacidad de los CAPS para cumplir eficientemente con todas estas funciones.

La sobrecarga de responsabilidades podría comprometer la calidad de los servicios ofrecidos, especialmente en áreas rurales o menos desarrolladas donde los recursos son limitados. La atención integral que se espera de estos centros podría verse afectada por la falta de personal, infraestructura adecuada y presupuesto necesario para atender la diversidad de funciones que se les asigna".

Art 36

336

Negada

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL LEYES 17 DIC 2024 RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 36 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara**, "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia. a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", 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~~ Registro 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~~ **vinculados** 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~~ **vincularse** 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 resolutividad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.~~

2. **Prestación de servicios de salud y de vigilancia en salud pública**
   a. Recolectar la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales**, para la gestión del riesgo en salud por parte de la Gestora de Salud y Vida**.
   ~~b.~~ Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas en el proceso de caracterización de la población.
   ~~c.~~ Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud como el primer contacto del sistema de salud~~, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social~~.
   d. ~~Garantizar~~ **Brindar** a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos.
   e. ~~Gestionar, en articulación~~ **Articular** con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
   f. Desarrollar e implementar 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 y a otras poblaciones vulnerables, en ~~coordinación~~ **articulación** con las demás entidades competentes para la continuidad e integralidad de la atención.
   h. Adoptar un modelo de salud que asegure la pertinencia sociocultural de los servicios de salud acorde a las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.

3. **Administración y atención al ciudadano**

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

~~En~~ **Brindará acompañamiento y asesoría técnica** ~~articulación con la~~ **a la** Entidad Territorial ~~harán una revisión periódica del desempeño~~ **para la presentación de un informe periódico sobre el desempeño** de las Gestoras de Salud y Vida, especialmente en el proceso de referencia y contrarreferencia, que conduzca al mejoramiento continuo

e. Los CAPS desarrollarán mecanismos de **articulación** ~~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.

Atentamente,

Catherine Juvinao C

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

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

a. ~~Gestionar~~ **Organizar y recopilar** 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. **Administrar las solicitudes de** ~~Gestionar~~ las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, **para su respectiva gestión y revisión por parte de** ~~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. Gestión intersectorial y participación social

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

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

a. Los CAPS ~~y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán~~ **cumplirán el rol de articulador d**el sistema de referencia y contrarreferencia **de las Gestoras de Salud y Vida,** a través del SPUIIS. ~~En este sentido, son responsables del uso eficiente de los recursos asignados a cada uno acorde a sus competencias y sin perjuicio del control fiscal, disciplinario y penal al que haya lugar.~~
b. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán información constante y **para el monitoreo** ~~monitorearán~~ del uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto.
c. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población ~~adscrita y afiliada~~ **vinculada. Lo anterior, para dar cumplimiento a las funciones de la Gestora de Salud y Vida de garantizar el derecho a la salud de los afiliados y gestionar el riesgo en salud** ~~para garantizar la calidad de la atención en salud.~~ con enfoques diferencial, territorial y de género.
d. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las RIITS habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluido el trasiado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población.

338 ART 36

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

Negada

9:17am

PROPOSICION DE ELIMINACION AL NUMERAL 3 DEL ARTICULO 36 DEL PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

Elimínese del artículo 36.

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

3. **Administración y atención al ciudadano**

Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita y de los que temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).
En articulación con la Entidad Territorial harán una revisión periódica del desempeño de las Gestoras de Salud y Vida, especialmente, en el proceso de referencia y contrarreferencia, que conduzca al mejoramiento continuo.
Además, en el marco de este proceso serán responsables de:

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

Los Centros de Atención Primaria en Salud implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

339 ART 36

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

9:17 a.m.

PROPOSICION DE ADICION AL NUMERAL 5 DEL ARTICULO 36 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".

Negada

Adiciónese al numeral 5, del artículo 36, el cual quedara 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 **empresas sociales del Estado E.S.E o Instituto Social en Salud** o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

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 SPUIIS. En este sentido, son responsables del uso eficiente de los recursos asignados a cada uno acorde a sus competencias y sin perjuicio del control fiscal, disciplinario y penal al que haya lugar.
b. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida **y las entidades territoriales** intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto.
c. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida **y las entidades territoriales** evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población adscrita para garantizar la calidad de la atención en salud, con enfoques diferencial, territorial y de género.
d. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las 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.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ART 36

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

340
9:17am

PROPOSICION DE ADICION ARTICULO 36 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".

Negada

Adiciónese al artículo 36, el cual quedara 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 **empresas sociales del Estado E.S.E o Instituciones en salud del Estado** por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

1. **Adscripción poblacional**

Con el objetivo de orientar la planeación y la respuesta en salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la libre elección dentro de la oferta disponible de Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, deberán adscribirse en el Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán al Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) las novedades de la población en el territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita.
En virtud del vínculo permanente con su población adscrita y para garantizar la resolutividad del nivel primario, los Centro de Atención Primaria en Salud CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

Negado

ART 36
341

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO
9:17am

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

PROPOSICION DE ADICION AL NUMERAL 2 DEL ARTICULO 36 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".

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 **empresas sociales del Estado E.S.E o Instituciones en salud del Estado** o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

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

a. Recolectar la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales.
b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas en el proceso de caracterización de la población.
c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud como el primer contacto del sistema de salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos.
e. Gestionar, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según **el sistema de referencia lineamientos** del Ministerio de Salud y Protección Social.
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 y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes para la continuidad e integralidad de la atención.
h. Adoptar un modelo de salud que asegure la pertinencia sociocultural de los servicios de salud acorde a las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

Art 36

Negado

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

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

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

~~**1. Adscripción poblacional**~~

~~Con el objetivo de orientar la planeación y la respuesta en salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un 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 resolutividad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.~~

(...)

1. ~~2.~~**Prestación de servicios de salud y de vigilancia en salud pública**

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

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

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

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

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

Los Centros de Atención Primaria en Salud implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda.

(...)

2. Administración y atención al ciudadano

(...)

3. ~~4.~~Gestión intersectorial y participación social

(...)

4.~~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 SPUIIS. En este sentido, son responsables del uso eficiente de los recursos asignados a cada uno acorde a sus competencias y sin perjuicio del control fiscal, disciplinario y penal al que haya lugar.
b. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto.
c. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida evaluarán constantemente los resultados en salud sobre ~~su población adscrita~~ para garantizar la calidad de la atención en salud, con enfoques diferencial, territorial y de género.
d. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las 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"

JULIA MIRANDA LONDOÑO Representante a la Cámara por Bogotá Partido Nuevo Liberalismo	**JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso
KATHERINE MIRANDA Representante a la Cámara Partido Alianza Verde	**ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde
DANIEL CARVALHO MEJÍA Representante a la Cámara	**CAROLINA GIRALDO BOTERO** Representante a la Cámara Departamento de Risaralda

Alt 36

Negado

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA

09 DIC 2024 344

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

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

~~**1. Adscripción poblacional**~~

~~Con el objetivo de orientar la planeación y la respuesta en salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un CAPS de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la libre elección selección dentro de la oferta disponible de 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 resolutividad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.~~

(...)

1. ~~2.~~**Prestación de servicios de salud y de vigilancia en salud pública**

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

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

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

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

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

Los Centros de Atención Primaria en Salud implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda.

(...)

2. Administración y atención al ciudadano

(...)

3. ~~4.~~Gestión intersectorial y participación social

(...)

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

(...)

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

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

JULIA MIRANDA LONDOÑO Representante a la Cámara por Bogotá Partido Nuevo Liberalismo	**JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso
KATHERINE MIRANDA Representante a la Cámara Partido Alianza Verde	**ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde
DANIEL CARVALHO MEJÍA Representante a la Cámara	**CAROLINA GIRALDO BOTERO** Representante a la Cámara Departamento de Risaralda

JUAN ESPINAL

Representante a la Cámara

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

Elimínese el **artículo 37° del Proyecto de Ley No. 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".**

Negada

Juan E.

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

Negada

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
04 MAR 2025
RECIBIDO

Alt 37(-)

347

Alc 4/35

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 37 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

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

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

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

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

~~Las Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una plataforma de información y comunicación interoperable en línea que resuelva la referencia y~~

~~contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la coordinación de las RIITS, en los servicios e instituciones que les permitan atención integral.~~

~~El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de las RIITS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso, garantizado confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se propenderá porque el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente.~~

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

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

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

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

Según la ANDI "*La reforma a la salud no es sostenible con la realidad fiscal del país. Los cálculos de la ANDI arrojan un déficit de $141.4 billones en los próximos 10 años, mientras que los cálculos del Ministerio arrojaban un superávit de $21.8 billones. Es decir, una diferencia de $163 billones*".

Es importante que precise el Gobierno si la implementación de sistemas de información robustos e interoperables, se encuentran financiados sus costos de operación y asociados.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cámara de Representantes

Art 37(-)

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 37 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Negado

Elimínese el artículo 37:

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

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

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

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

~~Las Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una plataforma de información y comunicación interoperable en línea que resuelva la referencia y contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la coordinación de las RIITS, en los servicios e instituciones que les permitan atención integral.~~

~~El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de las RIITS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso, garantizado confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se propenderá porque el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente.~~

AforeroM Andres.forerom Andresforerocd

Correspondencia Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 -68 Primer Piso
Correo Electrónico: andres.forero@camara.gov.co
Conmutador: 390 4050 ext 3559 & 3563

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

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

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

Atentamente,

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

AforeroM Andres.forerom Andresforerocd
Correspondencia Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 -68 Primer Piso
Correo Electrónico: andres.forero@camara.gov.co
Conmutador: 390 4050 ext 3559 & 3563

ART 37

351

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO
9:17am

Negada

PROPOSICION DE ADICION PARAGRAFO NUEVO AL ARTICULO 37 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".

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

PARARAFO NUEVO. el ministerio de salud a través del centro de emergencias y urgencias del nivel nacional apoyara a la red integral de atención en salud en la ubicación de pacientes provenientes de zonas rurales y dispersas, cuando estos requieran atención y procedimiento especializados no habilitados en su territorio de origen.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ART 37
352

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

Negado

9:17am

PROPOSICION DE ADICION PARAGRFO NUEVO AL ARTICULO 37 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".

Adiciónese un parágrafo nuevo al artículo 37, el cual quedara si:

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

PARÁGRAFO NUEVO. El ministerio de salud, las entidades territoriales en salud y las gestoras de salud y vida organizaran sistemas de traslados aéreos, financiados tripartitamente como una red de ambulancias aéreas medicalizadas.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ART 37 (-)
353

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO
9:17am

PROPOSICION DE ELIMINACION AL INCISO 7 DEL ARTICULO 37 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".

Negada

Eliminese al articulo 37, el cual quedara asi:

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

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

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ART 37

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CAMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

354

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

9.17 ar

PROPOSICION DE ADICION AL ARTICULO 37 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".

Negada

Adicionese al articulo 37, cual quedara asi:

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

Se entiende por resolver una referencia: programar y conseguir la atención que el paciente requiere, agenciando debidamente el tránsito a través de la Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS), en los servicios e instituciones que le permita atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia debe garantizar entre otros los atributos de la calidad **contemplados sistema obligatorio de garantía y calidad tales, como el Decreto 1011 de 2006**: acceso, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia. En todo caso, la organización del sistema de referencia y contra referencia garantizará que el usuario pueda transitar al interior de las RIITS, sin ningún trámite adicional a la prescripción del profesional, **según lo establecido en el Decreto 2759 de 1991.**

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ART 38

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Negada

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

355

9:17am

PROPOSICION DE ADICION PARAGRAFO NUEVO AL ARTICULO 38 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".

Adiciónese un parágrafo nuevo al artículo 38

Artículo 38. Prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas.

PARÁGRAFO NUEVO. se tendrá prioridad en la atención especializada y en la referencia y contrareferencia de los pacientes con diagnostico de enfermedades huérfanas o raras por parte de las redes integrales de atención en salud.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

Art 37

356

Negada

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

AIO
8:00

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 37 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

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

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

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

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

Las Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una plataforma de información y comunicación interoperable en línea que resuelva la referencia y contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la coordinación de las RIITS, en los servicios e instituciones que les permitan atención integral.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la RIITS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso, garantizado confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se propenderá porque el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente.

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

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

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

Atentamente,

Catherine Juvinao C

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

Cristian Avendaño

ART 37

358

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CAMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

Negada

9:17am

PROPOSICION DE ADICION PARAGRFO NUEVO AL ARTICULO 37 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".

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

PARARAFO NUEVO. el ministerio de salud contara con un sistema nacional de traslados aéreos medicalizados para apoyar el sistema de referencia y contrarreferencia. de las redes integrales de atención en salud que no cuenten con los servicios de atención especializada y de urgencias vitales de los pacientes de zonas rurales y zonas del país.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

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 Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS, de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud.

Para el seguimiento del cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los CAPS, **se suscribirán contratos con las Gestoras de Salud y Vida.** ~~se realizarán convenios de desempeño con las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales de Salud, según corresponda, a los cuales las Unidades Zonales de Evaluación y Planeación 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 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.

Atentamente,

Catherine Juvinao C

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

JUAN ESPINAL

Representante a la Cámara

ART 38(-)

360

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

Elimínese el **artículo 38° del Proyecto de Ley No. 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".**

Juan E. Negado

Negada

Art 38
361

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

9:17am

PROPOSICION DE ADICION PARAGRAFO NUEVO AL ARTICULO 38 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".

Adiciónese un parágrafo nuevo al artículo 38, el cual quedara así:

Artículo 38. Prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas.

PARÁGRAFO NUEVO. el ministerio contara con una base de datos actualizada a través del sistema de información único interoperable de salud de todos los pacientes de alto costo con el fin de monitorear y garantizar la atención integral y oportuna, junto con los actores de las redes integrales de atención en salud.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

Negada

ART 38

362

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL LEYES 17 DIC 2024 RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 38 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

Artículo 38. Prestación de servicios especiales para enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos para que, en el marco de la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), se garantice una Red Nacional de Atención en Salud en cada uno de los territorios para la prestación de los servicios para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos de alto costo indispensables en el tratamiento del cáncer y enfermedades huérfanas sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente y se integren las instituciones, centros especializados y de referencia. Estas instituciones deberán diseñar e implementar programas de investigación científica tendientes a crear herramientas diagnósticas y generar evidencia en promoción de la salud, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos para que, en el marco de la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), se garantice una Red Nacional de Atención en Salud para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos indispensables para el tratamiento de personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente y se integren las instituciones, centros especializados y de referencia. Estas instituciones deberán diseñar e implementar programas de investigación científica tendientes a crear herramientas diagnósticas y generar evidencia en promoción de la salud, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades.

Las Gestoras de Salud y Vida organizarán la gestión de la prestación de servicios para enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas en las RIITS.

La prestación de servicios se realizará de forma integral mediante el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo atendiendo de manera diferencial las necesidades de las personas con estas enfermedades desde la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias y procedimientos que se requieran, a través de la atención directa de pacientes o apoyándose en el uso de la telesalud u otras TIC para garantizar la asesoría, el manejo y la continuidad

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

del tratamiento en el respectivo territorio, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias, ~~y las Gestoras de Salud y Vida~~.

Parágrafo 1. En las RIITS, la organización de la prestación de servicios a personas con enfermedades huérfanas estará articulada con el Plan Nacional para la Gestión de las Enfermedades Huérfanas/Raras y se podrá tener en cuenta la participación de la Mesa Nacional de Enfermedades Huérfanas/Raras con todos los actores que la conforman de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 1871 de 2021 o la que la modifique o sustituya.

Parágrafo 2. En todo momento, se deberá garantizar la continuidad e integralidad en la atención de los pacientes en tratamiento y de los nuevos pacientes clasificados como casos probables, sospechosos o confirmados.

