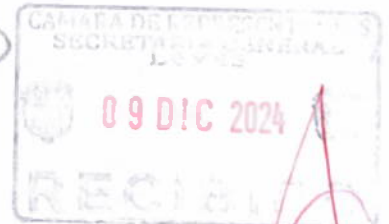


Act 32

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 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 celebrar 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 auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos ~~convenios~~ **acuerdos** tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud departamentales y distritales o municipales, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.

Parágrafo 1: Los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los 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.

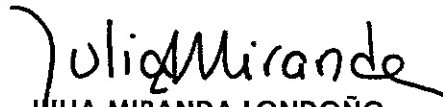
Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas ~~se entenderán integradas a~~ **podrán hacer parte de** las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). En todo caso, los residentes tendrán derecho a recibir 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 así se requiera.

Cordialmente,



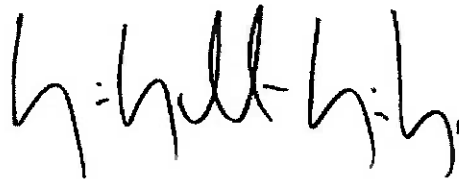
JULIA MIRANDA LONDOÑO

Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Nuevo Liberalismo

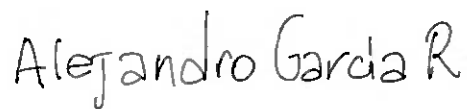


KATHERINE MIRANDA

Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde



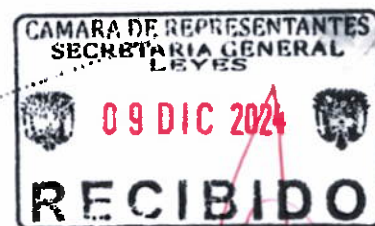
JUAN SEBASTIÁN GÓMEZ GONZÁLES
Representante a la Cámara por Caldas
Nuevo Liberalismo



ALEJANDRO GARCÍA RÍOS
Representante a la Cámara por Risaralda
Partido Alianza Verde



CAROLINA GIRALDO BOTERO
Representante a la Cámara
Departamento de Risaralda



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 párrafo 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

ACT 32



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 párrafo 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

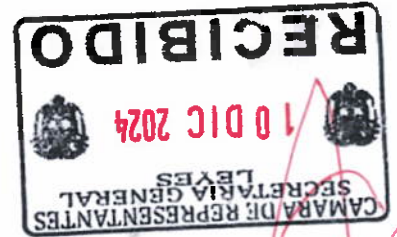
HÉCTOR DAVID CHAPARRO

Representante a la Cámara Boyacá

Partido Liberal



Act 32



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:

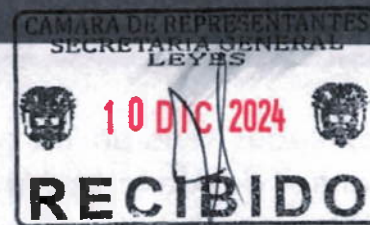
I. PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

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,

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.**

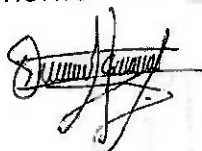
El transporte, gestión y dispensación farmacéutica ambulatoria de medicamentos a usuarios del Sistema de Salud se efectuará a través de los establecimientos farmacéuticos de gestores farmacéuticos, droguerías y operadores logísticos autorizados para ello, sin perjuicio de la entrega que se haga a través 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

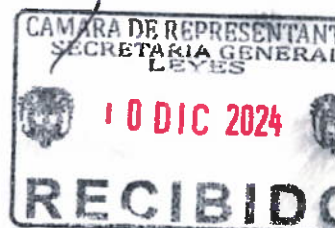


ORLANDO CASTILLO ADVINCULA
REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP 9 PACIFICO MEDIO



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

2:39



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.

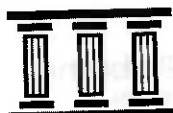
Los servicios de salud se prestarán por medio de acuerdos de voluntades y según las necesidades de la población, con suficiencia técnica y administrativa, cumpliendo los requisitos de habilitación. Los prestadores se deberán registrar y certificar como integrantes de la Red, aceptando las condiciones 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

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



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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

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



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



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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.

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



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



**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".**

9:17 am
y

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.

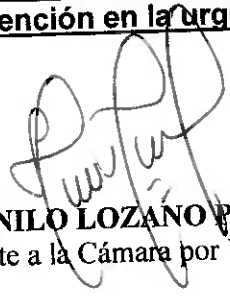
Las Redes tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de los que hacen parte los Equipos de Salud Territoriales; y otro complementario, constituido por las instituciones de mediana y alta complejidad, así como por profesionales independientes.

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

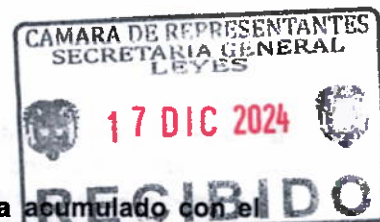
AQUI VIVE LA DEMOCRACIA
Representante a la Cámara por el Vaupés
Hugo Danilo Lozano Pimiento

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

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 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.

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.~~

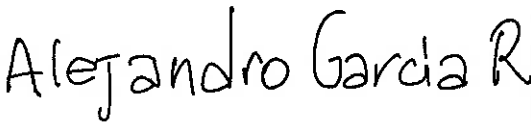
Parágrafo 4. Las Instituciones Prestadoras de Salud acreditadas se entenderán integradas a las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS)

Parágrafo 5. En todo caso, los residentes tendrán derecho a recibir atención inicial de urgencias en cualquier IPS dentro del territorio nacional

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 SANDOVAL Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso	 ALEJANDRO GARCÍA RÍOS Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde



CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



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



CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

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



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.

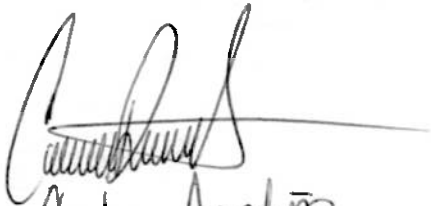
Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud de las RIITS. Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de salud supervisarán el desempeño de las RIITS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

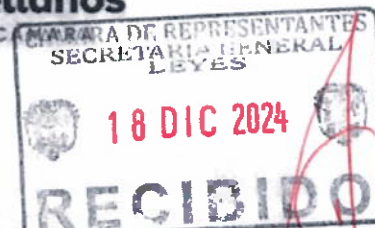
Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas a las RIITS. En todo caso, los residentes tendrán derecho a recibir atención inicial de urgencias en cualquier IPS dentro del territorio nacional, cuando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


Cristian Avendaño



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 32 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 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.

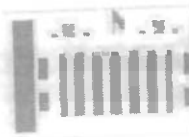
Las Gestoras de Salud y Vida junto a las entidades territoriales, conformarán RIITS siendo compuestas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud y transporte especial de pacientes y sus relaciones serán de cooperación y complementariedad.

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.

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

10

LEY 33

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA DE ASesorÍA LEGAL

09 DIC 2024

(1) ✓
AIO
4 20 ✓

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

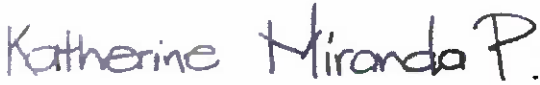
"Artículo 33. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en cada territorio, conjuntamente con Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud ~~organizarán y conformarán las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

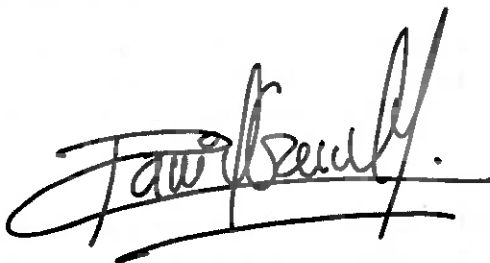
Ese proceso deberá garantizar la optimización y ordenamiento racional de la oferta territorial de servicios de salud, privilegiando la accesibilidad de las personas, familias y comunidades a los mismos y bajo las orientaciones y reglamentos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

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

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

 JULIA MIRANDA 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 BOTERO Representante a la Cámara Departamento de Risaralda	



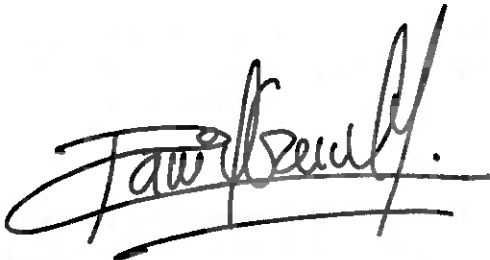
Modifíquese el artículo 33 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual queda a...

"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 BOTERO Representante a la Cámara Departamento de Risaralda	



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



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".

9:17 am
y

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





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 RIIS conformada, avalada, autorizada y habilitada, para que se pueda realizar el registro para el giro directo.



10:24 am



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

ARMANDO ZABARAIN D'ARCE
Representante Dpto. del Atlántico



Armando Zabaráin 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 RIIS, la función de las Gestoras de Salud y Vida para organizar las RIIS, 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 RIIS 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 RIIS estas se pondrán a disposición de la ADRES por parte del Ministerio de Salud.



CATHY
JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



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.



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 CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá



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



Handwritten red notes: 1 ✓, 12, 98, and a checkmark.



Acuer



JORGE RODRIGO TOVAR
CÁMARA DE REPRESENTANTES



PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

Modifíquese el numeral primero 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:

(...)

1. **Modelo de atención.** Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales, territoriales, 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.