Parágrafo 3. Se deberá diseñar e implementar un ~~programa de ca~~pacitación a los profesionales de la salud que hagan parte del proceso de atención de las personas a las que se refiere el presente artículo en prevención, detección, diagnóstico temprano, manejo, rehabilitación, cuidado paliativo y acceso efectivo a tratamientos, terapias, procedimientos en salud; y se deberá facilitar la consejería genética a las personas con enfermedades huérfanas.

Atentamente,

Catherine Juvinao C

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

Cristian Avendaño

ART 39

364

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

Negada

9:17am

PROPOSICION DE ADICION PARAGRAFO NUEVO AL ARTICULO 39 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".

Adiciónese un parágrafo nuevo al artículo 39, el cual quedara así:

Artículo 39. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales de Salud constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como unidades funcionales o dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos y la asistencia técnica a los municipios para la planeación en salud.

PARÁGRAFO NUEVO. Los procesos de planeación en salud territorial, atenderán el cumplimiento de las metas y objetivos contemplados en el plan decenal de salud pública, articulando acciones y actividades de los planes departamentales y municipales en salud, enfocados en atender las prioridades en salud pública de los territorios.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
04 MAR 2025
RECIBIDO

ART 39 (-)
365

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 39 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Negada

~~**Artículo 39. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.** Las direcciones departamentales y distritales de Salud constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como unidades funcionales o dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos y la asistencia técnica a los municipios para la planeación en salud.~~

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

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

~~Para financiar las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud y los planes de mejoramiento institucional de las direcciones territoriales de salud de departamentos y distritos, que deberán incluir el fortalecimiento de los laboratorios departamentales y distritales de salud pública y el proceso gradual de desarrollo de las capacidades de las direcciones territoriales de salud se destinará hasta el uno por ciento (1%) del presupuesto asignado al~~

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

~~aseguramiento social en salud en el Fondo Único de Salud, para cada entidad territorial, según reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Este desarrollo de capacidades de gestión será gradual y progresivo, priorizando las Entidades Territoriales con mayor ruralidad y dispersión poblacional.~~

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

Las funciones de las UZPES se traslapan con las de las direcciones territoriales de salud y planeación. Los recursos deberían ir destinados a departamentos y alcaldías para fortalecer sus capacidades técnicas dado el número de nuevas funciones que deben asumir.

De cara al usuario, las labores de coordinación de esta nueva instancia con CAPS, Gestoras y entes territoriales dificultará el tránsito de los pacientes por el sistema. En lo financiero, las UZPES son costosas. El estimado para el año 2025 está cercano a $1.0 billón de pesos. Eso implica una nómina que puede acercarse a los 20 mil funcionarios sin un conjunto de funciones, ni objetivos claros.

Art 39(-)

368

Negada

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

PROPOSICIÓN ELIMINATIVA

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 39 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara**, "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*".

~~**Artículo 39. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.** Las direcciones departamentales y distritales de Salud constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como unidades funcionales o dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos y la asistencia técnica a los municipios para la planeación en salud.~~

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

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

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

Atentamente,

Catherine Juvinao C.

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

Gaceta 391-7

369

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 39 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Negada

Elimínese el artículo 39:

~~**Artículo 39. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.** Las direcciones departamentales y distritales de Salud constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como unidades funcionales o dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos y la asistencia técnica a los municipios para la planeación en salud.~~

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

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

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

Atentamente,

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

AforeroM Andres.forerom Andresforerocd

Correspondencia Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 -68 Primer Piso
Correo Electrónico: andres.forero@camara.gov.co
Conmutador: 390 4050 ext 3559 & 3563

DKT 40 (-)

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 40 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Negada

Elimínese el artículo 40:

~~**Artículo 40. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).** El objeto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), será la prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado.~~

~~Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley.~~

~~Las ISE se someterán al siguiente régimen jurídico:~~

1. ~~En su denominación se incluirá la expresión "Instituciones de Salud del Estado" (ISE).~~
2. ~~Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5 del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado (ESE) se entienden homologadas a las ISE.~~
3. ~~Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.~~
4. ~~Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.~~

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

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

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

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

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

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

~~**Parágrafo 3**. Los departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITS), o mantener los modelos de organización en red creados por Ordenanzas o Acuerdos.~~

Atentamente,

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

AforeroM Andres.forerom Andresforerocd
Correspondencia Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 -68 Primer Piso
Correo Electrónico: andres.forero@camara.gov.co
Conmutador: 390 4050 ext 3559 & 3563

JUAN ESPINAL

Representante a la Cámara

ART 40 (-)

371

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

Elimínese el **artículo 40° del Proyecto de Ley No. 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".**

JuanE.

Negado

12 DIC 502

Art 40

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

372
9:17am

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTICULO 40 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".

Negada

Artículo 40. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). El objeto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), será la prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado.

Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley.

Las ISE se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. En su denominación se incluirá la expresión "Instituciones de Salud del Estado" (ISE).
2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el ~~**artículo 5 del Decreto 111 de 1996**~~ **Decreto 115 de 1996** y en esta materia las Empresas Sociales del Estado (ESE) se entienden homologadas a las Instituciones de Salud del Estado (ISE).
3. Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.
4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

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

En materia contractual, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por el derecho privado para lo cual el Consejo Directivo aprobará el manual de contratación respectivo; sin perjuicio, del uso discrecional de las cláusulas excepcionales previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos para que los Consejos Directivos adopten el Estatuto de Contratación de las ISE.

El Ministerio de Salud y Protección Social regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos.

Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente y con el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA) previsto en la presente Ley, o quien haga sus veces la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las Instituciones de Salud del Estado (ISE).

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

373

Art 40

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

9:17am

PROPOSICION DE ADICION AL PARAGRAFO 2 DEL ARTICULO 40 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".

adiciónese al parágrafo 2 del artículo 40, el cual quedara así:

Parágrafo 2. Los municipios que, al momento de expedida la presente Ley identifiquen la necesidad de contar con un prestador público de servicios de salud o ampliar los servicios de los existentes, podrán hacerlo, con el acompañamiento técnico del Ministerio de Salud y Protección Social.

los municipios de la amazonia y Orinoquia que no cuenten con un hospital de primer nivel tendrán prioridad en la inversión de infraestructura y habilitación integral del servicio de salud para ampliar el nivel de atencion del centro de atencion primaria a un hospital de primer nivel, esto por parte del gobierno nacional.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

374

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

De conformidad con lo previsto en los artículos 112 y siguientes de la Ley 5 de 1992, demás disposiciones concordantes, me permito presentar la siguiente proposición:

Modifíquese el artículo 40 del proyecto de ley 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones" el cual quedará así:

Artículo 40. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). El objeto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), será la prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado.

Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley.

Las ISE se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. En su denominación se incluirá la expresión "Instituciones de Salud del Estado" (ISE).
2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5 del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado (ESE) se entienden homologadas a las ISE.
3. Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.
4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las tipologías y clasificará las ISE, las cuales seránCentros de Atención Primaria en Salud

(CAPS) en el nivel primario y de mediana y alta complejidad en el complementario. Las ISE podrán prestar servicios itinerantes o ambulantes, cuando las condiciones poblacionales y territoriales así lo ameriten.

En materia contractual, las ISE se regirán por el derecho especial para lo cual el Consejo Directivo aprobará el manual de contratación respectivo; sin perjuicio, del uso discrecional de las cláusulas excepcionales previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe. **El Manual de contratación deberá orientarse a garantizar la pluralidad de oferentes y la contratación directa será excepcional y debidamente justificada por necesidades en el servicio.**

Por otra parte, las ISE deberán garantizar la publicidad de todo el proceso desde su fase precontractual, cargando en la plataforma del Secop II o la que haga sus veces todos los documentos contractuales de manera simultánea a las que son expedidos. Las ISE garantizarán el control social a veedurías y la ciudadanía.

El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos para que los Consejos Directivos adopten el Estatuto de Contratación de las ISE.

El Ministerio de Salud y Protección Social regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos.

Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente y con el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA) previsto en la presente Ley, o quien haga sus veces, lageneración de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las ISE.

Parágrafo 1. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.

Parágrafo 2. Los municipios que, al momento de expedida la presente Ley identifiquen la necesidad de contar con un prestador público de servicios de salud o ampliar los servicios de los existentes, podrán hacerlo, con el acompañamiento técnico del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3. Los departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITS), o mantener los modelos de organización en red creados por Ordenanzas o Acuerdos.

Presentada por,

Cristian Danilo Avendaño Fino
Representante a la Cámara por Santander

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 41 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Negada

Elimínese el artículo 41:

~~**Artículo 41. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).** Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de las subregiones funcionales para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~El presupuesto de las ISE se elaborará teniendo en cuenta:~~

1. ~~La tipología y nivel de cada ISE.~~
2. ~~El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel.~~
3. ~~Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población.~~
4. ~~El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud.~~
5. ~~Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~En ningún caso, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~

~~Para el caso de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) se asignará – para garantizar una oferta adecuada – un per cápita con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes, de acuerdo con presupuestos que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño.~~

~~Para la aprobación del presupuesto de las ISE se deberá adelantar el trámite definido en la respectiva jurisdicción territorial, de acuerdo con la normativa presupuestal que regule la materia. Cuando la ISE vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte del nivel Nacional, de manera previa, se deberá remitir al Ministerio de Salud y Protección Social para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales.~~

~~Con cargo al Presupuesto General de la Nación, el Gobierno nacional podrá destinar recursos anuales para el proceso de formalización laboral, previo cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley.~~

~~El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo del presente artículo.~~

~~**Parágrafo 1**. Las ISE de mediana o alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.~~

~~**Parágrafo 2**. Las Direcciones Territoriales, Departamentales y Distritales de Salud y las Secretarías de Salud Municipales organizarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento.~~

Atentamente,

ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.

PROPOSICION DE ADICION AL ARTICULO 41 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".

Artículo 41. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por presupuestos **historicos**, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de las subregiones funcionales para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

El presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se elaborará teniendo en cuenta:

1. La tipología y nivel de cada Institución de Salud del Estado (ISE).
2. El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel.
3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población.
4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud.
5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
6. **Facturación de RIPS atendiendo el año inmediatamente anterior.**
7. **Las E.S.E o Instituciones de salud del Estado de mediana y alta complejidad elaboraran su presupuesto teniendo en cuenta primordialmente la facturación y proyección de servicios del año anterior, sin perjuicio de recibir recurso del presupuesto general de la nacional del gobierno nacional o departamental.**

En ningún caso, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el caso de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) se asignará – para garantizar una oferta adecuada – un per cápita con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el

territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes, de acuerdo con presupuestos que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño.

Para la aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se deberá adelantar el trámite definido en la respectiva jurisdicción territorial, de acuerdo con la normativa presupuestal que regule la materia.

Cuando la Institución de Salud del Estado (ISE) vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte del nivel Nacional, de manera previa, se deberá remitir al Ministerio de Salud y Protección Social para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales.

Con cargo al Presupuesto General de la Nación el Gobierno nacional podrá destinar recursos anuales para el proceso de formalización laboral, previo cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley. **el personal de salud que desarrolle actividades de atención primaria de salud pública en áreas rurales y dispersas deberá gozar de estabilidad laboral.**

El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo del presente artículo.

Parágrafo 1. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) de Mediana o Alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.

Parágrafo 2. Las Direcciones Territoriales, Departamentales y Distritales de salud y las Secretarías de salud Municipales **en coordinación con la junta directiva de las empresas sociales del estado y/o las instituciones de salud del estado**, organizarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

AR 41

379

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 41 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

Artículo 41. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el **Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el** Ministerio de Salud y Protección Social**, de conformidad con lo contemplado en la Ley Orgánica de Presupuesto**. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de las subregiones funcionales para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

El presupuesto de las ISE se elaborará teniendo en cuenta:

1. La tipología y nivel de cada ISE.
2. El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel.
3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población.
4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud.
5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

En ningún caso, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES, o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el caso de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) se asignará – para garantizar una oferta adecuada – un per cápita con criterios de ajuste por variables geográficas de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes, de acuerdo con presupuestos que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño. **La financiación por oferta de los CAPS será de forma completa para aquellos que estén en las zonas rurales y zonas rurales dispersas, y de forma parcial para los demás CAPS en su infraestructura y planes de intervención colectiva.**

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

Para la aprobación del presupuesto de las ISE se deberá adelantar el trámite definido en la respectiva jurisdicción territorial, de acuerdo con la normativa presupuestal que regule la materia.

Cuando la ISE vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte del nivel Nacional, de manera previa, se deberá remitir al Ministerio de Salud y Protección Social para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales.

Con cargo al Presupuesto General de la Nación, el gobierno nacional podrá destinar recursos anuales para el proceso de formalización laboral, previo cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo del presente artículo.

Parágrafo 1. Las ISE de Mediana o Alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.

Parágrafo 2. Las Direcciones Territoriales, Departamentales y Distritales de Salud y las Secretarías de Salud Municipales organizarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento.

Atentamente,

Catherine Juvinao C

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

PROPOSICIÓN

De conformidad con lo previsto en los artículos 112 y siguientes de la Ley 5 de 1992, demás disposiciones concordantes, me permito presentar la siguiente proposición:

Modifíquese el artículo 41 del proyecto de ley 132 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones" el cual quedará así:

Artículo 41. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de las subregiones funcionales para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

El presupuesto de las ISE se elaborará teniendo en cuenta:

1. La tipología y nivel de cada ISE.

2. El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel.

3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población.

4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud.

5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

<u>6. Concepto vinculante de los Consejos Territoriales de Salud (CTS).</u>

En ningún caso, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el caso de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) se asignará – para garantizar una oferta adecuada – un per cápita con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes, de acuerdo con presupuestos que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Para la aprobación del presupuesto de las ISE se deberá adelantar el trámite definido en la respectiva jurisdicción territorial, de acuerdo con la normativa presupuestal que regule la materia.

Cuando la ISE vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte del nivel Nacional, de manera previa, se deberá remitir al Ministerio de Salud y Protección Social para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales.

Con cargo al Presupuesto General de la Nación, el Gobierno nacional podrá destinar recursos anuales para el proceso de formalización laboral, previo cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo del presente artículo.

Parágrafo 1. Las ISE de mediana o alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.

Parágrafo 2. Las Direcciones Territoriales, Departamentales y Distritales de Salud y las Secretarías de Salud Municipales organizarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento.

Presentada por,

CRISTIAN DANILO AVENDAÑO FINO
Representante a la Cámara por Santander

ART 43
383

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CAMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICION DE ADICION AL ARTICULO 43 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".

9:17am

adiciónese al artículo 43, el cual quedara así:

Artículo 43. Entidades de Salud del Estado Itinerantes. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán Entidades de Salud del Estado Itinerantes del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes.

Las Entidades de Salud del Estado Itinerantes podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, demás deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC).

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos para que, en el marco de la operación de las Entidades de Salud del Estado Itinerantes, en articulación con ellas, se garantice el transporte multimodal "aéreo, marítimo, fluvial, terrestre" en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso

El ministerio de salud a través de la ADRES garantizara el presupuesto de funcionamiento y el pago de personal de salud que labora en estas entidades de salud itinerantes.

Las Entidades itinerantes que operan la prestación de servicios de salud en las zonas rurales y dispersas donde sea posible ofertar este servicio a través de esta modalidad deberán hacer parte de las redes integrales e integradas de atención en salud de dicho territorio.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ART 43
384

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

9:17am

PROPOSICION DE ADICION PARAGRAFO NUEVO AL ARTICULO 43 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".

Adicionese un parágrafo nuevo al artículo 43, el cual quedara asi:

Artículo 43. Entidades de Salud del Estado Itinerantes. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán Entidades de Salud del Estado Itinerantes del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes.

Las Entidades de Salud del Estado Itinerantes podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, demás deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC).

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos para que, en el marco de la operación de las Entidades de Salud del Estado Itinerantes, en articulación con ellas, se garantice el transporte multimodal "aéreo, marítimo, fluvial, terrestre" en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso.

PARÁGRAFO NUEVO. las entidades itinerantes que operen la prestación de servicios en salud, en zonas rurales y dispersas deberán estar habilitadas por la respectiva entidad territorial en salud y hacer parte de las redes integrales e integradas territoriales en salud.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 44 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Elimínese el artículo 44:

~~**Artículo 44. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH).** Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.~~

~~Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes:~~

1. ~~Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación.~~
2. ~~Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.~~
3. ~~Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado.~~
4. ~~Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales.~~
5. ~~Aportes de otras entidades públicas.~~
6. ~~Recursos provenientes de operaciones de crédito público.~~
7. ~~Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes.~~
8. ~~Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías.~~
9. ~~Donaciones.~~
10. ~~Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo.~~
11. ~~Los demás recursos que reciba a cualquier título.~~

~~Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del Fondo.~~

~~El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo.~~

Atentamente,

ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.

AforeroM Andres.forerom Andresforerocd
Correspondencia Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 -68 Primer Piso
Correo Electrónico: andres.forero@camara.gov.co
Conmutador: 390 4050 ext 3559 & 3563

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

ART 44(-)

PROPOSICIÓN

De conformidad con lo previsto en los artículos 112 y siguientes de la Ley 5 de 1992, demás disposiciones concordantes, me permito presentar la siguiente proposición:

Elimínese el articulo 44 del proyecto de ley 132 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"

~~**Artículo 44**. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH). Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.~~

~~Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes:~~

~~1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación.~~
~~2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.~~
~~3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado.~~
~~4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales.~~
~~5. Aportes de otras entidades públicas.~~
~~6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público.~~
~~7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes.~~
~~8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías.~~
~~9. Donaciones.~~
~~10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo.~~

~~11. Los demás recursos que reciba a cualquier título.~~

~~Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del Fondo.~~

~~El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo.~~

Negado.

Presentada por,

CRISTIAN DANILO AVENDAÑO FINO
Representante a la Cámara por Santander

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
17 FEB 2025
RECIBIDO

ART 44(-)
387

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTICULO 44 DEL PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

Elimínese el artículo 44.

~~**Artículo 44. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH).** Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.~~

~~Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes:~~

1. ~~Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación.~~
2. ~~Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.~~
3. ~~Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado.~~
4. ~~Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales.~~
5. ~~Aportes de otras entidades públicas.~~
6. ~~Recursos provenientes de operaciones de crédito público.~~
7. ~~Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes.~~
8. ~~Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías.~~
9. ~~Donaciones.~~
10. ~~Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo.~~
11. ~~Los demás recursos que reciba a cualquier título.~~

~~Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del Fondo.~~

~~El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo.~~

Negado

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

388

Art 44.

Negada

Modesto Aguilera
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
ATLÁNTICO • 2022 - 2026

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
06 MAR 2025
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

Modifíquese el Artículo 44 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 44. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH). Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.

Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes:

1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación.
2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.
3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado.
4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales.
5. Aportes de otras entidades públicas.
6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público.
7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes.
8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías.
9. Donaciones.
10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo.
11. Los demás recursos que reciba a cualquier título.

Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho ~~privado~~ <u>público</u> en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del Fondo.

El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo.

AIC
11 23

La Ley 80 de 1993, que establece el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, se basa en principios esenciales como la transparencia, selección objetiva, publicidad, economía y responsabilidad. Sin embargo, el artículo 44 del Proyecto de Ley 312 de 2024, al permitir que los patrimonios autónomos del Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH) se rijan por normas de derecho privado, genera una vulneración a estos principios, debido a los siguientes factores:

- Elusión de la licitación pública: La licitación es el mecanismo idóneo para garantizar que los contratos sean adjudicados bajo criterios de transparencia, eficiencia y libre competencia. Al aplicar normas de derecho privado, se elimina esta exigencia, permitiendo procesos de contratación directa sin la debida evaluación de pluralidad de oferentes.
- Falta de publicidad y control: El derecho privado no exige los mismos niveles de publicidad en los contratos que el derecho público, lo que podría derivar en una menor vigilancia por parte de los organismos de control y la sociedad civil.
- Afectación de la selección objetiva: La contratación bajo derecho privado podría generar riesgos de adjudicación basada en criterios subjetivos o discrecionales, contraviniendo el principio de selección objetiva de la Ley 80, que busca garantizar que se escoja la mejor oferta en términos de calidad y costos.

2. Incompatibilidad con la Constitución Política de Colombia

La Constitución Política de 1991 establece en sus artículos principios que deben regir la gestión de los recursos públicos:

- Artículo 209: La función administrativa debe regirse por los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad. Al regirse por derecho privado, el FIDH no garantizaría plenamente estos principios.
- Artículo 267: Señala que el control fiscal sobre la gestión pública debe ser ejercido de manera eficiente. Sin embargo, la aplicación del derecho privado reduce la supervisión de los órganos de control como la Contraloría General de la República.
- Artículo 273: Permite la participación ciudadana en el control de la gestión pública, lo que se vería afectado si el manejo de los fondos no se realiza bajo el derecho público, disminuyendo la posibilidad de auditorías y veedurías ciudadanas.
- Artículo 334: Determina que la dirección de la economía está a cargo del Estado, lo que implica que los recursos públicos deben ser administrados con criterios de planeación y control estatal, algo que se debilitaría con la aplicación del derecho privado.

3. Riesgos Potenciales de Corrupción

Permitir que los recursos del FIDH se administren bajo normas de derecho privado abre la puerta a múltiples riesgos de corrupción y mala gestión:

- Falta de control sobre el uso de recursos públicos: La aplicación del derecho privado permite una mayor discrecionalidad en el uso de los fondos, lo que puede facilitar malversación de recursos y asignaciones sin criterios técnicos ni competitivos.
- Posible direccionamiento de contratos: Sin los mecanismos de licitación pública y la obligación de garantizar competencia, existe un alto riesgo de que los contratos sean adjudicados a empresas con intereses particulares o favorecimientos políticos.
- Dificultad en la supervisión y auditoría: La aplicación del derecho privado reduce la capacidad de la Contraloría General de la República y demás entes de control para auditar los recursos, lo que puede derivar en falta de rendición de cuentas y opacidad en la ejecución.
- Experiencia negativa en otros fondos con régimen privado: En Colombia, existen antecedentes de corrupción en fondos manejados bajo derecho privado, donde la falta de vigilancia ha facilitado el desvío de recursos y la celebración de contratos con sobrecostos o sin justificación técnica.

Conclusión

Por lo anterior, se propone modificar el término "DERECHO PRIVADO" por "DERECHO PÚBLICO" en el artículo 44 del Proyecto de Ley 312 de 2024. Esta modificación es fundamental para garantizar:

1. Respeto por los principios de contratación pública establecidos en la Ley 80 de 1993.
2. Cumplimiento de los principios constitucionales de transparencia, moralidad, publicidad y control sobre los recursos públicos.
3. Reducción de los riesgos de corrupción y discrecionalidad en la ejecución de los recursos destinados a la infraestructura hospitalaria.

Esta propuesta no impide la ejecución eficiente de los proyectos a cargo del FIDH, sino que busca asegurar que se realicen con los más altos estándares de transparencia y buen uso del dinero público, protegiendo así los intereses de la ciudadanía y la sostenibilidad del sistema de salud.

Atentamente,

Modesto Aguilera Vides
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

Negada

Art 44

390

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL LEYES 17 DIC 2024 RECIBIDO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 44 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

Artículo 44. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH). Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria

Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes:

1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación.
2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.
3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado.
4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales.
5. Aportes de otras entidades públicas
6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público.
7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes.
8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías.
9. Donaciones.
10. Cualquier otro recurso de destinación especifica dirigido al Fondo
11. Los demás recursos que reciba a cualquier título

~~Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del Fondo.~~

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del fondo.

Parágrafo 1. El proceso de asignación, seguimiento y evaluación de los proyectos, deberá ser publicado en el Sistema Unificado e Interoperable de Información de Salud – SPUIIS.

Parágrafo 2. En un término de seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará y publicará el plan para el fortalecimiento de la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, incluyendo la construcción de los Centros de Atención Primaria en Salud.

Atentamente,

Catherine Juvinao C

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
06 MAR 2025
RECIBIDO

392

Negada

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

De conformidad con lo previsto en los artículos 112 y siguientes de la Ley 5 de 1992, demás disposiciones concordantes, me permito presentar la siguiente proposición:

Modifíquese el artículo 44 del proyecto de ley 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones" el cual quedará así:

Artículo 44. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH). Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.

Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes:

1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación.
2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.
3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado.
4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales.
5. Aportes de otras entidades públicas.
6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público.
7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes.
8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías.
9. Donaciones.
10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo.
11. Los demás recursos que reciba a cualquier título.

Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo deberá aplicar el Estatuto General de la Contratación Estatal y realizará especial cumplimiento a los principios de la función administrativa y de la contratación estatal. ~~podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del Fondo.~~

El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo.

Presentada por,

Cristian Danilo Avendaño Fino
Representante a la Cámara por Santander

Catherine Juvinao C.
P. Verde

DKI 45

393

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo **45** del **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".***

Artículo 45. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

1. El examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico - quirúrgicas. Para el acceso a los programas de especialización médico – quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico - quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior, las 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.

> **Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Educación deberán establecer el Examen Nacional Único habilitante para admisión a las especialidades médico-quirúrgicas en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.**

2. Asignación de becas: El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

> Parágrafo 1. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las

regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo establecido en el presente parágrafo.

Parágrafo 2. Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destine el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud y las Instituciones de Educación Superior.

3. Ampliación de cupos de docencia-servicio: Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Instituciones de Salud del Estado (ISE) sean reconocidas como escenarios de docencia - servicio. En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social priorizará la ampliación de cupos docencia-servicio para especializaciones médico-quirúrgicas.

Jennifer Pedraza S **JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso	Katherine Miranda P. **KATHERINE MIRANDA** Representante a la Cámara Partido Alianza Verde
Alejandro García R **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde	

Art 45

394

Piedad **CORREAL** Rubiano

REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LPVRS
02 DIC 2024
Folios No. _____
RECIBIDO
4:57pm

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.

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.

ART 45

395

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO
9:17am

PROPOSICION DE ADICION AL ARTICULO 45 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".

Adiciónese al artículo 45, el cual quedara así:

Artículo 45. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

2. **Asignación de becas:** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

Parágrafo 1. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo establecido en el presente parágrafo.

Parágrafo 2. Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destinen el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud y las Instituciones de Educación Superior.

PARÁGRAFO NUEVO. Los profesionales en salud que actualmente laboran en zonas rurales y dispersas y los próximos a obtener título profesional en salud, radicados o pertenecientes a la amazonia y Orinoquia Colombia que no ha podio especializarse tendrán prioridad en la asignación de becas y cupos para formación especializada en salud atendiendo las necesidades regionales y de perfiles especializados.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ALT 45
396

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

9:17am

PROPOSICION DE ADICION AL ARTICULO 45 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".

Adiciónese al artículo 45, el cual quedara así:

Artículo 45. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

3. **Ampliación de cupos de docencia-servicio:** Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Instituciones de Salud del Estado (ISE) sean reconocidas como escenarios de docencia - servicio. En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio, **asi como la red publica hospitalaria privada.**

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

397
ART 45

Martha Alfonso
Congresista

Bogotá D.C. diciembre 10 de 2024

Honorable Representante
Jaime Raúl Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes
Congreso de la República

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO
3:00 p

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 *"Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes"*, en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Al texto para segundo debate del ***Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"***

Modifíquese el artículo 45, el cual quedara así:

Artículo 45. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, **profesionales en ciencias farmacéuticas,** así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

1. **El examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico - quirúrgicas.** Para el acceso a los programas de especialización médico – quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico - quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior, las 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.

2. **Asignación de becas:** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más

Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

Parágrafo 1. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo establecido en el presente parágrafo.

Parágrafo 2. Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destine el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud y las Instituciones de Educación Superior.

3. **Ampliación de cupos de docencia-servicio:** Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Instituciones de Salud del Estado (ISE) sean reconocidas como escenarios de docencia - servicio. En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio.

Justificación: Se agregan a los profesionales de ciencias farmacéuticas para que sean partícipes de las becas de las que hablan el numeral 2 y 3 del presente artículo.

Respetuosamente,

MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde

Bogotá-Conmutador: (+57) (601) 8770720 Dirección: Calle 10 No. 7- 51 Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 - 68 of - 632 - Correo: martha.alfonso@camara.gov.co

Profe González
Representante a la Cámara

DLT 461
393

Negado

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

H.R. Hernando González
Representante a la Cámara por el Valle del Cauca
Partido Cambio Radical

SECRETARÍA GENERAL
17 DIC 2024
RECIBIDO

Proposición eliminatoria

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".

En virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición eliminatoria del Artículo 46.

> ~~Artículo 46. Régimen especial para trabajadores públicos del sector salud. Otorgase facultades extraordinarias al presidente de la República para que dentro de los primeros seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia la presente Ley, previa concertación con representantes de los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados, expida el régimen especial de los trabajadores de la salud, el cual debe contener mínimamente los siguientes aspectos:~~

Atentamente,

HERNANDO GONZALEZ
Representante a la Cámara
Departamento del Valle del Cauca

Dirección: Carrera 7 No. 8 - 68. Bogotá D.C.
Edificio Nuevo del Congreso Oficina 307 B
Teléfono: (601) 382 3000 Ext: 3061 - 3062

E-mail:
hernando.gonzalez@camara.gov.co
utlprofegonzalez@gmail.com

Art 47

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cámara de Representantes

SECRETARÍA GENERAL
18 DIC 2024
RECIBIDO

391

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 47 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Negado

Elimínese el artículo 47:

~~**Artículo 47. 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 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 ISE que determine el Gobierno nacional.~~
2. ~~En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto 400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan.~~
3. ~~Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la Constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 4ª de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, les serán aplicables lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas.~~
4. ~~En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968, la Ley 909 de 2004 y las demás normas que las reglamenten, modifiquen o sustituyan.~~
5. ~~La remuneración de los empleados públicos de las ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la Ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones de las condiciones de empleo. En ningún nivel territorial se estará sujeto a los límites que en materia salarial establece la Ley 617 de 2000.~~

~~Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente Ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva ISE.~~

AforeroM Andres.forerom Andresforerocd

Correspondencia Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 -68 Primer Piso
Correo Electrónico: andres.forero@camara.gov.co
Conmutador: 390 4050 ext 3559 & 3563

~~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 ISE, sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales.~~

~~**Parágrafo 1**. Los contratos de prestación de servicios a cargo de ESE que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las ISE.~~

~~**Parágrafo 2**. El Gobierno nacional establecerá un sistema de estímulos salariales y no salariales para los servidores públicos de la salud.~~

~~**Parágrafo 3**. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.~~

Atentamente,

ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.

Alt 47

400

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 47 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

Artículo 47. 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 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 ISE que determine el Gobierno Nacional.
2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto 400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan.
3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la Constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 4a de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, les serán aplicables lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas.
4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968, la Ley 909 de 2004 y las demás normas que las reglamenten, modifiquen o sustituyan
5. La remuneración de los empleados públicos de las ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones de las condiciones de empleo. En ningún nivel territorial se estará sujeto a los límites que en materia salarial establece la Ley 617 de 2000.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

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 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 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 ESE que, a la entrada en vigencia de la presente ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las ISE.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional establecerá un sistema de estímulos salariales y no salariales para los servidores públicos de la salud.

Parágrafo 3. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.

Atentamente,

Catherine Juvinao C.