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)

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



• Cra 7 8-88 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
✉ utljorge-tovar@camara.gov.co • jorgerodrigotovar.com
f jorgerodrigotovar | @jorgerodrigotv | jorgerodrigotv



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA

Aval



JORGE

CÁMARA DE PAZ 2022-2026

RECIBIDO



PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Modifíquese el numeral cuarto, literal b 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:

(...)

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.

(...)

- 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 peticiones, quejas, reclamos, tutelas y desacatos, entre otros.

(...)

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)

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



● Cra 7 8-68 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
✉ utl.jorge-tovar@camara.gov.co ● jorgerodrigotovar.com
f jorgerodrigotovar | @jorgerodrigotv | jorgerodrigotv



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



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”.

9:17am
y

Adiciónese al numeral primero del artículo 34, el cual quedara así:

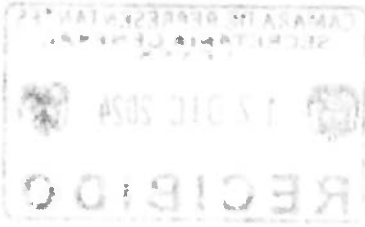
Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales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





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



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”.

9:17am
yr

Modifíquese 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.

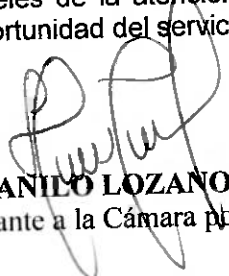
Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los Prestadores de Servicios de Mediana y Alta Complejidad.

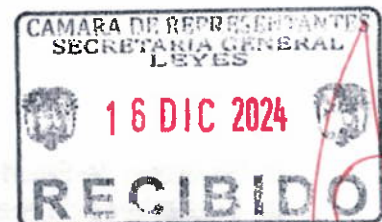
Para la asignación, se considerarán de manera independiente los indicadores correspondientes a los siguientes atributos:



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

- 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



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

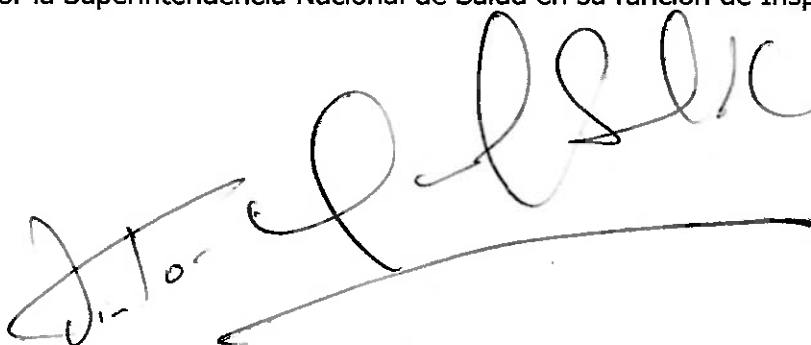
percepción de calidad y satisfacción del usuario, entre otros insumos, con los que cuente el Ministerio de Salud y Protección Social.

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.

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. Torres' or similar, with a long horizontal stroke extending to the right.



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)

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



● Cra 7 8-68 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
✉ utl.jorge-tovar@camara.gov.co [jorgerodrigotovar.com](https://www.jorgerodrigotovar.com)
f [jorgerodrigotovar](https://www.facebook.com/jorgerodrigotovar) | @ [jorgerodrigotv](https://www.instagram.com/jorgerodrigotv) | [jorgerodrigotv](https://www.twitter.com/jorgerodrigotv)



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~~



10242



~~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



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,

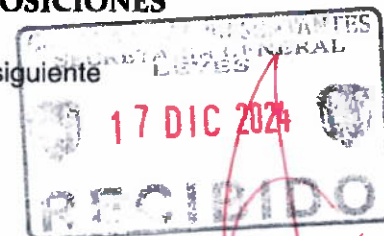
<i>Jennifer Pedraza S</i> JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso	<i>Katherine Miranda P.</i> KATHERINE MIRANDA Representante a la Cámara Partido Alianza Verde
<i>Alejandro García R</i> ALEJANDRO GARCÍA RÍOS Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde	

aval

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"

Agréguese al indicador del numeral a del artículo 34 en su numeral 4, de la siguiente manera:



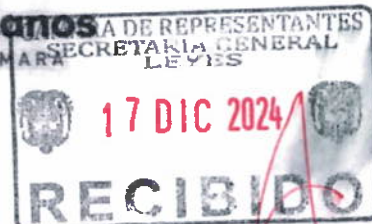
- a. **Resultados en salud:** Los indicadores se evaluarán sobre la línea base inicial disponible hasta lograr las metas establecidas por la OMS/OPS. Se tendrán en cuenta, entre otros:

Cobertura en vacunación, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad perinatal, cobertura de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y detección temprana de personas con eventos de interés en salud pública.

[Handwritten signature]

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

1 ✓
6 22



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 costo 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, 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

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.



CATHY
JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá



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

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

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.

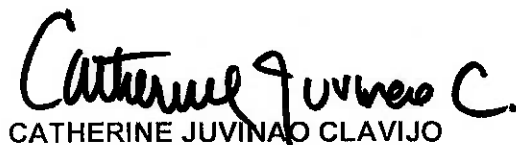
CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

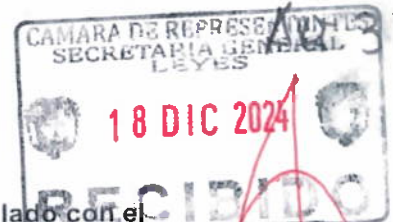
- c. **Uso eficiente de recursos:** Se tendrá en cuenta la utilización adecuada de los recursos con los que cuenta la RIITS, pertinencia en los tratamientos acorde con los diagnósticos, adherencia a guías y protocolo de manejo así como adherencia a tratamientos, disminución de las barreras de acceso, disminución de citas no atendidas, tiempos específicos y la atención o de pacientes entre los diferentes niveles de la 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 CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá


Cristian Arendano



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

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

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

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

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.



JULIA MIRANDA LONDOÑO
Representante a la Cámara
Nuevo Liberalismo

JUSTIFICACIÓN

La transformación del sistema de salud colombiano hacia la Atención Primaria en Salud (APS) requiere un enfoque integral y equitativo, donde el médico familiar, con su formación especializada, juega un rol central como coordinador en la provisión de servicios de salud. Su capacidad para integrar aspectos médicos, sociales y administrativos es esencial para garantizar una atención continua y de calidad. Si la reforma propone fortalecer su papel en la gestión de redes de atención, mejorando la prevención y el manejo de enfermedades crónicas es necesario darle un rol a la medicina familiar en los CAPS.



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 inciso 6 del Artículo 35, 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.

(...)

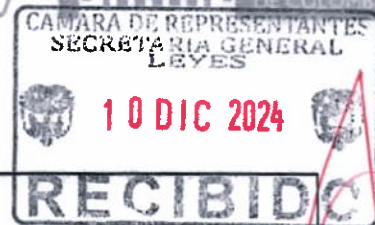
El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada vigencia de la presente ley la conformación, tipologías, localización, funcionamiento, de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud. Estas condiciones serán revisadas y evaluadas anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social para verificar su cobertura, la eficiencia y eficacia en la atención.

(...)"

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

**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 NUMERAL 3 DEL ARTICULO 35 DEL PRESENTE PROYECTO DE LEY 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.

[...]

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:

- Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferenciales y de género.
- Organizar la operación de los CAPS en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio.
- 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
Representante a la Cámara
Comisión Primera
CITREP 2, Arauca.



Piedad **CORREAL** Rubia
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

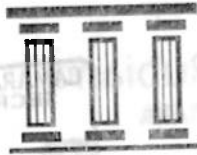
Modifíquese el artículo 35 del Proyecto de Ley 312 de 2024 *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

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

Todos los CAPS serán financiados por oferta con recursos provenientes de la Cuenta de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con presupuestos estándar que financien la operación corriente y un componente variable **asociado condicionado** al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, **por lo que deberán ofertar como mínimo los servicios de primer nivel de atención en salud.**

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

Los CAPS públicos, privados y mixtos podrán tener y operar Puntos de atención descentralizados con el fin de promover y garantizar el acceso y el derecho a la salud. Dichos puntos de atención se denominarán puestos o centros de salud, y se organizarán de acuerdo a las condiciones geográficas, demográficas y socioculturales tanto a nivel rural como urbano.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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

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

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

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


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



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

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

70

Dec 31

CAMARA DE BOGOTÁ
SECRETARÍA DE SALUD

09 DIC 2024

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 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 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 35



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".**

9:17 am
g

Modifíquese el artículo 35, el cual quedara así:

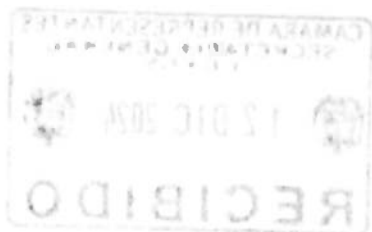
Artículo 35. Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS); junto con los equipos de salud territorial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



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

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

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

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

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

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

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.

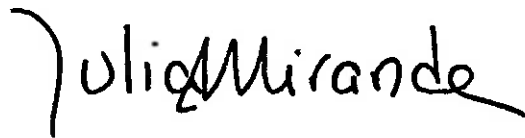
Las acciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), incluidas las de los equipos de salud territoriales tendrán carácter universal, territorial, sistemático, permanente y resolutivo, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales.

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.



JULIA MIRANDA LONDOÑO
Representante a la Cámara
Nuevo Liberalismo

JUSTIFICACIÓN

La transformación del sistema de salud colombiano hacia la Atención Primaria en Salud (APS) requiere un enfoque integral y equitativo, donde el médico familiar, con su formación especializada, juega un rol central como coordinador en la provisión de servicios de salud. Su capacidad para integrar aspectos médicos, sociales y administrativos es esencial para garantizar una atención continua y de calidad. Si la reforma propone fortalecer su papel en la gestión de redes de atención, mejorando la prevención y el manejo de enfermedades crónicas es necesario darle un rol a la medicina familiar en los CAPS.