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

Art 48(-)

Negada

402

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

ERIKA Sánchez
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Elimínese el artículo 48 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"* el cual quedará así:

~~**Artículo 48. Régimen especial para trabajadores públicos del Sector Salud.** Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que 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, 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.~~

ATC 12/48

ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR SANTANDER

Art 48(-)
403

JUAN ESPINAL

Representante a la Cámara

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
13 FEB 2025
RECIBIDO

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

Elimínese el **artículo 48° del Proyecto de Ley No. 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"**.

Negada
Alo
12/22

Juan E.

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

ART 48(-)

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
04 MAR 2025
RECIBIDO

Negada

404

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 48 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

~~**Artículo 48. Régimen especial para trabajadores públicos del Sector Salud.** Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que 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, 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.~~

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

El artículo 150 Constitucional establece que le "*corresponde al Congreso hacer las leyes. Por medio de ellas ejerce las siguientes funciones: (...) #10* ***Revestir, hasta por seis meses, al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias, para expedir normas con fuerza de ley cuando la necesidad lo exija o la conveniencia pública lo aconseje****. Tales facultades deberán ser solicitadas expresamente por el Gobierno y su aprobación requerirá la mayoría absoluta de los miembros de una y otra Cámara. El Congreso podrá, en todo tiempo y por iniciativa propia, modificar los decretos leyes dictados por el Gobierno en uso de facultades extraordinarias.* ***Estas facultades no se podrán conferir para expedir*** *códigos,* ***leyes estatutarias,*** *orgánicas, ni las previstas en el numeral 20 del presente artículo, ni para decretar impuestos (...)"* (subrayada y con negrilla fuera del texto original).

Esta facultad se le entrega al presidente, pero no aplica para Leyes estatutarias y el fin es reglamentar el derecho fundamental al trabajo contemplado en el artículo 25 Superior3.

---

3 ARTICULO 25. El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

ART 48

406

Negada

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
02 DIC 2024
Folios No.
RECIBIDO
4:57 p

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. ~~Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que~~ <u>El Gobierno Nacional</u> 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, **<u>deberá presentar ante el Congreso de la República el Proyecto de Ley en el que se regulará</u> ~~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

Negada
2/03/25

Art 48

Negada

407

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo **48** del **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".***

Artículo 48. Régimen especial para trabajadores públicos **y privados** del Sector Salud.

Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que 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, **asociaciones científicas y colegios profesionales,** expida el régimen especial de los trabajadores de la salud **públicos y privados**, el cual debe contener mínimamente los siguientes aspectos: ascenso y/o movilidad en el régimen de carrera administrativa; primas especiales, **remuneración mínima vital y móvil, progresiva, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo, con proporcionalidad al nivel de formación, a la antigüedad,** entre otros.

Jennifer Pedraza S **JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso	Katherine Miranda P. **KATHERINE MIRANDA** Representante a la Cámara Partido Alianza Verde
Alejandro Garcia R **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde	

Negada 06/03/25

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

12:50

Orlando
Castillo Advincula
Representante a la Cámara – Citrep 9

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CC RIO NAYA

ART 48.

408

Negada

Honorable Representante
Jaime Raúl Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes

PROPOSICIÓN

Proposición eliminatoria al artículo 48 del 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" el cual quedará así:

~~**Artículo 48. Régimen especial para trabajadores públicos del sector salud. Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que dentro de los primeros seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia la presente Ley, previa concertación con representantes de los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados, 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.**~~

Negada

Atentamente

ORLANDO CASTILLO ADVINCULA
REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP 9 PACIFICO MEDIO

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO
1:55pm

3825000– Ext: 3620, 3621
orlando.castillo@camara.gov.co
Carrera 7 # 8-68. Oficina 633, Edificio Nuevo del Congreso

"Tu Voz es Mi Compromiso"

ART 48.
409

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

Negado

9:17am

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTICULO 48 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".

~~**Artículo 48. Régimen especial para trabajadores públicos del Sector Salud. Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que 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, 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.**~~

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

Marelen Castillo Torres | UN FUTURO POSIBLE

Negado

Art 48

410

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL 17 DIC 2024 RECIBIDO

Bogotá, D.C., diciembre de 2024

PROPOSICIÓN

Elimínese el artículo 48° del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*.

~~**Artículo 48. Régimen especial para trabajadores públicos del Sector Salud.** Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que 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, 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.~~

Cordialmente,

MARELEN CASTILLO TORRES
Representante a la Cámara
Aprobó: Dr. RAVS
Revisó: Dr. RAVS
Proyectó: Dr. JSA

ART 49

411

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo **49** del **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".***

Artículo 49. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas, con un porcentaje de participación público inferior al 90%, del sector salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes. ~~Adicionalmente,~~**Asi mismo, estarán cobijados bajo el régimen especial laboral que expida el Presidente de la República de acuerdo al artículo 48 de la presente ley y** se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas; se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud; se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud.

Parágrafo 1. El Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud presentarán durante el primer trimestre de cada vigencia fiscal al Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno nacional organizará una Dirección en el Ministerio del Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley.

Parágrafo 2. A partir de la vigencia de la presente Ley, las droguerías sólo podrán ser dirigidas por quien tenga la calidad de Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, Director de Droguería o Farmacéutico Licenciado. Para garantizar los derechos adquiridos de las personas que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, hayan obtenido la credencial de expendedor de drogas, estás podrán desempeñarse en la dirección de una droguería.

Jennifer Pedraza S **JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso	Katherine Miranda P. **KATHERINE MIRANDA** Representante a la Cámara Partido Alianza Verde

ART 50
412

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO
9:17am

PROPOSICION DE ADICION AL ARTICULO 50 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".

Adiciónese al artículo 50, el cual quedara así:

Artículo 50. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades medico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán vincular o contratar a especialistas médico quirúrgicos, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, según el régimen jurídico aplicable a la respectiva institución, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.

Parágrafo 1: En todo caso, si la prestación del servicio se enmarca en los elementos de una relación laboral, los especialistas de la salud deberán ser vinculados mediante contrato de trabajo, según la naturaleza del régimen jurídico aplicable a la respectiva institución.

Parágrafo 2. Todos los trabajadores o vinculados mediante las modalidades establecidas en el presente artículo tendrán derecho a una remuneración oportuna, **de la nómina y giro directo para todo el personal de salud**,so pena de la imposición de sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 3: Respecto de los trabajadores especialistas médico quirúrgicos del sector salud, indistintamente de su forma de vinculación, no se podrá establecer cláusula de exclusividad, salvo aquellos que estén vinculados mediante contrato de trabajo y así lo convengan.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ART 53G
413

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO
9:17am

Negada

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTICULO 53 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".

~~**Artículo 53.** Modifíquese el numeral 2 del artículo 131 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:~~

~~"**ARTÍCULO 131. TIPOS DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS.** En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones:~~

~~(...)~~

~~2. Multas entre sesenta (60) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales."~~

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

Art 53

Negado

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 53 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Elimínese el artículo 53:

~~**Artículo 53.** Modifíquese el numeral 2 del artículo 131 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:~~

> ~~"**ARTÍCULO 131. TIPOS DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS.** En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones:~~
>
> ~~(...)~~
>
> ~~2. Multas entre sesenta (60) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales."~~

Atentamente,

ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.

AforeroM Andres.forerom Andresforerocd

Correspondencia Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 -68 Primer Piso
Correo Electrónico: andres.forero@camara.gov.co
Conmutador: 390 4050 ext 3559 & 3563

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 54 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Elimínese el artículo 54:

~~**Artículo 54.** Modifíquese el parágrafo 6 del artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:~~

~~(...)~~

~~"**PARÁGRAFO 6.** Para efectos de la imposición de las sanciones acá previstas, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará el proceso administrativo sancionatorio establecido en el artículo 128 de la Ley 1438 de 2011, a excepción de las sanciones derivadas de la conducta descrita en el numeral 11 del artículo 3 de esta Ley, la cual solo será excusada por evento de fuerza mayor, que deberá ser acreditada por el infractor dentro de los 5 días hábiles siguientes a su ocurrencia. La Superintendencia Nacional de Salud diseñará un procedimiento y una metodología sancionatoria para la imposición de sanciones por el incumplimiento en el reporte de información".~~

Atentamente,

ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.

AforeroM Andres.forerom Andresforerocd

Correspondencia Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 -68 Primer Piso
Correo Electrónico: andres.forero@camara.gov.co
Conmutador: 390 4050 ext 3559 & 3563

ACT 55
C-

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

DE POLO A POLO
MIGUEL
DEFIENDE LA PATRIA

4/6

Negado

Bogotá, 9 de diciembre de 2024

Ciudad

Señor
Presidente
JAIME RÁUL SALAMANCA
Sesión Plenaria Cámara de Representantes de Colombia

Ref: Proposición eliminatoria del artículo 55° 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".

~~Artículo 55. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y Decreto 2957 de 2010.~~

~~Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud~~

Miguel Polo Polo

H. R. MIGUEL ABRAHAM POLO POLO
Circunscripción Afro-Descendiente
Tel: (601) 382 3000 Ext. 4311

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
5:05pm

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cámara de Representantes

ALT 55(-)

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 55 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Negada

Elimínese el artículo 55:

~~**Artículo 55.** La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá una facultad regulatoria residual frente a la que es propia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las siguientes materias:~~

1. ~~La compatibilidad y armonización de las normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y del régimen de liquidación de entes u organismos públicos, según el caso, con las reglas del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el derecho fundamental en salud previsto en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.~~
2. ~~Las competencias de los integrantes del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia de que trata el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019.~~
3. ~~Los deberes de las entidades territoriales en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS creado en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007.~~
4. ~~La actuación de los agentes especiales en las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para administrar o para liquidar, incluidas estas últimas.~~
5. ~~La definición de criterios y procedimientos para la selección objetiva de contratistas por parte de los liquidadores, en la celebración de contratos de gestión de situaciones jurídicas no definidas, asuntos pendientes y activos remanentes posteriores a la liquidación de entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, con independencia de la forma jurídica que tales contratos asuman.~~

~~La eficiencia y sostenibilidad de los gastos administrativos en los procesos liquidatorios ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud.~~

Atentamente,

ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.

AforeroM Andres.forerom Andresforerocd

Correspondencia Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 -68 Primer Piso
Correo Electrónico: andres.forero@camara.gov.co
Conmutador: 390 4050 ext 3559 & 3563

ALT 55

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

418

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

PROPOSICION DE ADICION AL ARTICULO 55 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".

Adiciónese al artículo 55. El cual quedara así:

Artículo 55. La Superintendencia Nacional de salud **en coordinación con la administradora de recursos del sistema general de seguridad social en salud -ADRES- garantizara el saneamiento de cartera de las EPS e IPS intervenidas y a toda su red de proveedores, previo a la liquidación de estas entidades,** ejercerá una facultad regulatoria residual frente a la que es propia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las siguientes materias:

1. La compatibilidad y armonización de las normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y del régimen de liquidación de entes u organismos públicos, según el caso, con las reglas del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el derecho fundamental en salud previsto en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.
2. Las competencias de los integrantes del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia de que trata el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019.
3. Los deberes de las entidades territoriales en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS creado en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007.
4. La actuación de los agentes especiales en las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para administrar o para liquidar, incluidas estas últimas.
5. La definición de criterios y procedimientos para la selección objetiva de contratistas por parte de los liquidadores, en la celebración de contratos de gestión de situaciones jurídicas no definidas, asuntos pendientes y activos remanentes posteriores a la liquidación de entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, con independencia de la forma jurídica que tales contratos asuman.

La eficiencia y sostenibilidad de los gastos administrativos en los procesos liquidatorios ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud.

PARAGRAFO NUEVO. la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, ejecutara acciones de adecuación de sedes de manera simultánea con la provisión de cargos para el logro del fortalecimiento, en busca de una mayor eficacia y efectividad, en las funciones de inspeccion, vigilancia y control, para cual tendra dependencias o agencias ubicadas fuera de la sede principal del organismo o entidad administrativa, a traves de la figura de desconcentracion territorial, la cual, implementara las unidades territoriales por cada departamento, para el cumplimiento de los fines esenciales del Estado, con el proposito que se transfiera potestades para contribuir a un rápido y eficaz diligenciamiento de los asuntos administrativos y la toma de decisiones en las sedes que se encuentren en cada departamento.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

ART 56(-)

Negado

419

11:20 am

PROPOSICIÓN

Elimínese el artículo 56 del texto propuesto para segundo debate del proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así: el cual quedará así:

~~**Artículo 56. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas.** Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la Salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l, m y n del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.~~

~~De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del SISPI respecto de:~~

1. ~~Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión.~~
2. ~~Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.~~
3. ~~Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.~~
4. ~~La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.~~

~~**Parágrafo.** El Gobierno nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el SISPI, garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.~~

JUSTIFICACION

De acuerdo a lo consignado en el artículo 2° de la Constitución Política, las comunidades étnicas tienen derecho a la participación democrática. Esta garantía se encuentra estipulada *"en el carácter democrático y pluralista del Estado colombiano"* y en el reconocimiento de todas a

participar en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política y cultural de la Nación.

La Corte Constitucional manifestó, mediante sentencia SU-123 de 2018 que, la consulta *previa "se debe llevar a cabo en aquellos casos en los cuales las medidas administrativas o legislativas sean "susceptible de afectación directa al pueblo étnico, caso en el cual se debe adelantar el proceso consultivo "con el propósito genuino de llegar a un acuerdo".*

En ese sentido, para efectos de determinar la afectación directa, se debe realizar un análisis sobre el "*impacto positivo o negativo que puede tener una medida sobre las condiciones sociales, económicas, ambientales o culturales que constituyen la base de la cohesión social de una determinada comunidad étnica".*

Aunado lo anterior, la Corte en sentencia SU- 121 de 2022 expresó que *"la afectación directa puede darse en (i) el territorio de la comunidad tradicional o (ii) en el ambiente,* ***la salud*** *o la estructura social, económica, así como cultural del grupo". (Subrayado y negrilla fuera de texto).*

Por otra parte, el Convenio 169 de la OIT ratificado por la Ley 21 de 1991 en su artículo 6° establece que, "*Al aplicar las disposiciones del presente Convenio, los gobiernos deberán: a) consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente;|| b) establecer los medios a través de los cuales los pueblos interesados puedan participar libremente, por lo menos en la misma medida que otros sectores de la población, y a todos los niveles en la adopción de decisiones en instituciones electivas y organismos administrativos y de otra índole responsables de políticas y programas que les conciernan;* [y] || *c) establecer los medios para el pleno desarrollo de las instituciones e iniciativas de esos pueblos, y en los casos apropiados proporcionar los recursos necesarios para este fin".*

En el caso concreto el artículo 56 del proyecto de Ley de la referencia vulnera el derecho a la consulta previa que le asiste a los pueblos indígenas y tribales establecido en el convenio 169 de la OIT ratificado por la Ley 21 de 1991, que además de ser un mecanismo de participación, ha sido incorporado al bloque de constitucionalidad y por ello tiene fuerza vinculante.

Por consiguiente, nos encontramos frente a una medida legislativa que debe ser consultada previa a la expedición de la Ley, como quiera que de manera posterior se pretende "armonizar" e "integrar" junto con el régimen que les aplica. Así mismo el presente artículo es un artículo que modifica el núcleo esencial del derecho fundamental de salud de las comunidades étnicas, tal como lo señala el artículo 6 de la ley 1751 de 2015.

Atentamente,

Modesto Aguilera
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
ATLÁNTICO • 2022 - 2026

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

420

Modesto Aguilera Vides
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico.

Art 56(-)

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

DE POLO A POLO
MIGUEL
DEFIENDE LA PATRIA

421

Negada

Bogotá, 9 de diciembre de 2024

Ciudad

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
5:05pm

Señor
Presidente
JAIME RÁUL SALAMANCA
Sesión Plenaria Cámara de Representantes de Colombia

Ref: Proposición eliminatoria del artículo 56° 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".