Act 35.



CATHY
JUVINAO

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.



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 CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

Aval.



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

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

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

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

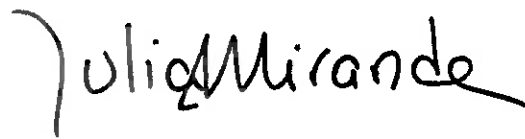
Los CAP públicos, privados y mixtos podrán tener y operar Puntos de atención descentralizados con el fin de promover y garantizar el acceso y el derecho a la salud. Dichos puntos de atención se denominarán puestos o centros de salud, y se organizarán de acuerdo a las condiciones geográficas, demográficas 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.

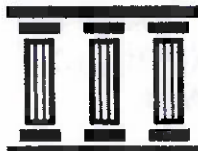
Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley el rol de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública, privada y mixta en el cumplimiento de las funciones de salud pública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



JULIA MIRANDA LONDOÑO
Representante a la Cámara
Nuevo Liberalismo

JUSTIFICACIÓN

La transformación del sistema de salud colombiano hacia la Atención Primaria en Salud (APS) requiere un enfoque integral y equitativo, donde el médico familiar, con su formación especializada, juega un rol central como coordinador en la provisión de servicios de salud. Su capacidad para integrar aspectos médicos, sociales y administrativos es esencial para garantizar una atención continua y de calidad. Si la reforma propone fortalecer su papel en la gestión de redes de atención, mejorando la prevención y el manejo de enfermedades crónicas es necesario darle un rol a la medicina familiar en los CAPS.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 36 del Proyecto de Ley 312 de 2024 “*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*”, el cual quedará así:

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

1. Adscripción poblacional

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

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

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

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

a. Recolectar la información de la caracterización de riesgos en salud de las personas de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales.

b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas en el proceso de caracterización de la



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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

c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud como el primer contacto del sistema de salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos, en el marco del componente primario de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).

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

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

f. Desarrollar e implementar los programas de salud pública, en especial, los eventos de interés en salud pública, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, adaptación y mitigación de los impactos del cambio climático y el cuidado de las poblaciones sujetos de especial protección constitucional, de conformidad con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial respectiva.

g. Prestar los servicios de salud y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes para la continuidad e integralidad de la atención.

h. Adoptar un modelo de salud que asegure la pertinencia sociocultural de los servicios de salud acorde con las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.

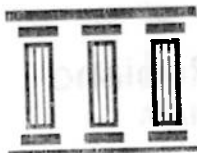
2. 3 Administración y atención al ciudadano y Solicitud de servicios de salud del componente complementario de las Redes Integrales :

Los CAPS son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita y de los que temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). son los responsables de la solicitud, basada en la evidencia, de servicios de salud del componente complementario de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), la cual será atendida de forma inmediata, coordinada y trazable, por el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, utilizando los instrumentos creados para tal efecto del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.

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

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

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



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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

Los CAPS implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda.

4. 3. Gestión intersectorial y participación social.

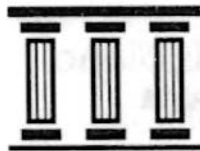
- a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio.
- b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.
- c. Dar cumplimiento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

4. Generación de información de resultados en salud:

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

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

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



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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

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

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

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

Parágrafo 1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) y las Instituciones de Salud del Estado (ISE) que presten servicios de baja complejidad al momento de la promulgación de la presente ley continuarán atendiendo la población que tengan asignada siempre y cuando adopten la estructura, funciones y procesos de los CAPS.

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

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

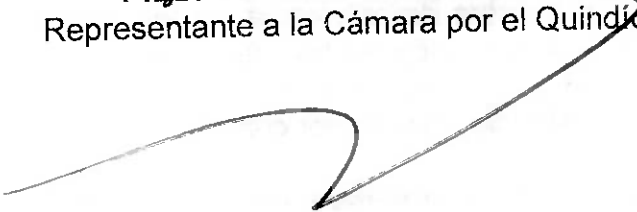


Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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

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


PIEDAD CORREAL RUBIANO
Representante a la Cámara por el Quindío.





Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

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

Hydrex CORREAL Rubbing
REPTILES AND AMPHIBIANS



1-800-451-1234

Hydrex CORREAL Rubbing is a high quality, non-toxic, and non-irritating product that is safe for use on all reptiles and amphibians. It is designed to provide a realistic, lifelike appearance to your collection, and is available in a variety of colors and finishes. For more information, please contact us at 1-800-451-1234.



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 36, 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 mensualmente 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.

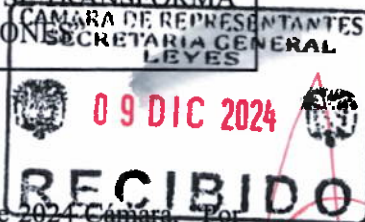
(...)”

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

Aval

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 literal b del numeral 4 del 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) (...)

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. (...)

Atentamente,

Milene Jarava Díaz

Milene Jarava Díaz
Representante a la Cámara
Departamento de Sucre.

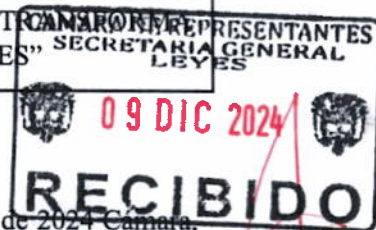
Aval

Act 36



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA

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 parágrafo 2 del numeral 5 del 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:

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

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.

Atentamente

Milene Jarava Díaz

Milene Jarava Díaz
Representante a la Cámara
Departamento de Sucre.

Bogotá D.C. Diciembre 10 de 2024

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 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 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.



Verde



ACTO

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

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

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

- a. Recolectar la información de la caracterización de 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.
- i. **Notificar ante las entidades competentes, los casos donde se sospeche maltrato infantil, violencia sexual, violencia intrafamiliar o violencias basadas en género y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención integral a las víctimas.**

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 Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán y articularán información sobre las caracterizaciones de la situación de salud de su población adscrita.**
- b. 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.
- c. 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.
- d. 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.
- e. 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.
- f. 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: En numeral 2 literal 3 los CRUE porque estos se eliminaron de las funciones de las gestoras en el Numeral 14 del Artículo 28. Se agrega en el numeral 2 la función i de notificación y atención integral de las violencias basadas en género. Se agrega en el numeral 2 el intercambio de información sobre las caracterizaciones realizadas por los CAPS.

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO

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



Verde





2:30p

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE el artículo 36° 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,

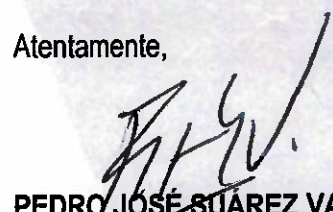
Artículo 36. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

(...)

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. Además, de adaptar su infraestructura y procedimientos administrativos para asegurar la accesibilidad de las personas con discapacidad y otras poblaciones vulnerables.

(...)

Atentamente,



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

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Cra. 7ª No. 8-68 Ofc 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



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 resolutivez 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:

- 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

(...)

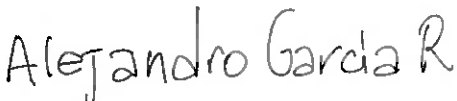
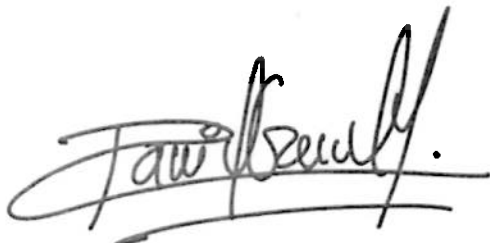
4. 5. Articulación y coordinación con las Gestoras de Salud y Vida

(...)

- 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 adserita~~ 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



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 la Secretaría 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 resolutivez 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.

- SECRETARÍA DE SALUD
CAMARA DE REPRESENTANTES
4505 3100
- 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

(...)

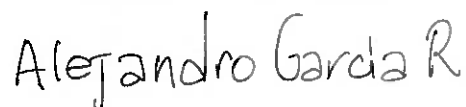
3. 4. Gestión intersectorial y participación social

(...)

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



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



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".

9:17 am
yml

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:

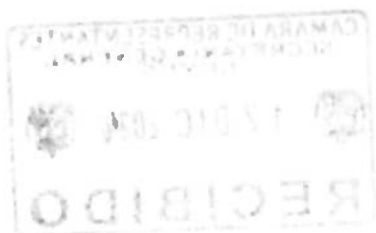
1. Adscripción poblacional

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 resolutivez 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





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".

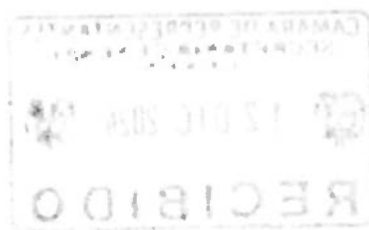
9:17am
y

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





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



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”.

9.1722
y

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

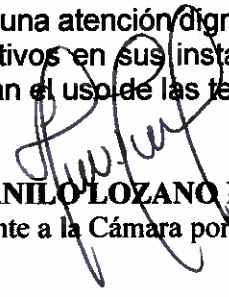
Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita y de los que temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público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





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



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”.

9:1702
7

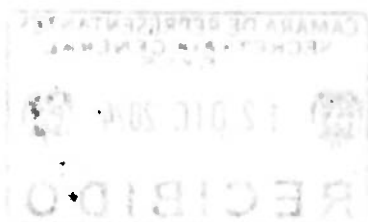
Adiciónese al numeral 5, del artículo 36, el cual quedara así:

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



[Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page]



Bogotá D.C, 09 de diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
 Presidente
 Cámara de Representantes

Cordial saludo,



11:30a

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:

- Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferenciales y de género.
- Organizar la operación de los CAPS en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio.
- 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.

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico



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 adseritos 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 adserita.~~

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



10:24 am



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.~~

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 continúe 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 RISS 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



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.



Bogotá, 9 de diciembre de 2024

Ciudad

Señor

Presidente

JAIME RÁUL SALAMANCA

Sesión Plenaria Cámara de Representantes de Colombia



5:05pm

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 resolutiveidad 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

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



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 párrafo 2 al artículo 36 del Proyecto de ley 312 de 2024, el cual quedará así:

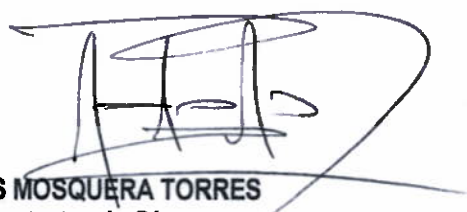
Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará mecanismos para garantizar en el nivel primario de atención, la disponibilidad permanente de servicios en salud mental, con el propósito de prevenir y tratar los problemas psicológicos y trastornos mentales, así como hacer acompañamiento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

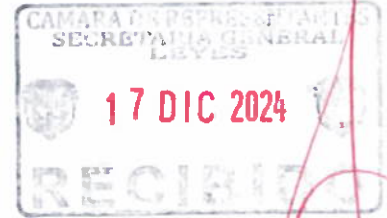


JAMES MOSQUERA TORRES
Representante a la Cámara
CITREP 6 Chocó -Antioquia



CATHY
JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



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 resolutivez del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.~~

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

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 adserita 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

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 del 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 ~~adserita 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 traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población.

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

- 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 CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

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 37 del proyecto de ley, 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.

(...)

Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social a partir de la información de referencia y contrarreferencia fomentará la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades con mayor incidencia y prevalencia en los territorios para la gestión en salud.

De los Honorables Representantes

CARLOS FELIPE QUINTERO OVALLE

Representante a la Cámara

Departamento de Cesar



1915

1915

1915



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA



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

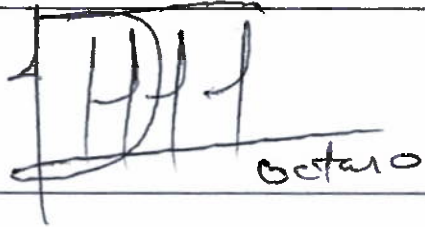
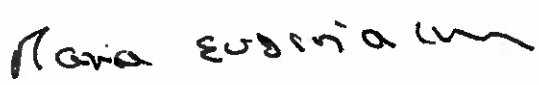
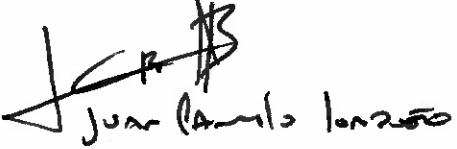
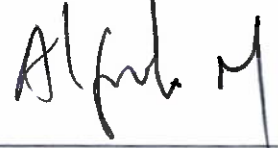
Modifíquese el **parágrafo** del artículo 37 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

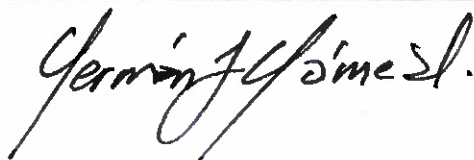
Artículo 37. Sistema de referencia y contrarreferencia. Es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permitirán prestar adecuadamente los servicios de salud de las personas, garantizando la continuidad e integralidad de los servicios en las Redes Integradas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

(...)

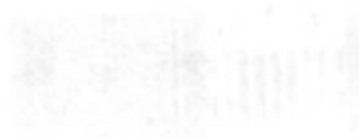
Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá mediante resolución la metodología para el cálculo de las tarifas en el sistema de referencia y contrarreferencia por concepto de traslado asistencial de baja y mediana complejidad, teniendo en cuenta la distancia del recorrido, la región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

Atentamente.

 Octavio	 Maria Eugenia
 Juan Carlos	 Juan Carlos
 Alexander	 Alvaro


Germán Gómez


Camilo Avila



[Faint handwritten text]

[Faint handwritten text]

*Seul***PROPOSICIÓN MODIFICATIVA**

MODIFIQUESE EL ARTÍCULO 37 DEL CAPÍTULO II DEL TÍTULO IV 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 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. **Y garantizará que, pese a esta escasez de oferta en los territorios, la ciudadanía siga teniendo un acceso continuo y de calidad a servicios de salud.**

(...)

Cordialmente,

DUVALIER SÁNCHEZ ARANGO

Representante a la Cámara – Valle del Cauca
Partido Alianza Verde

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

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

Justificación

El cambio que se plantea para el sistema de salud debe velar por una garantía de los derechos de los ciudadanos. Teniendo presente que el artículo concerniente al tema de referencias y contrarreferencias, tiene en cuenta un escenario en el cual, dado el monto de contrarreferencias asignadas a un territorio, la cantidad de personas que lleguen a requerir atención puede superar la oferta disponible de servicios en los territorios.

Así, se hace necesario que el articulado garantice que pese a esta escasez de oferta de servicios de salud que puede haber en un territorio, la ciudadanía tenga un acceso continuo y de calidad al sistema de salud.

DUVALIER



Constancia

NO

Art 37



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



STATE OF NEW YORK

IN SENATE
JANUARY 1, 1901

REPORT
OF THE
COMMISSIONER OF THE LAND OFFICE
IN RESPONSE TO A RESOLUTION
PASSED BY THE SENATE
MAY 1, 1899

ALBANY:
J. B. LIPPINCOTT & CO. PRINTERS
1901

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.

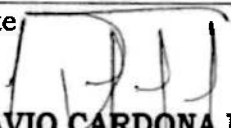
el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente.

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.

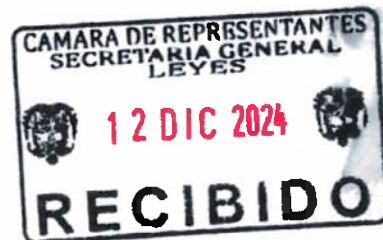
Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá mediante resolución la metodología para el cálculo de las tarifas en el sistema de referencia y contrarreferencia por concepto de traslado de baja, mediana y alta complejidad, teniendo en cuenta la distancia del recorrido, la región geográfica,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

Cordialmente,


JOSE OCTAVIO CARDONA LEON
Representante a la Cámara por Caldas
Partido Liberal



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



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".

9.1721
y

Adicionese al artículo 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

RECEBIDO
15 DE JUN 1954
CANADA DE REPRESENTACIONES
DE CHICAGO, ILL.

ALT 37



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



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".

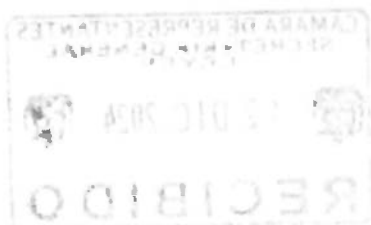
9:17a
y

Elimínese al artículo 37, el cual quedara 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.

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 DANILLO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés



Art 37



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



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".

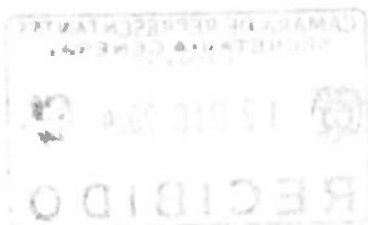
9:17 am
7

Adiciónese un párrafo 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



DET 37



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



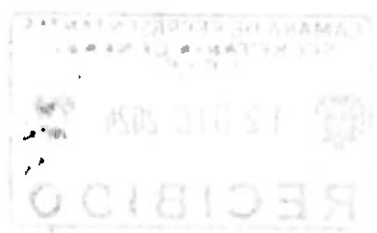
9:17 am
y

**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.

PARARAFU 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





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



**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".**

9:17a
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.

PARARAFU 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



Alt 37



Handwritten notes: AIO, 252, with a checkmark and a red line.

Cámara de Representantes
Plenaria
16 de diciembre

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el **Artículo 22** 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.

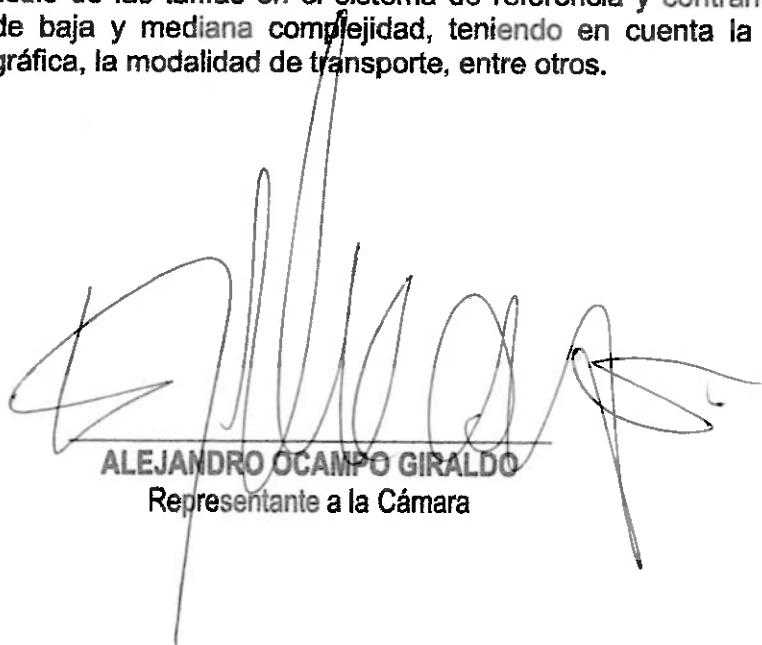
Las Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una plataforma de información y comunicación interoperable en línea que resuelva la referencia y contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al sistema público unificado 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, garantizando la 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.