~~**Artículo 56. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas.** Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la Salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l, m y n del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.~~

~~De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del SISPI respecto de:~~

~~1. Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión.~~

~~2. Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.~~

~~3. Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.~~

~~4. La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.~~

~~Parágrafo. El Gobierno nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el SISPI, garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas~~

Miguel Polo Polo

H. R. MIGUEL ABRAHAM POLO POLO
Circunscripción Afro-Descendiente
Tel: (601) 382 3000 Ext. 4311

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

Art 56(-)

423

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 56 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Negada

Elimínese el artículo 56:

~~**Artículo 56. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas.** Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la Salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l, m y n del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.~~

~~De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del SISPI respecto de:~~

1. ~~Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión.~~
2. ~~Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.~~
3. ~~Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.~~
4. ~~La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.~~

~~**Parágrafo**. El Gobierno nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el SISPI, garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.~~

Atentamente,

ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.

AforeroM Andres.forerom Andresforerocd

Correspondencia Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 -68 Primer Piso
Correo Electrónico: andres.forero@camara.gov.co
Conmutador: 390 4050 ext 3559 & 3563

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
04 MAR 2025
RECIBIDO

ART 56 (-)

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 56 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Negado

~~**Artículo 56. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas.** Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la Salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l, m y n del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.~~

~~De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del SISPI respecto de:~~

1. ~~Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión.~~
2. ~~Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.~~
3. ~~Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.~~
4. ~~La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.~~

~~**Parágrafo**. El Gobierno nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el SISPI, garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho~~

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

~~fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.~~

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

JUSTIFICACIÓN

La sentencia T446 de 2021 estableció frente el derecho fundamental a la Consulta Previa "*El Convenio 169 de 1989 de la OIT reconoce a las comunidades étnicamente diferenciadas, con su propia cultura, forma de vida, organización social, costumbres, lengua y leyes, entre otras. El Convenio estableció que no deben ser discriminadas y, además, prescribió la necesidad de que los Estados adopten medidas para proteger tanto a la colectividad como a sus miembros, instituciones, bienes, trabajo, cultura y medio ambiente. Como mecanismo de protección, el Convenio instituyó el mecanismo de la consulta y la participación informada, previa y libre en todas las decisiones que los afectan, como expresión del derecho a decidir sobre su destino.*

87. Además, el Convenio 169 dispuso que internamente los Estados debían desarrollar una acción coordinada y sistemática con el objetivo de proteger los derechos de los pueblos indígenas y tribales, para lo cual deben concurrir las instituciones a través del establecimiento de los mecanismos apropiados de participación y la articulación entre los procesos de desarrollo y la protección de las formas de vida ancestrales. Lo anterior se encuentra estrechamente relacionado con lo dispuesto en los artículos 40 y 330 de la Carta Política.

88. La Corte ha manifestado que la materialización del derecho a la consulta previa implica la creación de una serie de herramientas y dispositivos encaminados a formalizar las obligaciones que tienen las autoridades frente a los grupos étnicos que habitan en el territorio nacional".

Frente al principio constitucional de la diversidad étnica y cultural la misma sentencia establece que "*Los artículos 1, 7, 8, 9 y 70 de la Constitución establecen el principio de la diversidad étnica y cultural, como expresión del carácter democrático, participativo y pluralista del Estado. Este reconoce y admite la coexistencia de múltiples formas de vida y cosmovisiones dentro del territorio colombiano. Para esta corporación, dicho mandato es la garantía de pervivencia y participación de las distintas etnias en las decisiones que les impactan, en condiciones dignas e iguales*".

A esto se le debe sumar que el artículo 150 Constitucional establece que le "*corresponde al Congreso hacer las leyes. Por medio de ellas ejerce las siguientes funciones: (...) #10* ***Revestir, hasta por seis meses, al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias, para expedir normas con fuerza de ley cuando la necesidad lo exija o la conveniencia pública lo aconseje****. Tales facultades deberán ser solicitadas expresamente por el*

Gobierno y su aprobación requerirá la mayoría absoluta de los miembros de una y otra Cámara. El Congreso podrá, en todo tiempo y por iniciativa propia, modificar los decretos leyes dictados por el Gobierno en uso de facultades extraordinarias. ***Estas facultades no se podrán conferir para expedir*** *códigos,* ***leyes estatutarias,*** *orgánicas, ni las previstas en el numeral 20 del presente artículo, ni para decretar impuestos (...)"* (subrayada y con negrilla fuera del texto original).

Esta facultad se le entrega al presidente, pero no aplica para Leyes estatutarias y el fin es reglamentar el derecho fundamental como lo es la consulta previa y, por ende, se propone la eliminación del artículo por ser inconstitucional.

JUAN ESPINAL

Representante a la Cámara

ART 56(-)
428

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

Elimínese el **artículo 56° del Proyecto de Ley No. 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".**

Negada

ATC
12 55

Juan E.

ART 56

Negado

429

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

GERSEL PÉREZ
MI REPRESENTANTE

RECIBIDO
19 FEB 2025

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Modifíquese el artículo 56 ***Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*** - de tal manera que quede así:

Artículo 56. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas. Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la Salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l, m y n del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

~~De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el~~

El Ministerio de Salud iniciará el trámite correspondiente ante la Dirección Nacional de Consulta Previa inmediatamente entre en vigencia la presente ley, con el fin de expedir los decretos para la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) respecto de:

1. Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión.
2. Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.
3. Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.
4. La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.

Parágrafo. El Gobierno nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.

Atentamente;

Negado
06/03/25

GERSEL LUIS PEREZ ALTAMIRANDA
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

Art 57(-)
430

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTICULO 57 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".

9:17am

Negado

Elimínese del artículo 57, el cual quedara así:

Artículo 57. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y el Decreto 2957 de 2010.

~~**Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud.**~~

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

JUAN DANIEL PEÑUELA
REPRESENTANTE

Negada

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
04 MAR 2025
RECIBIDO

PROPOSICIÓN

ELIMÍNESE EL ARTÍCULO 57 DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

~~**Artículo 57. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom.** Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y el Decreto 2957 de 2010.~~

~~Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud.~~

JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño

Pasto:
Edificio Net 31
Calle 19 no. 31C-12 Of. 401
Teléfono: 3226840641

Bogotá:
Edificio nuevo del Congreso
Cra 7 no. 8-68 Of, 315B – 316B
Teléfono: (601) 3904050 ext 3347-3348

Partido Conservador

JUSTIFICACIÓN

La sentencia T446 de 2021 estableció frente el derecho fundamental a la Consulta Previa "*El Convenio 169 de 1989 de la OIT reconoce a las comunidades étnicamente diferenciadas, con su propia cultura, forma de vida, organización social, costumbres, lengua y leyes, entre otras. El Convenio estableció que no deben ser discriminadas y, además, prescribió la necesidad de que los Estados adopten medidas para proteger tanto a la colectividad como a sus miembros, instituciones, bienes, trabajo, cultura y medio ambiente. Como mecanismo de protección, el Convenio instituyó el mecanismo de la consulta y la participación informada, previa y libre en todas las decisiones que los afectan, como expresión del derecho a decidir sobre su destino.*

87. Además, el Convenio 169 dispuso que internamente los Estados debían desarrollar una acción coordinada y sistemática con el objetivo de proteger los derechos de los pueblos indígenas y tribales, para lo cual deben concurrir las instituciones a través del establecimiento de los mecanismos apropiados de participación y la articulación entre los procesos de desarrollo y la protección de las formas de vida ancestrales. Lo anterior se encuentra estrechamente relacionado con lo dispuesto en los artículos 40 y 330 de la Carta Política.

88. La Corte ha manifestado que la materialización del derecho a la consulta previa implica la creación de una serie de herramientas y dispositivos encaminados a formalizar las obligaciones que tienen las autoridades frente a los grupos étnicos que habitan en el territorio nacional".

Frente al principio constitucional de la diversidad étnica y cultural la misma sentencia establece que "*Los artículos 1, 7, 8, 9 y 70 de la Constitución establecen el principio de la diversidad étnica y cultural, como expresión del carácter democrático, participativo y pluralista del Estado. Este reconoce y admite la coexistencia de múltiples formas de vida y cosmovisiones dentro del territorio colombiano. Para esta corporación, dicho mandato es la garantía de pervivencia y participación de las distintas etnias en las decisiones que les impactan, en condiciones dignas e iguales*".

A esto se le debe sumar que el artículo 150 Constitucional establece que le "*corresponde al Congreso hacer las leyes. Por medio de ellas ejerce las siguientes funciones: (...) #10* ***Revestir, hasta por seis meses, al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias, para expedir normas con fuerza de ley cuando la necesidad lo exija o la conveniencia pública lo aconseje****. Tales facultades deberán ser solicitadas expresamente por el*

Gobierno y su aprobación requerirá la mayoría absoluta de los miembros de una y otra Cámara. El Congreso podrá, en todo tiempo y por iniciativa propia, modificar los decretos leyes dictados por el Gobierno en uso de facultades extraordinarias. ***Estas facultades no se podrán conferir para expedir*** *códigos,* ***leyes estatutarias,*** *orgánicas, ni las previstas en el numeral 20 del presente artículo, ni para decretar impuestos (...)"* (subrayada y con negrilla fuera del texto original).

Esta facultad se le entrega al presidente, pero no aplica para Leyes estatutarias y el fin es reglamentar el derecho fundamental como lo es la consulta previa y, por ende, se propone la eliminación del artículo por ser inconstitucional.

Art 57 c-
434

Modesto Aguilera
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
ATLÁNTICO • 2022 - 2026

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
12 DIC 2024
RECIBIDO
LEYES

Negado

11:20 am

PROPOSICIÓN

Elimínese el artículo 57 del texto propuesto para segundo debate del proyecto de Ley no. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley no. 135 de 2024 Cámara "*Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

> ~~**Artículo 57. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y el Decreto 2957 de 2010.**~~
>
> ~~Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud.~~

JUSTIFICACION

De acuerdo a lo consignado en el artículo 2° de la Constitución Política, las comunidades étnicas tienen derecho a la participación democrática. Esta garantía se encuentra estipulada *"en el carácter democrático y pluralista del Estado colombiano"* y en el reconocimiento de todas a participar en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política y cultural de la Nación.

La Corte Constitucional manifestó, mediante sentencia SU-123 de 2018 que, la consulta *previa "se debe llevar a cabo en aquellos casos en los cuales las medidas administrativas o legislativas sean "susceptible de afectación directa al pueblo étnico, caso en el cual se debe adelantar el proceso consultivo "con el propósito genuino de llegar a un acuerdo".*

En ese sentido, para efectos de determinar la afectación directa, se debe realizar un análisis sobre el "*impacto positivo o negativo que puede tener una medida sobre las condiciones sociales, económicas, ambientales o culturales que constituyen la base de la cohesión social de una determinada comunidad étnica".*

Aunado lo anterior, la Corte en sentencia SU- 121 de 2022 expresó que *"la afectación directa puede darse en (i) el territorio de la comunidad tradicional o (ii) en el ambiente, **la***

salud *o la estructura social, económica, así como cultural del grupo". (Subrayado y negrilla fuera de texto).*

Por otra parte, el Convenio 169 de la OIT ratificado por la Ley 21 de 1991 en su artículo 6° establece que, "*Al aplicar las disposiciones del presente Convenio, los gobiernos deberán: a) consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente;|| b) establecer los medios a través de los cuales los pueblos interesados puedan participar libremente, por lo menos en la misma medida que otros sectores de la población, y a todos los niveles en la adopción de decisiones en instituciones electivas y organismos administrativos y de otra índole responsables de políticas y programas que les conciernan;* [y] || *c) establecer los medios para el pleno desarrollo de las instituciones e iniciativas de esos pueblos, y en los casos apropiados proporcionar los recursos necesarios para este fin".*

En el caso concreto el artículo 57 del proyecto de Ley de la referencia vulnera el derecho a la consulta previa que le asiste a las comunidades afro y otros grupos étnicos tal como lo establece el convenio 169 de la OIT ratificado por la Ley 21 de 1991. Este derecho, que además de ser un mecanismo de participación, ha sido incorporado al bloque de constitucionalidad y por ello tiene fuerza vinculante.

Por consiguiente, nos encontramos frente a una medida legislativa que debe ser consultada previa a la expedición de la Ley, como quiera que de manera posterior se pretende "armonizar" e "integrar" junto con el régimen que les aplica. Así mismo el presente artículo es un artículo que modifica el núcleo esencial del derecho fundamental de salud de las comunidades étnicas, tal como lo señala el artículo 6 de la ley 1751 de 2015.

Atentamente,

MODESTO AGUILERA VIDES
REPRESENTANTE A LA CAMARA
DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cámara de Representantes

ART 57 (-)

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

435

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 57 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Negada

Elimínese el artículo 57:

~~**Artículo 57. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom.** Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y el Decreto 2957 de 2010.~~

~~Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud.~~

Atentamente,

ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.

AforeroM Andres.forerom Andresforerocd

Correspondencia Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 -68 Primer Piso
Correo Electrónico: andres.forero@camara.gov.co
Conmutador: 390 4050 ext 3559 & 3563

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

Act 5761
436

DE POLO A POLO
MIGUEL
DEFIENDE LA PATRIA

Bogotá, 9 de diciembre de 2024

Ciudad

Negada

Señor
Presidente
JAIME RÁUL SALAMANCA
Sesión Plenaria Cámara de Representantes de Colombia

Ref: Proposición eliminatoria del artículo 55° Proyecto de Ley N° 135 de 2024 Cámara "Por med del cual se transforma el sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

57

~~Artículo 55. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizale y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negra afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancia representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y Decreto 2957 de 2010.~~

~~Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente d la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia d la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salu intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud~~

Miguel Polo Polo

H. R. MIGUEL ABRAHAM POLO POLO
Circunscripción Afro-Descendiente
Tel: (601) 382 3000 Ext. 4311

17 DIC 2024
RECIBIDO

5:05pm

JUAN ESPINAL

Representante a la Cámara

ART 57(-)

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
18 DIC 2024
437

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA

Elimínese el **artículo 57° del Proyecto de Ley No. 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".**

Negada

ALC
12/55

Juan E.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

GERSEL PEREZ
MI REPRESENTANTE

Negado

Art 57
438

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
13 FEB 2025
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Modifíquese el artículo 57 ***Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*** - de tal manera que quede así:

Artículo 57. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y el Decreto 2957 de 2010.

El Ministerio de Salud iniciará el trámite correspondiente ante la Dirección Nacional de Consulta Previa inmediatamente entre en vigencia la presente ley, con el fin de expedir los decretos para la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud.

Parágrafo. El Gobierno nacional de manera concertada con las Instancia Representativas de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico del Sistema de Salud con enfoque diferencial y étnico conforme a los principios culturales, usos y costumbres de las comunidades.

Atentamente;

GERSEL LUIS PÉREZ ALTAMIRANDA
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico

Negado
06/03/25

Edificio Nuevo del Congreso
Cra 7 No 8 - 68 Oficina 627
Bogotá - Colombia

gerselmerepresenta@gmail.com
300 362 14 10
300 565 19 45
gerselperez.com

Gersel Perez
gerselperezaltamiranda
@gerselperez

AVANZAR SÍ ES POSIBLE

ART 58

439

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

ATC 800

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 58 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

Artículo 58. Plan Nacional de Salud Rural (PNSR). En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), incluyendo además en sus priorizaciones a las subregiones, los y municipios de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS) y Planes de Reforma Rural Agraria (RRA), o se encuentren o sean considerados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país. Esta implementación se realizará con la participación de las organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades étnicas presentes en los territorios rurales.