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long vertical stroke extending upwards.

ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO
Representante a la Cámara



CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



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.



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, garantizando la confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se propenderá porque el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente.

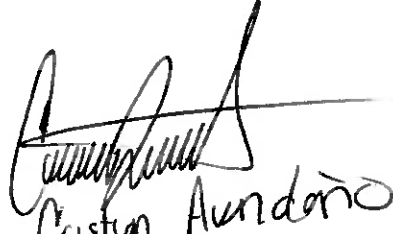
El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del término de seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el sistema de referencia y contrarreferencia, la organización, gestión y operación de las RIITS, mediante instancias de coordinación regional, departamental, 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 CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá


Cristian Avendaño

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 nuevo párrafo 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 38. Prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas. (...)

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.



8:50am

**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

ADICIÓNASE 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.



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



**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".**

9:17am
y

Adiciónese un párrafo 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

RECEBIDO
15 DEC 1954
CANTON DE REPOSICION



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 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".**

q: 12an
y

Adiciónese un párrafo 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

RECEBIDO
15 JUL 2024
AMARILLO CORDOBA
RECIBO DE PAGAMENTO

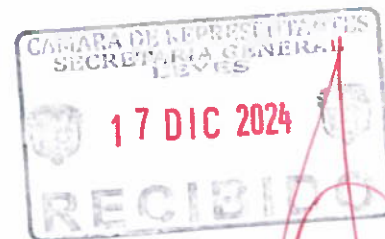
del 38



CATHY
JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá



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



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 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 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.

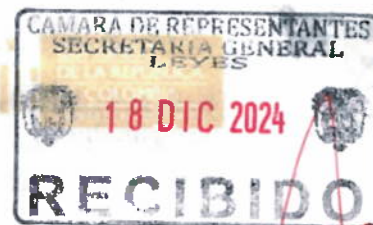
Atentamente,


CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá


Cristian Avendaño



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 diferencial 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 telemedicina 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

Sustituido

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

ALT 39

**KATHERINE
MIRANDA**

Sustitúyase el artículo 39 del proyecto de Ley 319 de 2024 Cámara de Representantes “Por medio del cual se modifica el sistema de salud”, por el siguiente artículo:

Artículo 39. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales de Salud crearán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como dependencias técnicas desconcentradas, encargadas de garantizar el manejo eficiente de los recursos asignados y brindar asistencia técnica a los municipios en la planeación en salud.

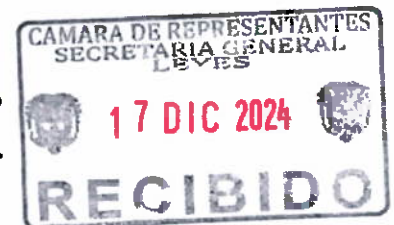
Estas Unidades analizarán periódicamente las actividades realizadas y los recursos ejecutados por los municipios o localidades bajo su supervisión, con el fin de evaluar el cumplimiento de los objetivos de Atención Primaria en Salud (APS) y el logro de metas establecidas. Presentarán informes trimestrales de evaluación a los municipios o distritos, a las Secretarías de Salud departamentales o distritales, a las organizaciones comunitarias y a los organismos de control, conforme a los términos que establezca el reglamento.

Adicionalmente, las Unidades Zonales realizarán seguimiento a los convenios de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), verificando el cumplimiento de estándares administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad definidos por la autoridad competente.

Para el financiamiento de las Unidades Zonales y de los planes de mejoramiento institucional de las direcciones departamentales y distritales de salud, se destinará hasta el uno por ciento (1%) del presupuesto asignado al aseguramiento social en salud del Fondo Único de Salud, según lo reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social. Este financiamiento incluirá el fortalecimiento de los laboratorios departamentales y distritales de salud pública, así como el desarrollo gradual de capacidades de gestión en las direcciones territoriales de salud, priorizando a aquellas entidades con mayor ruralidad y dispersión poblacional.

Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde



9:29 am
Y-

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el párrafo 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.



Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde

9:29 am

4

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:

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. 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	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 <u>periódicamente de forma continua, constante y eficiente</u> 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, <u>cumpliendo garantizando</u> como mínimo <u>el cumplimiento</u> 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



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



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



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".

9:17a
4

Adiciónese un párrafo 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





Act 42

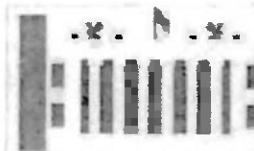
OCTAVIO
CÁMARA DE REPRESENTANTES
05 DIC 2024
RECIBIDO

1
150
9/162

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



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OCTAVIO
CARDONA REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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 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.

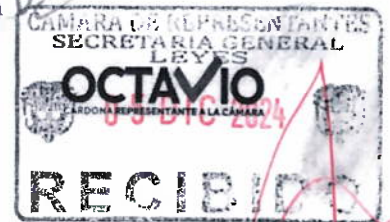
Parágrafo 1. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el periodo inmediatamente siguiente.

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 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



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 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



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

OCTAVIO
CARDONA REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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 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, 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 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

PROPOSICIÓN

PLENARIA CÁMARA DE REPRESENTANTES

SESIÓN 9 DE DICIEMBRE DE 2024



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.

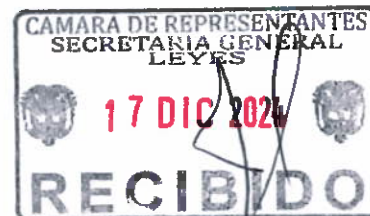


WILDER IBERSON ESCOBAR ORTIZ

Representante a la Cámara por el departamento de Caldas
Partido Gente en Movimiento

Elaboró: Briget Marcela *BMK2*

Am+ 42
Acu



PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

42-
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 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:

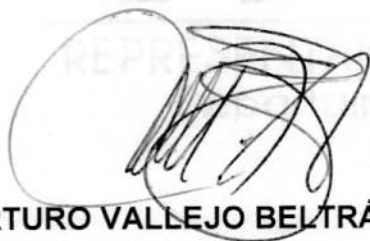
1. El gobernador o el alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá.
2. El director territorial de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.
3. El director territorial de planeación o quien haga sus veces de la entidad territorial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

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 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



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CAMARA DE REPRESENTANTES

Art 42

PROPOSICIÓN



AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NO. 312/2024C "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

Modifíquese el artículo 42 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley No. 312/2024C "Por medio del cual se transforma el Sistema de 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.

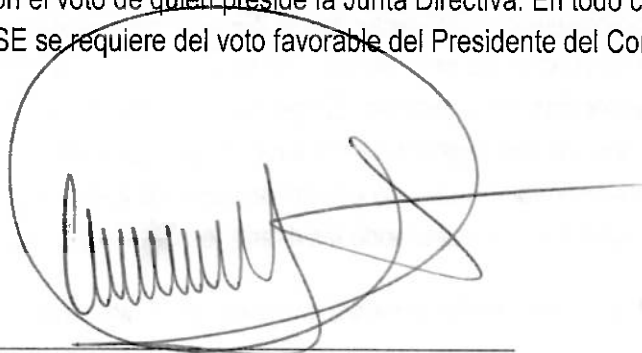
El Consejo Directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:

1. El gobernador o el alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá.
2. El director territorial de salud 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, 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 ISE 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 que cuentan con la denominación de "Universitario" para el caso de las (ISE) de mediana y alta complejidad. En caso de no existir dichas facultades académicas, el representante será del sector científico asistencial externo, el cual se escogerá a través de convocatoria realizada por la ISE.

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 salud 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.



Congreso de la República de Colombia

Wilmer Castellanos Hernández.
Representante a la Cámara



Carlos Arturo Vallejo Beltrán.
Representante PAV.

Bogotá D.C. Diciembre 10 de 2024

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 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)** representantes de los trabajadores de la salud de la institución.

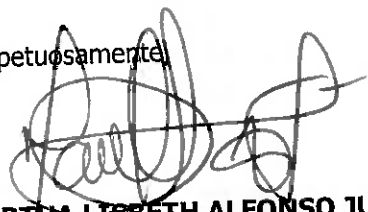
Parágrafo 1. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el período inmediatamente siguiente.

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,

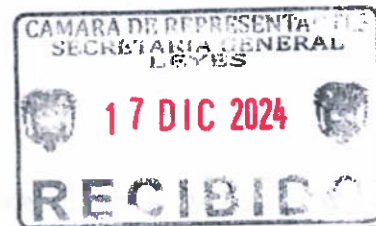

MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



Verde



Art 42



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"*.

12:37
guz

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) representantes 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 ~~ellos dos~~ períodos inmediatamente siguientes.

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 SANDOVAL Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso	 KATHERINE MIRANDA Representante a la Cámara Partido Alianza Verde



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



**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".**

9:12m
y

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 territorial 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 asociaciones científicas 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.



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

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



CATHY
JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



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.



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.

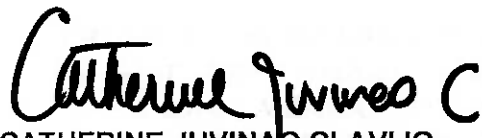
Parágrafo 1. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el periodo inmediatamente siguiente.

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 CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá





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 periodos 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.