El Gobierno nacional reglamentará el PNSR. Dicho plan, será implementado dando cumplimiento al punto 1.3.2.1 del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" adoptado mediante el Acto Legislativo 02 de 2017, para ello se articulara con las estrategias de Atención Primaria en Salud, aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), las sedes de atención descentralizados en salud rural, el enfoque de determinantes sociales, el enfoque territorial y diferencial y demás aspectos de la presente ley que permitan la formulación y gestión del PNSR.

Paragrafo1. El Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para la formulación e inicio de implementación del PNSR.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos que propendan por el efectivo cumplimiento de las acciones e intervenciones estipuladas en el PNSR, de acuerdo al cálculo de costos según las características y necesidades de cada territorio, los cuales estarán dirigidos a garantizar el acceso en salud en el marco de las RIITS, la construcción, el mejoramiento de la infraestructura, y la dotación en salud, la planificación y gestión del personal en salud

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

para la ruralidad y la garantía de la calidad en salud para la atención de las personas, familias y comunidades que habitan en las zonas rurales y las zonas rurales dispersas.

Parágrafo 3. El Gobierno nacional articulará el PNSR con la financiación a la oferta de los CAPS en las zonas rurales y zonas rurales dispersas.

Atentamente,

Catherine Juvinao C.

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

135 de 2024 CÁMARA "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

Adiciónese al artículo 58, el cual quedara así:

Artículo 58. Plan Nacional de Salud Rural (PNSR). En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), incluyendo además en sus priorizaciones a las subregiones, los municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS) y Planes de Reforma Rural Agraria (RRA), o se encuentren o sean considerados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país. Esta implementación se realizará con la participación de las organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades étnicas presentes en los territorios rurales.

El Gobierno nacional reglamentará el PNSR. Dicho plan, será implementado dando cumplimiento al punto 1.3.2.1 del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" adoptado mediante el Acto Legislativo 02 de 2017, para ello se articulara con las estrategias de Atención Primaria en Salud, aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), las sedes de atención descentralizados en salud rural, el enfoque de determinantes sociales, el enfoque territorial y diferencial y demás aspectos de la presente ley que permitan la formulación y gestión del PNSR.

Parágrafo 1. El Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para la formulación e inicio de implementación del PNSR.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos que propendan por el efectivo cumplimiento de las acciones e intervenciones estipuladas en el PNSR, de acuerdo al cálculo de costos según las características y necesidades de cada territorio, los cuales estarán dirigidos a garantizar el acceso en salud en el marco de las RIITS, la construcción, el mejoramiento de la infraestructura y la dotación en salud, la planificación y gestión del personal en salud para la

ruralidad y la garantía de la calidad en salud para la atención de las personas, familias y comunidades que habitan en las zonas rurales y las zonas rurales dispersas.

PARAGRAFO NUEVO. el plan nacional de salud rural incorporara la figura de promotor de salud rural como personal esencial básico para fomentar la atención primaria en salud.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

Art 59

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
12 DIC 2024
RECIBIDO

9:17am
442

PROPOSICION DE ADICION AL ARTICULO 59 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".

Adiciónese al artículo 59, el cual quedara así:

Artículo 59. Promoción de Investigación y producción Vacunas. Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud a nivel nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidas por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, darán prelación a los productores locales, según la legislación aplicable.
Se fortalecerá el desarrollo, validación y aplicación de métodos alternativos a la experimentación en animales en investigaciones biomédicas, la producción de fármacos, la producción de biológicos, la salud pública u otros similares, el cual se reglamentará de manera coordinada entre el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS).

Se fortalecerá el desarrollo, validación y aplicación de métodos alternativos a la experimentación en animales en investigaciones biomédicas, la producción de fármacos, la producción de biológicos, la salud pública u otros similares, el cual se reglamentará de manera coordinada entre el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación concertará con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cámara de Representantes

443 ART 60(-)

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 60 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Elimínese el artículo 60:

~~**Artículo 60. Regímenes Exceptuados y Especiales.** Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015. En consecuencia, los regímenes de salud y seguridad social de los miembros de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional, del Magisterio, de la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), continuarán vigentes, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente Ley, y en los términos previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.~~

~~Adicionalmente, el régimen de salud y seguridad social de las universidades estatales u oficiales continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992, modificada por la Ley 647 de 2001 y la Ley 1443 de 2011 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.~~

Atentamente,

Negado

ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.

AforeroM Andres.forerom Andresforerocd

Correspondencia Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No. 8 -68 Primer Piso
Correo Electrónico: andres.forero@camara.gov.co
Conmutador: 390 4050 ext 3559 & 3563

ALT 60

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
17 FEB 2025
RECIBIDO

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

PROPOSICION DE ELIMINACION AL ARTICULO 60 DEL PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

Elimínese el artículo 60.

~~**Artículo 60. Regímenes Exceptuados y Especiales.** Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015. En consecuencia, los regímenes de salud y seguridad social de los miembros de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional, del Magisterio, de la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), continuarán vigentes, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente Ley, y en los términos previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.~~
~~Adicionalmente, el régimen de salud y seguridad social de las universidades estatales u oficiales continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992, modificada por la Ley 647 de 2001 y la Ley 1443 de 2011 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.~~

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

Negado

Negada

ART 60

445

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL LEYES 17 DIC 2024 RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 60 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el cual quedará así:

Artículo 60. Regímenes Exceptuados y Especiales. Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015. En consecuencia, los regímenes de salud y seguridad social de los miembros de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional, del Magisterio, de la Empresa Colombiana de Petróleos, Ecopetrol continuarán vigentes, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente ley, y en los términos previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.

Adicionalmente, el régimen de salud y seguridad social de las universidades estatales u oficiales continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992, modificada por la Ley 647 de 2001 y la ley 1443 de 2011 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Parágrafo. Los afiliados a los regímenes exceptuados y especiales de que trata este artículo, podrán voluntariamente, en cualquier momento, transitar al Sistema de Aseguramiento Social en Salud

Atentamente,

Catherine Juvinao C.

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cámara de Representantes

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

Art 61-7

446

PROPOSICIÓN SUPRESIVA

Proposición SUPRESIVA al artículo N° 61 de la ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".**

Elimínese el artículo 61:

~~**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, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.~~

~~En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:~~

1. ~~En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.~~

   ~~Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.~~

   ~~Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno.~~

   ~~De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.~~

   ~~El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud.~~

Los

Negado

~~residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los CAPS.~~

2. ~~Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.~~

   ~~A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las EPS al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud.~~

3. ~~Las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta Ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.~~

   ~~La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las UPC y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud.~~

   ~~Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los CAPS en la medida en que entren en operación. Las reglas del SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.~~

4. ~~El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:~~

   a. ~~En un territorio donde haya una sola EPS, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.~~
   b. ~~En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden EPS, los CAPS, en primer lugar, o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas EPS con capacidad de asumir la~~

~~operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de EPS liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.~~

5. ~~Si no existiesen los CAPS operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los CAPS, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.~~

6. ~~Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las EPS que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.~~

7. ~~Se acordará con las EPS que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS.~~

8. ~~Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el SGSSS, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los CAPS.~~

9. ~~Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.~~

10. ~~Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los CAPS, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.~~

~~A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.~~

11. ~~La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las EPS. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la UPC cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las EPS hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Las competencias aquí previstas para la ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.~~

12. ~~En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las EPS de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las EPS que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.~~

13. ~~Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.~~

14. ~~El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.~~

15. ~~El Gobierno nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las ESE que se transformen en ISE, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.~~

16. ~~La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y Vida.~~

    ~~Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.~~

    ~~La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.~~

17. ~~Las ESE del orden Nacional se transformarán en ISE. Las Entidades Territoriales transformarán las ESE del orden territorial en ISE. Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las ESE de orden nacional y territorial en ISE, para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.~~

    ~~También se podrán transformar en ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como ESE, y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como ISE del nivel de Gobierno que corresponda.~~

    ~~En todo caso, las ISE mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.~~

    ~~Los gerentes de las ESE transformadas en ISE, continuarán en el cargo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de ISE, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.~~

18. ~~Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:~~

a. ~~El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.~~
b. ~~El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.~~
c. ~~El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.~~
d. ~~El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.~~

~~19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través de las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.~~

Atentamente,

ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático.

Art 61

Negada

449

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL
17 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 61 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara,** "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", 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, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita ni tampoco **se impondrán obstáculos adiciones ni** se negarán consultas médicas por especialistas.
   Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos. Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno. De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.
   El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el sistema de salud. Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención

primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los CAPS.

2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno Nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.
   A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las EPS al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud.
3. Las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta ley, **sin afectarse la atención ni derechos de los usuarios**. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.
   La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las UPC y demás recursos del aseguramiento social en salud.
   Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los CAPS en la medida en que entren en operación. Las reglas del (SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.
4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:
   a. En un territorio donde haya una sola EPS, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.
   ~~b.~~ En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden EPS~~, los CAPS, en primer lugar, o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto,~~ lo harán aquellas EPS con capacidad de asumir la operación en esos territorios. ~~Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de EPS liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.~~

5. Si no existiesen los CAPS operando en los respectivos territorios, ~~la Nueva EPS~~ **la EPS respectiva** contratará los CAPS, si fuere necesario~~, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.~~
6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes integradas e integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las EPS que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.
7. Se acordará con las EPS que así lo acuerden con el Gobierno Nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población ~~adscrita a los CAPS~~
8. Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el SGSSS, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los CAPS.
9. Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.
10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización **de los integrantes de las RIITS** ~~de los CAPS~~, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.

    A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud; y una vez se

establezcan las respectivas plantas de personal de los CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

11. La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las EPS. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la UPC cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, ~~para que las EPS hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud~~. Las competencias aquí previstas para la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.
12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las EPS de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las EPS que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A. (CISA), la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.
13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.
14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.
15. **El Gobierno Nacional, en un término no mayo a seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley reglamentará el proceso de unificación del régimen subsidiado y contributivo del SGSSS.**
16. El Gobierno nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las ESE que se transformen en ISE, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.
17. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales ~~y excepcionales~~ para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por

parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud. Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.

18. Las ESE del orden Nacional se transformarán en ISE. Las Entidades Territoriales transformarán las ESE del orden territorial en ISE. Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las ESE de orden nacional y territorial en ISE, para el efecto el Gobierno Nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas. También se podrán transformar en ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como ESE, y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, están siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como ISE del nivel de Gobierno que corresponda.
En todo caso, las ISE mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.
Los gerentes de las ESE, transformadas en ISE, continuarán en el cargo hasta finalizar el periodo para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los organos plurales de dirección de las ISE, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:
    a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
    b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
    c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través del Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud

Atentamente,

Catherine Juvinao C.

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

Art 61

452

Piedad **CORREAL** Rubiano

REPRESENTANTE A LA CÁMARA

Negada

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
02 DIC 2024
Folios No.
RECIBIDO
4:57 pm

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, ~~**o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS)**~~, bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el 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

453 Art 61

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Negada

Modifíquese el artículo 61 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

"**Artículo 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~~,~~ o sin afiliación~~, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS),~~ bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.

   Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.

   ~~Los contratos de~~ los Prestadores **celebrarán progresivamente** ~~serán progresivamente subrogados a~~ los convenios de desempeño y acuerdos ~~marco~~ **de voluntades**, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno.

   De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

   El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud.

Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los CAPS.

2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo ~~al nuevo aseguramiento social en salud~~ **a las Gestoras de Salud y Vida**, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.

   A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las EPS ~~al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud~~ **a las Gestoras de Salud y Vida, en el marco del nuevo sistema de aseguramiento social en salud.**

3. Las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las ~~instituciones previstas en esta Ley~~ **Gestoras de Salud y Vida**. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.

   La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las UPC y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud.

   Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los CAPS en la medida en que entren en operación. Las reglas del SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.

4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las ~~EPS~~ **Gestoras de Salud y Vida**, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

   a. En un territorio donde haya una sola ~~EPS,~~ **Gestora de Salud y Vida,** esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.

b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden ~~EPS,~~ **Gestoras de Salud y Vida,** ~~los CAPS, en primer lugar, o~~ la Nueva EPS, ~~en segundo lugar, de prioridad,~~ asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas ~~Entidades Promotoras de Salud (EPS)~~ **Gestoras de Salud y Vida** con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las ~~EPS~~ **Gestoras de Salud y Vida** existentes deberán asumir los afiliados de EPS liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.

5. Si no existiesen los CAPS operando en los respectivos territorios~~, la Nueva EPS contratará los CAPS, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.~~, **el ente territorial respectivo y el Ministerio de Salud se articularán para propiciar la construcción prioritaria de los CAPS necesarios, de acuerdo al número de habitantes, en el menor tiempo posible.**

6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de ~~la adscripción territorial de la población y~~ la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social **y a las Gestoras de Salud y Vida** en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las EPS que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

7. ~~**Se acordará con las EPS que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS.**~~

8. Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el SGSSS, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los CAPS.

9. Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal

infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los CAPS, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.

    A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

11. La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las EPS. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las EPS hagan la entrega ordenada de la población afiliada ~~al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud~~ **a las Gestoras de Salud y Vida**. Las competencias aquí previstas para la ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las EPS de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las EPS que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.

14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.

15. El Gobierno nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las ESE que se transformen en Instituciones de ISE, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y vida

    Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida, deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

    La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.

17. Las ESE del orden Nacional se transformarán en ISE. Las Entidades Territoriales transformarán las ESE del orden territorial en ISE. Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las ESE de orden nacional y territorial en Instituciones de ISE, para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.

    También se podrán transformar en ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como ESE, y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o

las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como ISE del nivel de Gobierno que corresponda.

En todo caso, las ISE mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.

Los gerentes de las ESE transformadas en ISE, continuarán en el cargo hasta finalizar el periodo para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de las ISE, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:

    a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
    b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
    c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
    d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través del Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud".

Julia Miranda	Jennifer Pedraza S
JULIA MIRANDA LONDOÑO Representante a la Cámara por Bogotá Partido Nuevo Liberalismo	**JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso

456

Katherine Miranda P. **KATHERINE MIRANDA** Representante a la Cámara Partido Alianza Verde	Alejandro Garcia R **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde
DANIEL CARVALHO MEJÍA Representante a la Cámara	Carolina Giraldo B **CAROLINA GIRALDO BOTERO** Representante a la Cámara Departamento de Risaralda

Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 61 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" de la siguiente manera:

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, ~~**o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS)**~~, bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.

   Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.

   ~~**Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y**~~

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

~~**mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno.**~~

De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud. **La ADRES asumirá la garantía y pago de las obligaciones que se generen durante la transición, así como de las órdenes de tutela proferidas antes y en vigencia de la presente ley.**

Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los CAPS.

2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.

   A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las EPS al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

3. Las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta Ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las UPC y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud.

~~**Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los CAPS en la medida en que entren en operación**~~. Las reglas del SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique~~**, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.**~~

4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

   a. En un territorio donde haya una sola EPS, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.

   b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden EPS, ~~**los CAPS, en primer lugar, o**~~ la Nueva EPS, ~~**en segundo lugar, de prioridad**~~, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas EPS con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de EPS liquidadas ~~**o en incapacidad de atender a sus afiliados**~~.

5. Si no existiesen los CAPS operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los CAPS **cercanos**, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.

6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el

tránsito hacia la organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las EPS que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social, **salvo las excepciones contenidas en la presente ley.**

~~7. Se acordará con las EPS que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS.~~

8. Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

9. Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los CAPS, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

11. La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de EPS. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la UPC cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las EPS hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Las competencias aquí previstas para la ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las EPS de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las EPS que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.

14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.

15. El Gobierno nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las ESE que se transformen en ISE, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y Vida.

    Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

    La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.

17. Las ESE del orden Nacional se transformarán en ISE. Las Entidades Territoriales transformarán las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden territorial en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las ESE de orden nacional y territorial en ISE, para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.

También se podrán transformar en ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como ESE, y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como ISE del nivel de Gobierno que corresponda.

En todo caso, las ISE mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.

Los gerentes de las ESE transformadas en ISE, continuarán en el cargo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de las ISE, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:

    a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
    b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través de las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

PIEDAD CORREAL RUBIANO
Representante a la Cámara por el Quindío

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

JUSTIFICACIÓN

Inciso 3, numeral 1, y numeral 7. Las EPS que se encuentran funcionando deben operar en cumplimiento de los acuerdos de voluntad que ya tienen celebrados. La terminación intempestiva por mandato de la ley le genera al Estado la obligación de reparar de acuerdo con el artículo 90 de la Constitución e impone a la EPS la obligación de reparar al prestador o proveedor, lo cual también resulta desproporcionado.

La terminación de los contratos con los prestadores para pasar a organizar la red con los CAPS, también vulnera el derecho a la libertad de elección de los usuarios. Lo anterior porque los usuarios están afiliados a la EPS por las condiciones de atención que ofrece, y ahora se ven abocados a usar los servicios en una red distinta de la que fue ofrecida por la EPS.

El principio de libre elección ha sido reconocido una garantía conexa al derecho de acceso al servicio, que, además, guarda una estrecha relación con la dignidad humana (sentencia C-1040 de 2007 de la Corte Constitucional). En este sentido, no hay justificación alguna para restringir el derecho y desconocer la elección realizada por los afiliados, y sin que se advierta que el ejercicio de su derecho afecte el goce efectivo del derecho. Por el contrario, limitar esta garantía constituiría una medida regresiva, prohibida por el artículo 26 de la Convención Interamericana de Derechos Humanos y por el Protocolo de San Salvador, y por los artículos 48 y 49 de la Constitución.

Inciso 5, numeral 1. Una de las grandes preocupaciones del proyecto de ley para los usuarios, ha sido la falta de precisión sobre quién asumirá la cobertura de las tutelas. En atención a que en el Sistema de Aseguramiento Social el Estado asume el riesgo financiero como pagador único, se requiere precisar que será éste, a través de la ADRES, quien asuma el pago de las prestaciones ordenadas por los jueces de tutela.

Inciso 3, numerales 1 y 3. Las EPS que no se transformen operan como tales, por lo cuales no le son aplicables las normas de convergencia hacia el Sistema de Aseguramiento Social. En este punto se reitera lo señalado para el inciso 3, numeral 1 del mismo artículo.

Inciso 3, numeral 3. La legislación vigente prevé la UPC como una prima de seguro, de manera que no es posible fraccionarla para descontar el valor de los

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

servicios de los CAPS. No existe un cálculo actuarial que permita hacer dicho fraccionamiento, y desconoce las reglas previstas en la ley 100 de 1993 que regulan la actividad de las EPS y la forma como se reconoce su actividad.

Inciso 1o, numeral 4. Como se anotó, las EPS funcionan bajo las reglas del SGSSS durante los dos años siguientes, por lo cual no es posible suprimirles la habilitación en los territorios que considere el Estado, por cuanto ello implica desconocer la confianza legítima que les permite operar con base en la legislación propia del SGSSS.

Literal b, numeral 4. La norma permitiría que donde el Estado considere que las EPS no están en capacidad de atender a sus afiliados, pierden la población, sustrayéndose del trámite de la intervención para liquidar.

Numeral 11. Las reglas de giro directo para las EPS operan de acuerdo con la normatividad vigente, de manera que no es posible establecerla como regla general para las EPS porque ello desconoce la confianza legítima que las faculta para operar de acuerdo con las reglas establecidas en el SGSSS y no en el Sistema de Aseguramiento Social. Igualmente, no es posible establecer reconocimiento de gasto administrativo distintos al establecido en el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, por la misma razón.

Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 - 68 – Oficinas 225b y 227b
Teléfono: Tel (57+1) 4325100 (57+1) Extensiones: 4206 - 4207
Email: piedad.correal@camara.gov.co

Art 61

09 DIC 2024 462

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el artículo 61 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

"Artículo 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~~,~~ o sin afiliación~~, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS),~~ bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.

   Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.

   ~~Los contratos de~~ los Prestadores **celebrarán progresivamente** ~~serán progresivamente subrogados a~~ los convenios de desempeño y acuerdos ~~marco~~ **de voluntades**, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno.

   De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

   El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud.

Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los CAPS.

2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo ~~al nuevo aseguramiento social en salud~~ **a las Gestoras de Salud y Vida**, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.

   A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las EPS ~~al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud~~ **a las Gestoras de Salud y Vida, en el marco del nuevo sistema de aseguramiento social en salud.**

3. Las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las ~~instituciones previstas en esta Ley~~ **Gestoras de Salud y Vida**. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.

   La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las UPC y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud.

   Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los CAPS en la medida en que entren en operación. Las reglas del SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.

4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las ~~EPS~~ **Gestoras de Salud y Vida**, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

   a. En un territorio donde haya una sola ~~EPS,~~ **Gestora de Salud y Vida,** esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.

b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden ~~EPS,~~ **Gestoras de Salud y Vida,** ~~los CAPS, en primer lugar, o~~ la Nueva EPS, ~~en segundo lugar, de prioridad,~~ asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas ~~Entidades Promotoras de Salud (EPS)~~ **Gestoras de Salud y Vida** con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las ~~EPS~~ **Gestoras de Salud y Vida** existentes deberán asumir los afiliados de EPS liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.

5. Si no existiesen ~~los Centros de~~ CAPS operando en los respectivos territorios~~, la Nueva EPS contratará los CAPS, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.~~**, el ente territorial respectivo y el Ministerio de Salud se articularán para propiciar la construcción prioritaria de los CAPS necesarios, de acuerdo al número de habitantes, en el menor tiempo posible.**

6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de ~~la adscripción territorial de la población y~~ la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social **y a las Gestoras de Salud y Vida** en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las EPS que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

7. ~~**Se acordará con las EPS que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS.**~~

8. Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el SGSSS, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los CAPS.

9. Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal

infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los CAPS, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.

    A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

11. La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las EPS. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las EPS hagan la entrega ordenada de la población afiliada ~~al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud~~ **a las Gestoras de Salud y Vida**. Las competencias aquí previstas para la ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las EPS de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las EPS que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.

14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.

15. El Gobierno nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las ESE que se transformen en Instituciones de ISE, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud **y Vida**.

    Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud **y Vida**, deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud **y Vida**.

    La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.

17. Las ESE del orden Nacional se transformarán en ISE. Las Entidades Territoriales transformarán las ESE del orden territorial en ISE. Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las ESE de orden nacional y territorial en Instituciones de ISE, para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.

    También se podrán transformar en ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como ESE, y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o

las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como ISE del nivel de Gobierno que corresponda.

En todo caso, las ISE mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.

Los gerentes de las ESE transformadas en ISE, continuarán en el cargo hasta finalizar el periodo para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de las ISE, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:

    a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
    b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
    c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
    d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través del Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud".

Julia Miranda	Jennifer Pedraza S
JULIA MIRANDA LONDOÑO Representante a la Cámara por Bogotá Partido Nuevo Liberalismo	**JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL** Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso

465

Katherine Miranda P. **KATHERINE MIRANDA** Representante a la Cámara Partido Alianza Verde	Alejandro Garcia R **ALEJANDRO GARCÍA RÍOS** Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde
DANIEL CARVALHO MEJÍA Representante a la Cámara	Carolina Giraldo B **CAROLINA GIRALDO BOTERO** Representante a la Cámara Departamento de Risaralda

466

Negada

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 62 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"*, para que quede así:

Artículo 62. Vigencia. Lo dispuesto en la presente ley comenzará a regir de manera progresiva a partir del año 2027, previo cumplimiento de las siguientes condiciones:

1. Deberá realizarse un plan piloto de lo aquí dispuesto, el cual se implementará en los municipios de sexta categoría del país, cuya regulación estará a cargo del Gobierno nacional en coordinación con entidades públicas y privadas del sector salud.

2. El plan piloto estará sujeto a una medición de su impacto y efectividad, el cual estará a cargo del Gobiemo nacional y del Congreso de la República, y deberá llevarse a cabo anualmente, por el término de dos años, contados a partir de la implementación del mencionado plan.

3. En caso de encontrarse viable y benéfico el plan piloto, se procederá con la aplicación progresiva de lo dispuesto en esta ley. De no ser así, se seguirá adoptando el Sistema de Salud que venía rigiendo antes de la presente ley.

Cordialmente,

ALT 64

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

DE POLO A POLO
MIGUEL
DEFIENDE LA PATRIA

62

467

Negada

Bogotá, 9 de diciembre de 2024

Ciudad

Señor
Presidente
JAIME RÁUL SALAMANCA
Sesión Plenaria Cámara de Representantes de Colombia

Ref: Proposición modificatoria del artículo 64° 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".

Artículo 64. Vigencia. ~~La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias~~ **La presente Ley regirá desde el año 2026 y deroga las disposiciones que le sean contrarias**

Miguel Polo Polo

H. R. MIGUEL ABRAHAM POLO POLO
Circunscripción Afro-Descendiente
Tel: (601) 382 3000 Ext. 4311

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO
5:05pm

62

468

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 64 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" de la siguiente manera:

Artículo 64 Vigencia. Lo dispuesto en la presente ley comenzará a regir de manera progresiva a partir de año 2027, previo cumplimiento de las siguientes condiciones:

1. Deberá realizarse un plan piloto de lo aquí dispuesto, el cual se implementará en los municipios de sexta categoría del país, cuya regulación estará a cargo del Gobierno nacional en coordinación con entidades públicas y privadas del sector salud.

2. El plan piloto estará sujeto a una medición de su impacto y efectividad, el cual estará a cargo del Gobierno nacional y del Congreso de la República, y deberá llevarse a cabo anualmente, por el término de dos años, contados a partir de la implementación del mencionado plan.

3. En caso de encontrarse viable y benéfico el plan piloto, se procederá con la aplicación progresiva de lo dispuesto en esta ley. De no ser así, se seguirá adoptando el Sistema de Salud que venía rigiendo antes de la presente ley.

Luis M. López

Negada

469

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 62 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 62. Vigencia. La presente ley rige a partir del 2028 y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,

Luis R. Lopez

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
06 MAR 2025
RECIBIDO
11:50am

En mi calidad de Representante a la Cámara, me permito radicar proposición de modificación al artículo 62 del proyecto de ley 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Negado 470

Artículo 62. Vigencia. La presente ley rige a partir del 07 de agosto de 2026 y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,

CAMARA DE REPRESENT
SECRETARIA GENER
LEYES
06 MAR 2025
RECIBIDO
1:05 pm

Jhon Jairo Berrio.
H.R. por el Dto de Antioquia.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER Salazar
Representante a la Cámara

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
RECIBIDO

PROPOSICIÓN DE MODIFICACION

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 suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición modificativa al Artículo 1, el cual quedará así:

"Artículo 1. Objeto. La presente Ley tiene por objeto ~~**transformar**~~ **reorganizar** 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. Asimismo, busca desarrollar un modelo de salud **preventivo, predictivo y resolutivo** ~~**centrado en el marco**~~ **fundamentado** ~~**de**~~ **en** 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 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.

Adicionalmente, se establecen los criterios para la definición de las políticas públicas prioritarias en medicamentos, tecnologías en salud, autonomía profesional y condiciones laborales en el sector."

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar

Art 1

472

CONGRESO
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
17 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN___ 2024

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY 135 DE 2024 CÁMARA "POR EL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."

Adiciónese al artículo 1 del Proyecto de ley 312 de 2024, 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. Asimismo, 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 **cultural,** 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 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.

Atentamente,

JAMES MOSQUERA TORRES
Representante a la Cámara
CITREP 6 Chocó –Antioquia

James.mosquera@camara.gov.co Edificio Congreso Oficina 501
@JamesMosqueraT

Art 1

473

ERIKA Sánchez
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el artículo 1 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"* el cual quedará así:

Artículo 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.

ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR SANTANDER

Profe González
Representante a la Cámara

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Ext 1

474

H.R. Hernando González
Representante a la Cámara por el Valle del Cauca
Partido Cambio Radical

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
17 DIC 2024
RECIBIDO

Proposición Sustitutiva

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".

En virtud del artículo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición Sustitutiva del Artículo 1, el cual quedará así:

"Artículo 1. Objeto. La presente Ley tiene por objeto transformar reorganizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, con la finalidad de fortalecer las dimensiones el derecho fundamental a la salud. Asimismo, se establece que el modelo de salud colombiano, es un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo centrado en el marco fundamentado de en la garantía del derecho fundamental a la salud y los derechos conexos, 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 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.

Atentamente,

HERNANDO GONZALEZ
Representante a la Cámara
Departamento del Valle del Cauca

Dirección. Carrera 7 No. 8 - 68. Bogotá D.C.
Edificio Nuevo del Congreso Oficina 307 B
Teléfono: (601) 382 3000 Ext. 3061 - 3062

E-mail:
hernando.gonzalez@camara.gov.co
utlprofegonzalez@gmail.com

475
ART 2

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ELIÉCER SALAZAR
Representante a la Cámara

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN SUSTITUTIVA

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 suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración la siguiente proposición sustitutiva al Artículo 2, el cual quedará así:

Artículo 2. Aseguramiento ~~social~~ en salud. Modifíquese el Artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, el cual quedara así:

Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta Ley entiéndase por aseguramiento en salud la gestión del riesgo en salud, el riesgo administrativo u operativo y el riesgo financiero, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador del servicio y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Las anteriores funciones y responsabilidades están a cargo de las Entidades Gestoras de Salud -EGS-, e implican que estas entidades están en la obligación de garantizar a sus afiliados las prestaciones en salud establecidas en el Artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. La responsabilidad por el riesgo financiero está a cargo del Estado, quien lo gestionará principalmente a través de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud -ADRES-.

Parágrafo. Con el objetivo de contar con una provisión del gasto por servicios de salud en el Sistema, la ADRES constituirá y administrará una reserva técnica con base en lo establecido por el gobierno nacional en la materia.

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C.,10 de diciembre de 2024

Doctor,
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente de la Honorable Cámara de Representantes.

Ref: Proposición de modificación del artículo 2 del Proyecto de Ley No. 312/2024C ***"por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones"***.

Apreciado doctor Salamanca:

Con sustentación en la Ley 5ª de 1992 "Por lo cual se expide el reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representante" presentamos la siguiente:

I. PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

Solicitamos respetuosamente a la Plenaria de la Honorable Cámara de Representantes, que se modifique el artículo 2 del Proyecto de Ley No. 312/2024C ***"por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones"***., de la siguiente manera:

> "**Artículo 2. Aseguramiento social en salud.** El aseguramiento social en salud es entendido como la protección pública, 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, la mancomunación de los recursos financieros del Sistema de Salud, con criterios de equidad, **enfoque diferencial y de género**, así como un sistema de gestión de riesgos de salud y operativo a cargo de los actores del sistema y 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.

Atentamente,

KAREN MANRIQUE
CONGRESISTA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
COMISIÓN PRIMERA CONSTITUCIONAL

CÁMARA DE REPRESENTANTES
PLENARIA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara
"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"

PROPOSICIÓN

ADICIÓNESE UN PARÁGRAFO NUEVO, AL ARTÍCULO 2, DEL PRESENTE PROYECTO DE LEY EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo 2. Aseguramiento social en salud. El aseguramiento social en salud se entiende como la protección pública, 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.

Parágrafo nuevo. Se promoverá la asignación prioritaria de recursos y mecanismos de aseguramiento a zonas de difícil acceso, buscando cerrar las brechas en la atención y cobertura territorial.

Atentamente,

Karen A Manrique O
Representante a la Cámara
Comisión Primera
CITREP 2, Arauca.