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

2024 48
KATHERINE
MIRANDA

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



9.24 an
5

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 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 minimamente 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





CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

EDUARD
SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara

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 comprehensivo 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.

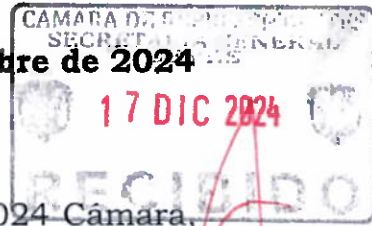
La propuesta mantiene el espíritu de la iniciativa original de establecer un régimen especial que reconozca las condiciones particulares de los trabajadores de la salud. La referencia explícita a elementos como derechos laborales, reglas de ascenso y movilidad en la carrera administrativa, y primas especiales, evidencia un compromiso con la valoración integral del talento humano en el sector salud.

EDUARD
SARMIENTO HIDALGO

Representante a la Cámara

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, <u>el Gobierno Nacional presentará un proyecto de ley al Congreso de la República</u> , 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,

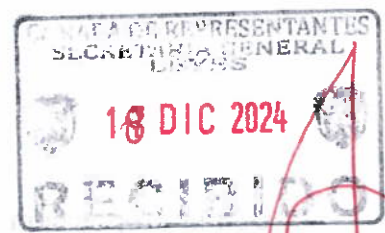
MARELEN CASTILLO TORRES
Representante a la Cámara

Aprobó: Dr. RAVS
Revisó: Dr. RAVS
Proyectó: Dr. JSA



ALT 48

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:

1 ✓
AIC
2/28 ✓

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: <u>estudio técnico y fiscal</u> 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

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.



PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese el siguiente párrafo 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.

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

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 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

Act 57

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, en el marco del Sistema de Salud.

Atentamente,

GERSON LISÍMACO MONTAÑO ARIZALA
Representante a la Cámara CITREP-10



Act
Cam 110

1
16
52

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.

Representante a la Cámara



EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO





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



**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".**

9:17a
y

Adiciónese un párrafo 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 consonancia con lo estipulado en el inciso 2 del artículo 54 de esta Ley, otorguese facultades al presidente de la república, 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 indígena.

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés



CATHY
JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



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,

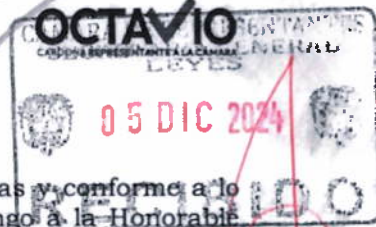
Catherine Juvinao C.

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



Act 61.

Duol



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 61 del proyecto de Ley No. 312 del 2024 Cámara** en el siguiente sentido:

ARTICULO ORIGINAL	ARTICULO PROPUESTO
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	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,

9/6v

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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.

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

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.

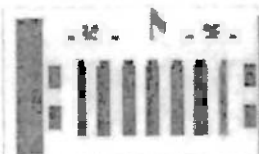
Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser

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.



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 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

15. El Gobierno nacional, diseñará 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



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

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



saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

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 **después de 3 meses y antes de 6 meses 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 **después de 6 meses y antes de 9 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 **después de 9 meses y antes de 12 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.

Cordialmente,


JOSE OCTAVIO CARDONA LEON
Representante a la Cámara por Caldas
Partido Liberal

ACT 61



Handwritten initials 'JC' in blue ink.



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 producidas 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

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Handwritten notes and stamps: "10", "09 DIC 2024", "ALC", "9/20", and a large red checkmark.

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 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 **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, ~~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 adserita 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, diseñará 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 LONDOÑO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Nuevo Liberalismo



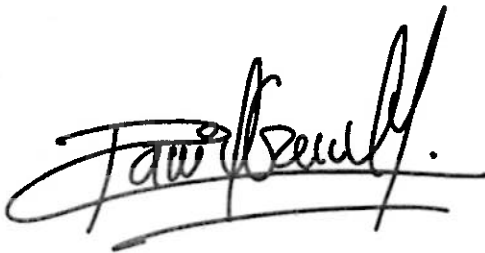
JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Dignidad y Compromiso

Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde

Alejandro García R.

ALEJANDRO GARCÍA RÍOS
Representante a la Cámara por Risaralda
Partido Alianza Verde



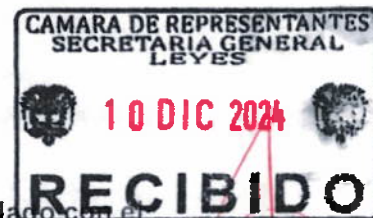
DANIEL CARVALHO MEJÍA
Representante a la Cámara

Carolina Giraldo B.

CAROLINA GIRALDO BOTERO
Representante a la Cámara
Departamento de Risaralda

Art 61

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 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~~ **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 Capacitación (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, diseñará 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 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 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

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 explícita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.

Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.

Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno.

De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud.

Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley 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, diseñará programas de fortalecimiento institucional y financiero para las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en

Instituciones de Salud del Estado (ISE), los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud.

La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las Empresas Promotoras de Salud (EPS), y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.

17. Las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden Nacional se transformarán en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Entidades Territoriales transformarán las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden territorial en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las Empresas Sociales del Estado (ESE) de orden nacional y territorial en Instituciones de Salud del Estado (ISE), para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.

También se podrán transformar en Instituciones de Salud del Estado (ISE), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como Empresas Sociales del Estado (ESE), y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como Instituciones de Salud del Estado (ISE) del nivel de Gobierno que corresponda.

En todo caso, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.

Los gerentes de las Empresas Sociales del Estado (ESE) transformadas en Instituciones de Salud del Estado (ISE), continuarán en el cargo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas

en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:

- a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los ~~tres (3)~~ 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

☎ 3825000– Ext: 3620, 3621

✉ orlando.castillo@camara.gov.co

"Tu Voz es Mi Compromiso"

📍 Carrera 7 # 8-68. Oficina 633, Edificio Nuevo del Congreso



Jhon Fredy Núñez

REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP #5

Bogotá D.C., diciembre 10 de 2024

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.



JhonFredyNúñez



JhonFredyNúñez



jhon.nunez@camara.gov.co

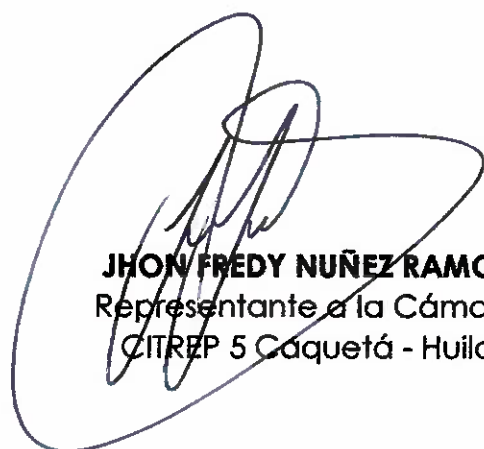


Jhon Fredy Núñez

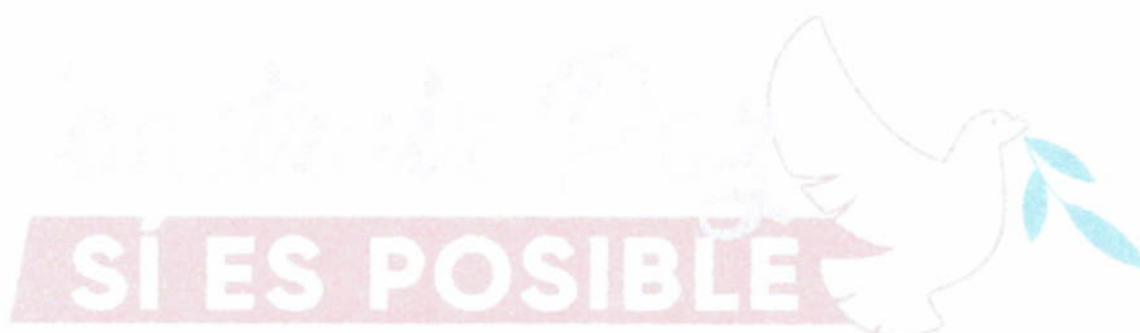
REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP #5

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



JhonFredyNuñez



JhonFredyNuñez



jhon.nunez@camara.gov.co



**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

ADICIÓNASE 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.



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 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~~

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



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

~~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.

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



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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

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



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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.

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



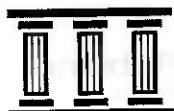
Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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.

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



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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, diseñará 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

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



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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.

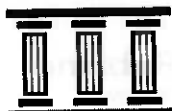
En todo caso, las ISE mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.

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.

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



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

- 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

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



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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 conexas 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

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



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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.

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



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

RECEIVED
OFFICE OF THE
ATTORNEY GENERAL

15 JUL 1954

RECEIVED

Act 61



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



**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".**

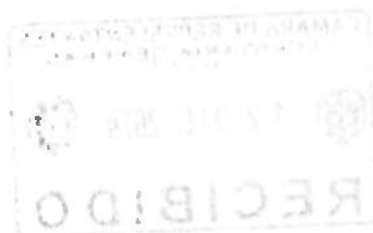
g. 17a
y

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.

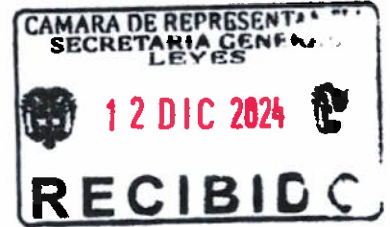
~~9. Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de 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





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



**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



SECRETARIA GENERAL
CAMARA DE REPRESENTANTES

RECEIVED
15 DEC 1954
SECRETARIA GENERAL
CAMARA DE REPRESENTANTES

RECEIVED
15 DEC 1954
SECRETARIA GENERAL
CAMARA DE REPRESENTANTES

Act 69



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



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".