Edificio Nuevo Del Congreso, Carrera 7 Nº 8-68, oficina 619
Conmutador: (+57) (601) 390 4050 | Extensión 3613 - 3611, Bogotá - Colombia
karen.manrique@camara.gov.co | @KarenManriqueO

ART 2

478

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Karmen
Karmen Ramírez Boscán
REPRESENTANTE
Curul Internacional

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., 10 de diciembre de 2024

Honorables Representantes
Mesa Directiva
Cámara de Representantes

Honorables Representantes
Ponentes
Cámara de Representantes

REFERENCIA: Proposición al 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".

Adiciónese un parágrafo al artículo 2 del 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", así:

> "Parágrafo: Esta protección se extiende a los colombianos residentes en el exterior, quienes podrán acceder al sistema mediante esquemas de aportes voluntarios diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dichos esquemas deberán ser diseñados considerando las condiciones económicas, sociales y de acceso de esta población, y garantizarán su acceso a servicios de salud en Colombia, así como la repatriación sanitaria en casos de emergencia, bajo criterios claros y equitativos establecidos en coordinación con el Ministerio de Relaciones Exteriores."

Argumentos

La inclusión de un parágrafo que extienda la protección del sistema de salud a los colombianos residentes en el exterior responde al principio de equidad que subyace en la reforma al sistema de salud. Esta medida asegura que todos los ciudadanos colombianos, sin importar su ubicación, puedan acceder a servicios esenciales en momentos críticos, fortaleciendo el vínculo entre el Estado y su diáspora.

Los esquemas de aportes voluntarios diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Relaciones Exteriores, garantizan una aproximación adaptada a las condiciones reales de la población en el exterior. Estos esquemas deben considerar factores como la capacidad económica, el nivel de acceso a servicios en los países de residencia y las necesidades de atención médica transnacional.

Al incluir la repatriación sanitaria en casos de emergencia, la propuesta asegura que los colombianos en situaciones de vulnerabilidad tengan acceso a un sistema que priorice la atención oportuna y eficaz. Esto no solo previene la desatención en contextos críticos, sino que también refuerza la solidaridad entre el país y su diáspora.

Esta proposición proyecta un sistema de salud inclusivo, adaptado a las realidades de un mundo globalizado. Con este enfoque, Colombia da un paso significativo hacia la construcción de un modelo de salud universal que proteja y respalde a todos sus ciudadanos, sin importar dónde se encuentren.

Atentamente,

Carmen Felisa Ramírez Boscán
Representante a la Cámara
Circunscripción internacional

ALT 2

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Karmen
Karmen Ramírez Boscán
REPRESENTANTE
Curul Internacional

479

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
18 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., 10 de diciembre de 2024

Honorables Representantes
Mesa Directiva
Cámara de Representantes

Honorables Representantes
Ponentes
Cámara de Representantes

REFERENCIA: Proposición al 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".

Adiciónese un parágrafo al artículo 2 del 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", así:

> "Parágrafo: Esta protección se extiende a los colombianos residentes en el exterior, quienes podrán acceder al sistema mediante esquemas de aportes voluntarios diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dichos esquemas deberán ser diseñados considerando las condiciones económicas, sociales y de acceso de esta población, y garantizarán su acceso a servicios de salud en Colombia, así como la repatriación sanitaria en casos de emergencia, bajo criterios claros y equitativos establecidos en coordinación con el Ministerio de Relaciones Exteriores."

Argumentos

La inclusión de un parágrafo que extienda la protección del sistema de salud a los colombianos residentes en el exterior responde al principio de equidad que subyace en la reforma al sistema de salud. Esta medida asegura que todos los ciudadanos colombianos, sin importar su ubicación, puedan acceder a servicios esenciales en momentos críticos, fortaleciendo el vínculo entre el Estado y su diáspora.

Los esquemas de aportes voluntarios diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Relaciones Exteriores, garantizan una aproximación adaptada a las condiciones reales de la población en el exterior. Estos esquemas deben considerar factores como la capacidad económica, el nivel de acceso a servicios en los países de residencia y las necesidades de atención médica transnacional.

Al incluir la repatriación sanitaria en casos de emergencia, la propuesta asegura que los colombianos en situaciones de vulnerabilidad tengan acceso a un sistema que priorice la atención oportuna y eficaz. Esto no solo previene la desatención en contextos críticos, sino que también refuerza la solidaridad entre el país y su diáspora.

Esta proposición proyecta un sistema de salud inclusivo, adaptado a las realidades de un mundo globalizado. Con este enfoque, Colombia da un paso significativo hacia la construcción de un modelo de salud universal que proteja y respalde a todos sus ciudadanos, sin importar dónde se encuentren.

Atentamente,

Carmen Felisa Ramírez Boscán
Representante a la Cámara
Circunscripción internacional

ALT 2

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Karmen
Karmen Ramírez Boscán
REPRESENTANTE
Curul Internacional

480

Bogotá D.C., 10 de diciembre de 2024

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Honorables Representantes
Mesa Directiva
Cámara de Representantes

Honorables Representantes
Ponentes
Cámara de Representantes

REFERENCIA: Proposición al 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".

Adiciónese un parágrafo al artículo 2 del 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", así:

> "Parágrafo: Esta protección se extiende a los colombianos residentes en el exterior, quienes podrán acceder al sistema mediante esquemas de aportes voluntarios diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Estos esquemas garantizarán su acceso a servicios de salud en Colombia y repatriación sanitaria en casos de emergencia."

Atentamente,

Carmen Felisa Ramírez Boscán
Representante a la Cámara
Circunscripción internacional

ALT 3

481

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

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"

Modifíquese el artículo 3 del proyecto de ley, el cual quedará así

Artículo 3. Atención Primaria en Salud (APS).
Según lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, artículos 12 a 16, la Atención Primaria en Salud (APS) fue adoptada como estrategia dentro del Sistema de Salud y está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana , **así como la gradual implementación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) en regiones con infraestructura adecuada.**

La Atención Primaria en Salud (APS) se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemático, permanente, predictivo y resolutivo e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. **Durante el período de transición, la implementación será progresiva, priorizando regiones con mayor capacidad instalada y recursos disponibles, asegurando que los territorios más vulnerables reciban apoyo técnico y financiero adicional.**

Es transversal al Sistema de Salud y todos sus integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia , **definiendo metas específicas y medibles en función del contexto regional. Los responsables deberán garantizar la capacitación continua del personal médico y administrativo involucrado en la estrategia.**

Por tratarse de una acción intersectorial/transectorial, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, para la intervención de los determinantes sociales de la salud, destinarán recursos adicionales de fuentes diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud. **Durante el primer año de implementación, se**

priorizará la financiación de iniciativas que fortalezcan la red de atención primaria en zonas rurales y de difícil acceso. En los territorios los gobernadores y alcaldes distritales y municipales serán los responsables de la coordinación y dirección de las acciones de intervención de los determinantes sociales. **Se incentivará la conformación de equipos técnicos intersectoriales en cada territorio para garantizar una ejecución eficiente y alineada con los objetivos nacionales.**

HECTOR MAURICIO CUELLAR PINZON
Representante a la Cámara por Caquetá

482 Art 3

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
10 DIC 2024
RECIBIDO

CÁMARA DE REPRESENTANTES
PLENARIA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara
"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"

PROPOSICIÓN

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 3 DEL PRESENTE PROYECTO DE LEY, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo 3. Atención Primaria en Salud (APS). Según lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, artículos 12 a 16, la Atención Primaria en Salud (APS) fue adoptada como estrategia dentro del Sistema de Salud y está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana y las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

La Atención Primaria en Salud (APS) se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Tiene carácter universal, territorial, **garante**, sistemático, permanente, predictivo y resolutivo e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

[...]

Atentamente,

Karen A Manrique O
Representante a la Cámara
Comisión Primera
CITREP 2, Arauca.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

REPRESENTANTE CARLOS FELIPE QUINTERO

Art 3

483

PROPOSICION MODIFICATIVA

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"

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
11 DIC 2024
RECIBIDO

Modifíquese el artículo 3 del proyecto de ley, el cual, quedará así:

Artículo 3. Atención Primaria en Salud (APS). Según lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, artículos 12 a 16, la Atención Primaria en Salud (APS) fue adoptada como estrategia dentro del Sistema de Salud y está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana y las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

(...)

Por tratarse de una acción intersectorial/transectorial, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, para la intervención de los determinantes sociales de la salud, destinarán recursos adicionales de fuentes diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud. En los territorios los gobernadores y alcaldes distritales y municipales serán los responsables de la coordinación y dirección de las acciones de intervención de los determinantes sociales.

Parágrafo: La implementación del Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) deberá desarrollarse en un plazo máximo de 24 meses desde la promulgación de la presente ley, priorizando las regiones con mayores brechas en cobertura y acceso a servicios de salud. Este modelo estará fundamentado en un enfoque preventivo, predictivo y resolutivo, y garantizará la articulación efectiva con los niveles de mediana y alta complejidad, asegurando la continuidad y la integralidad en la atención médica

De los Honorables Representantes

CARLOS FELIPE QUINTERO OVALLE
Representante a la Cámara
Departamento de Cesar

PBX: 3904050
Ext.4014
carlos.quintero@camara...

JUSTIFICACIÓN

De la lectura del texto propuesto se tiene que no existe un componente en la Ley 1438 de 2011 que se llame: "*Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS)*"; por otro lado, el artículo que se propone cambia la definición de la Atención Primaria de Salud, por lo que el artículo 12 de la Ley 1438 de 2011 se entendería derogado tácitamente.

En el mismo sentido, las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) no serán un componente de la Atención Primaria de Salud, sino un medio o mecanismo para lograr sus objetivos.

Por último, el cambio de determinantes sociales se debe a que en toda la reforma se habla de determinantes sociales.

ACT 3

485

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
17 DIC 2024
RECIBIDO

2:26 pm

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo **3** del **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".***

Artículo 3. Atención Primaria en Salud (APS). Según lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, artículos 12 a 16, la Atención Primaria en Salud (APS) fue adoptada como estrategia dentro del Sistema de Salud y está constituida por ~~tres~~ **cuatro** componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana y las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

(...)"

Jennifer Pedraza S

JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL
CC. 1.010.227.070 de Bogotá D.C.
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
Partido Dignidad

regiones con mayor capacidad instalada y necesidades críticas, en donde se fortalezca el nivel primario, como componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias, la comunidad y los sectores sociales.

Dentro del modelo, en el nivel primario operan los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos de salud territoriales, de acuerdo con las necesidades de la población. ***Los equipos de salud territoriales serán implementados progresivamente, priorizando comunidades con mayor brecha de acceso a servicios.***

El modelo es ***gradualmente*** predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud; preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la morbilidad y la carga de la enfermedad; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.

HECTOR MAURICIO CUELLAR PINZON
Representante a la Cámara por Caquetá

ALT 4

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
16 DIC 2024
RECIBIDO

480

C

PROPOSICIÓN

AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C
"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 4 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "*POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*", el cual quedará así:

Artículo 4. Modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS). Se define el modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo como la política en salud del Estado para la población residente en el territorio colombiano. Este modelo establece el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud permitiendo la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social como pilares de la garantía del derecho a la salud.

Está fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS) y establece el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutivas centradas en las personas, las familias y las comunidades; se organiza y funciona mediante Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación, **eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, participación, calidad, sostenibilidad, transparencia, progresividad e irreversibilidad** y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado, enfoque de género y de transectorialidad.

El propósito del modelo es orientar el accionar de los agentes del Sistema de **Aseguramiento en** Salud para la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional haciendo efectiva la Atención Primaria en Salud (APS) a través de estrategias orientadas a fortalecer la integridad del sector salud, la soberanía sanitaria y la gobernanza territorial; fomentar el trabajo digno y decente; y conformar y organizar Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) en donde se fortalezca el nivel primario, como componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias, la comunidad y los sectores sociales.

Dentro del modelo, en el nivel primario operan los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos de salud territoriales, de acuerdo con las necesidades de la población.

El modelo es predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud, preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la morbilidad y la carga de la enfermedad; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia

JUSTIFICACIÓN

Se hace necesario dejar explícitos los principios orientadores de la iniciativa, con fundamento y en armonía con las normas que establecen el Sistema de Seguridad Social en salud y las leyes que lo modifican o adicionan en el ordenamiento jurídico, con lo cual se pretende orientar la interpretación del proyecto y dilucidar su sentido.

De la misma forma, se hace preciso completar la denominación del Sistema de Aseguramiento en Salud (SGSSS) para la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional.

Cra. 7 No. 8 – 68 Of. 325. Edificio Nuevo del Congreso. Bogotá.
Correo: wilmer.castellanos@camara.gov.co
Teléfono: 3904050 ext. 3178

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

LUIS CARLOS OCHOA TOBÓN
Representante a la Cámara Departamento de Antioquia

ALT 4

490

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
16 DIC 2024
RECIBIDO
2:13 Pm

Señores
CÁMARA DE REPRESENTANTES
Congreso de la República

Asunto: PROPOSICIÓN MODIFICATIVA AL PL 312 DE 2024C- acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetuosamente en los términos del artículo 114 de la Ley 5 de 1991, me permito someter a consideración de la honorable plenaria de la Cámara de Representantes, la siguiente proposición modificativa al artículo 4 del proyecto de Ley 312 de 2024"Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" en los siguientes términos:

Artículo 4. Modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS). Se define el modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo como la política en salud del Estado para la población residente en el territorio colombiano. Este modelo establece el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud permitiendo la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social como pilares de la garantía del derecho a la salud.

~~Está fundamentado~~ **Este modelo se fundamenta** en la Atención Primaria en Salud (APS) y establece el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutivas centradas en las personas, las familias y las comunidades; se organiza y funciona mediante Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado, enfoque de género y de transectorialidad.

El propósito del modelo es orientar el accionar de los agentes del Sistema de Salud para la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional haciendo efectiva la Atención Primaria en Salud (APS) a través de estrategias orientadas a fortalecer la integridad del sector salud, la soberanía sanitaria y la gobernanza territorial; fomentar el trabajo digno y decente; y conformar y organizar Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) en donde se fortalezca el nivel primario, como componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias, la comunidad y los sectores sociales.

Dentro del modelo, en el nivel primario operan los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos de salud territoriales, de acuerdo con las necesidades de la población.

Carrera 7 No. 8 – 68 Edificio Nuevo del Congreso, Oficina 613.
Teléfono 3102366205. Correo: luisc-ochoa@camara.gov.co
Bogotá – Colombia

El modelo es predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud, preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la morbilidad y la carga de la enfermedad; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.

Cordialmente;

Luis Carlos Ochoa Tobón.
Representante a la Cámara

Carrera 7 No. 8 – 68 Edificio Nuevo del Congreso, Oficina 613.
Teléfono 3102366205. Correo: luisc-ochoa@camara.gov.co
Bogotá – Colombia

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
10 DIC 2024
RECIBIDO

Bogotá D.C., 10 de diciembre de 2024

Doctor,
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente de la Honorable Cámara de Representantes.

Ref: Proposición de modificación del parágrafo segundo del artículo 5 del Proyecto de Ley No. 312/2024C ***"por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones"***.

Apreciado doctor Salamanca:

Con sustentación en la Ley 5ª de 1992 "Por lo cual se expide el reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representante" presentamos la siguiente:

I. PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

Solicitamos respetuosamente a la Plenaria de la Honorable Cámara de Representantes, que se modifique el parágrafo segundo del artículo 5 del Proyecto de Ley No. 312/2024C ***"por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones"***., de la siguiente manera:

> "Artículo 5. Gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud. *(...)* **Parágrafo 2.** Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y los departamentos, distritos y municipios, los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y predicción en salud, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector, la participación de entidades públicas, privadas y mixtas y la participación social en la salud, **desde los enfoques diferenciales, de género y etnia.** *(...)*

Atentamente,