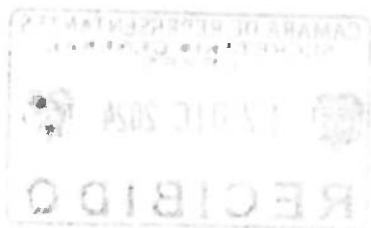
9:17a
y

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





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



**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”.**

11 386
Alo

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

ALT 61



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



**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”.**

1
AIC
11/38
V

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



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

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

Artículo 61. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente Ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, ~~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.

(...)


PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío



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



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



**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”.**

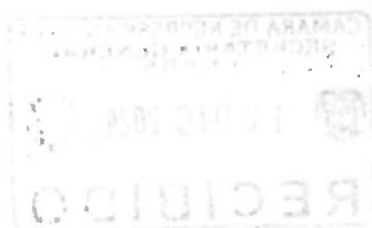
Modificación el numeral 16 del artículo 61, el cual quedara así:

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. También por la entidades territoriales y la superintendencia de Salud~~

HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés



AKT 67



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

Dr.

JAIME RAUL SALAMANCA TORRES

Presidente

**Honorable Cámara de Representantes
Congreso de la República**



PROPOSICIÓN

adicionese un numeral nuevo al

~~Lítero nuevo 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.**

- Numeral*
1. **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 artículo el Gobierno Nacional, hará la respectiva reglamentación.

Del Honorable Representante,

Jhon Darro Gonzalez
CITREP #5.

JUAN CARLOS VARELA

Gerson Montano
CITREP 10 - (N).

JHON FREDY NUÑEZ RAMOS
Representante a la Cámara
CITREP 5 Caquetá - Huila

Haiver Pincón

Luis Romero Rios
CITREP 8



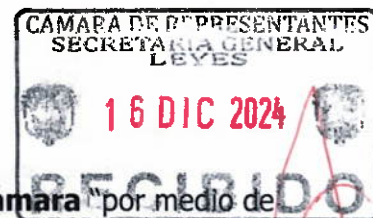
JhonFredyNuñez



JhonFredyNuñez



jhon.nunez@camara.gov.co



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 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. 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.

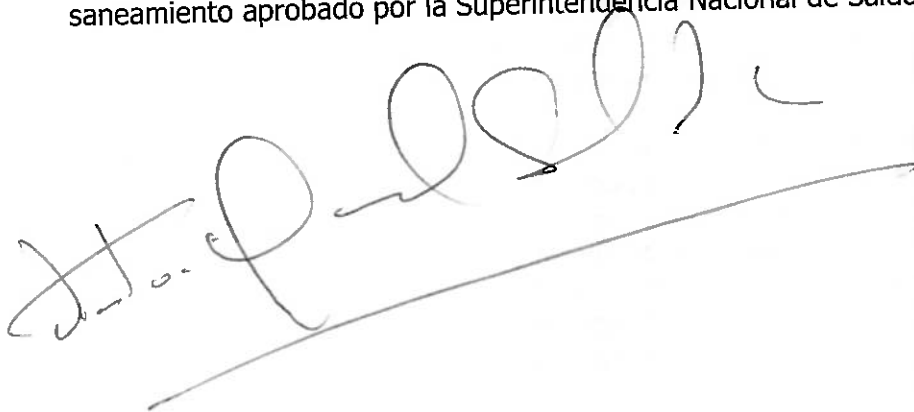
17. Las ESE del orden Nacional se transformarán en ISE. Las Entidades Territoriales transformarán las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden territorial en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva 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.

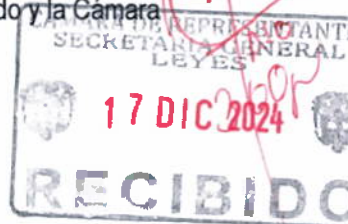
A handwritten signature in dark ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke, is positioned above a solid horizontal line.

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 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.

Representante a la Cámara

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, diseñará 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

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 <u>o</u> 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

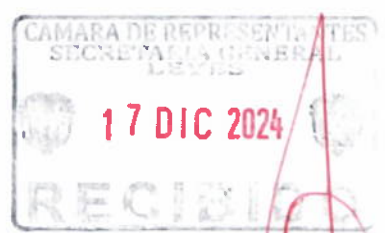


Act 61



CATHY JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



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:

1 V
ATO
809

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

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

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.~~

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

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

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

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 mayor 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, diseñará 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

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

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 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 brindarán 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.

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

- 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 CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

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. La presente ley rige a partir del 2028 y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

[Handwritten signature]
Dra. R. López

[Handwritten notes in red ink:]
✓
1
AIC
M 42w



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.

J. F. López
Luis F. López

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



1:05pm



g 62



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



5:05pm

PROPOSICIÓN

ARTICULO NUEVO AL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CAMARA,
ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CAMARA "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.

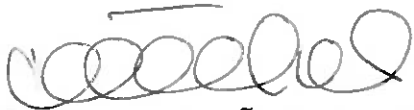
Parágrafo 2. En el caso en que la objeción de conciencia sea presentada de manera verbal, cuando el objetor deba cumplir de manera inmediata con el deber que objeta, se deberá allegar la documentación prevista en este artículo, en un plazo no superior a quince (15) días calendario, contados a partir 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 moral¹.

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



GERSON
LISIMACO MONTAÑO
REPRESENTANTE CÁMARA DE PAZ



RE- NUEVO

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



Act 1250



GERARDO YEPES CARO

REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR EL DEPARTAMENTO DEL
TOLIMA 2022-2026

10

PROPOSICIÓN ARTICULO NUEVO

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

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


GERARDO YEPES CARO
Representante a la cámara



4:16 pm

PROPOSICIÓN ADITIVA

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

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

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

María del Mar P.

María del Mar Pizarro García
Representante a la Cámara por Bogotá

Liliana Rodríguez

Olga Lucinda Arango
cámara por Bogotá

Jorge Bastidas

Juan Pablo Bustos
UIAF



3:30pm



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 artículo 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

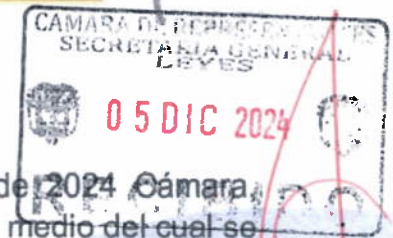
Parágrafo. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público deberá definir en un término no superior a seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, en un plan financiero a diez (10) años, los recursos necesarios y las fuentes respectivas, para garantizar la viabilidad financiera del Sistema de Salud.

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ
Representante a la Cámara
Departamento del Cesar

710

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





JUAN CARLOS
WILLS

Bogotá, diciembre de 2024

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

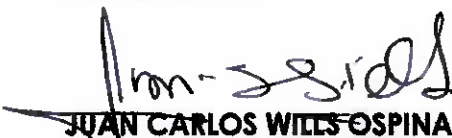


PROPOSICIÓN

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.



JUAN CARLOS
WILLS

Bogotá, diciembre de 2024

Presidente

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

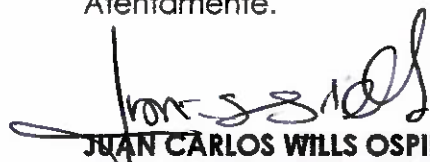


PROPOSICIÓN

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.





OLGA LUCÍA
Velásquez



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 LGTBQ+, población raizal y palenquera, víctimas de conflicto armado, y población indígena.

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

Act Nuevo



OLGA LUCÍA



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



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 LGTBIO+, población raizal y palenquera, población afrocolombiana y población indígena.

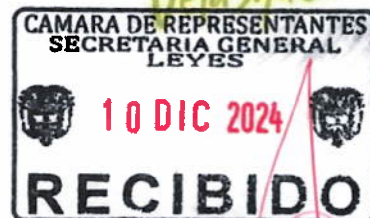
OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde

AET Nuevo



OLGA LUCÍA

Velásquez



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 LGTBQ+, población raizal y palenquera, población afrocolombiana y población indígena.

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



OLGA LUCÍA Velásquez



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



OLGA LUCÍA
Velasquez



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 LGTBIO+, población indígena y población racial.


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

RECEIVED

RECEIVED

1904

RECEIVED

RECEIVED

RECEIVED

RECEIVED

RECEIVED

RECEIVED

RECEIVED



OLGA LUCÍA



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 LGTBIO+, población indígena y población racial.


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



Cámara
de Representantes

Avalado

[Handwritten signature]

PEDRO SUÁREZ
VACCA
REPRESENTANTE
POR BOYACÁ

36

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

MODIFÍQUESE el artículo 36° 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 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 que serán gestionados por el sector público o y por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

(...)

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. Además, de adaptar su infraestructura y procedimientos administrativos para asegurar la accesibilidad de las personas con discapacidad y otras poblaciones vulnerables.

(....)

Atentamente,

[Handwritten signature]
PEDRO JOSÉ SUÁREZ VACCA

Representante a la Cámara por Boyacá
y Histórico.



1:19pm

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Cra. 7° No. 8-68 Ofc 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

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:

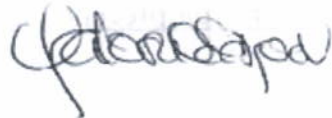
- Unidades de atención especializada y de reacción inmediata en salud mental en las cuales se evidencie la detección temprana de las afecciones en salud mental y se realice un abordaje, intervención, seguimiento, evaluación y supervisión de los programas llevados a cabo en cada territorio
- Apoyo psicosocial 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 liderados por las 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

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



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 "

Añádase 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



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"

Añádase 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 hípicas, 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



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

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 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

h=hull-h=h,

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

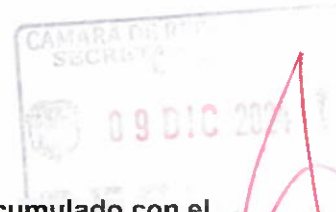
[Handwritten signature]

DANIEL CARVALHO MEJÍA
Representante a la Cámara

Carolina Giraldo B

CAROLINA GIRALDO BOTERO
Representante a la Cámara
Departamento de Risaralda

A2r N2a



1
AIG
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.

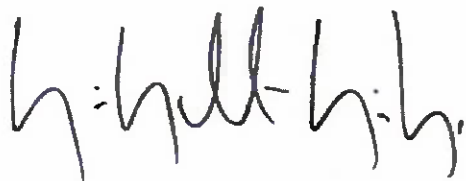
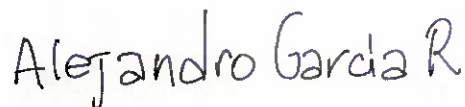
Modifíquese el Artículo 47 de la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:

"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 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



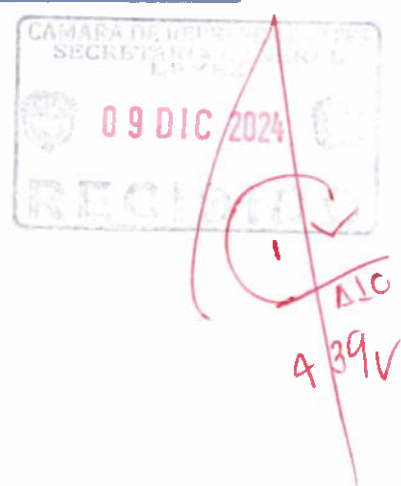
CAROLINA GIRALDO BOTERO
Representante a la Cámara
Departamento de Risaralda

Act + prev



Jhon Fredy Núñez
REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP #5

Bogotá D.C., diciembre 04 de 2024



Dr.
JAIME RAUL SALAMANCA TORRES
Presidente
Honorable Cámara de Representantes
Congreso de la República

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"**.

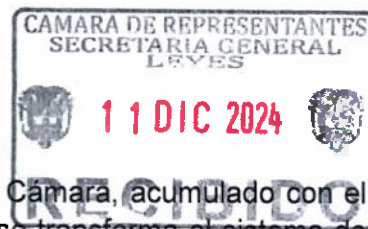
ARTICULO NUEVO: En el marco de las intervenciones administrativas llevadas a cabo por la Superintendencia de Salud a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, se establecerá que **ADRESS**, será el garante y respaldará los créditos que realicen las EPS intervenidas, con la Banca Nacional e Internacional, 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

Art Nuevo

PROPOSICION



Adiciónese un artículo 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

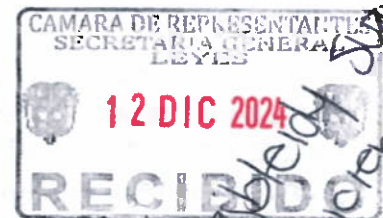
Teniendo en cuenta la importancia de poder fortalecer la capacidad de fabricación del país tal y como está establecido tanto en el Plan Nacional de Desarrollo como en la Ley 2336 de 2024 respecto de la autonomía sanitaria, es de igual forma importante poder aunar todos los esfuerzos y materializarlos 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

Bogotá D.C., diciembre de 2024

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, 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.

AQUIVIVE LA DEMOCRACIA

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 Primaria 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.

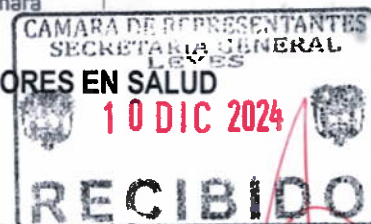
La reforma no plantea la posibilidad de que se ofrezcan planes complementarios de salud y tampoco regula nada sobre los planes de medicina prepagada o las pólizas de salud. Sin embargo, en la práctica les da un duro golpe en la medida en que a las Gestoras (hoy EPS) no se les van a girar los recursos 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 SINTRAEMSDDES 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.

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.

María F Carrascal
MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS
Representante a la Cámara por Bogotá



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"

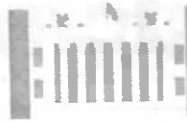
Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No 312 de 2023 Cámara

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.

Representante a la Cámara

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.

SARMIENTO HIDALGO

Representante a la Cámara

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.

SARMIENTO HIDALGO

Representante a la Cámara



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.

SARMIENTO HIDALGO

Representante a la Cámara

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.

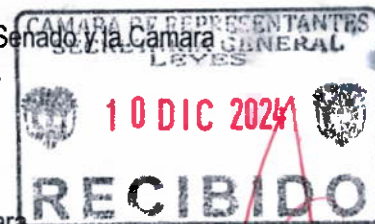
EDUARD
SARMIENTO HIDALGO

Representante a la Cámara

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 límites que en materia salarial establecen las Leyes 4ª 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 Territorial, 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

EDUARD
SARMIENTO HIDALGO

Representante a la Cámara

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.

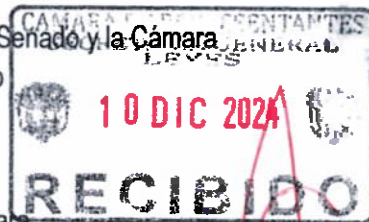
Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas, mixtas y privadas y demás organizaciones que vinculen talento humano del sistema de salud deben desarrollar los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo conforme lo dispuesto en la Ley 1562 de 2012, el Decreto Ley 1295 de 1994 o las que las 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 al 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.



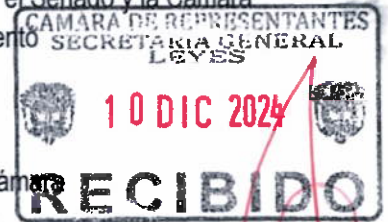
EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO



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 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 Médicas, 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

Honorable Representante
Jaime Raúl Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes

PROPOSICIÓN ARTICULO NUEVO

Proposición aditiva de artículo 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:

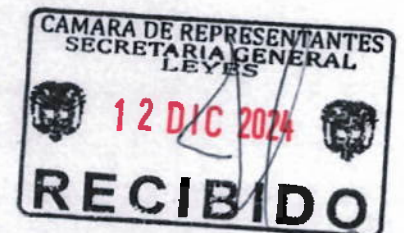
Artículo __. Historias clínicas. Las historias clínicas deberán ser unificadas por parte de los prestadores de salud (Eps, Ips, Hospitales y otros) en una plataforma web que permita acceder al usuario a su historia clínica y con ello a cualquier entidad donde este sea atendido.

Justificación: Los usuarios mantendrán el control sobre sus datos personales, sin embargo evitara 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



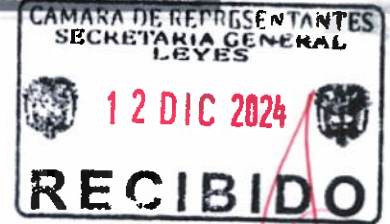
11:08am

Alirio Uribe Muñoz

Representante a la Cámara por Bogotá



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES



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

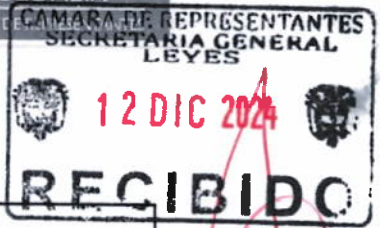
Alirio Uribe Muñoz

Representante a la Cámara por Bogotá



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA

CÁMARA DE



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

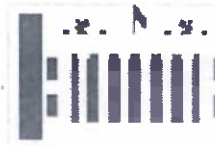
Pacto Histórico - Circunscripción Bogotá

VIDA
#PorLaJusticiayLaPaz

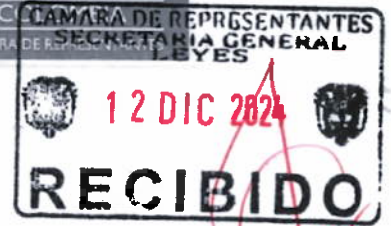
alirio.uribe.representante@gmail.com
alirio.uribe@camara.gov.co

Alirio Uribe Muñoz

Representante a la Cámara por Bogotá



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES



Art 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. 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.

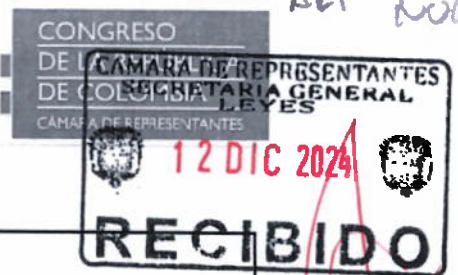
Atentamente,

ALIRIO URIBE MUÑOZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico - Circunscripción Bogotá

Alirio Uribe Muñoz

Representante a la Cámara por Bogotá

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,

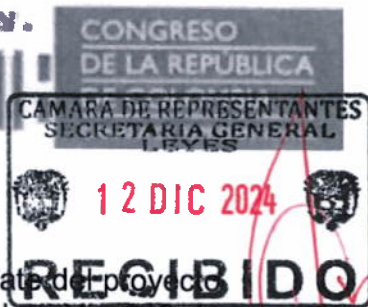
ALIRIO URIBE MUÑOZ

Representante a la Cámara

Pacto Histórico - Circunscripción Bogotá



Modesto Aguilera
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
ATLÁNTICO • 2022 • 2026



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, filmico 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





Modesto Aguilera
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
ATLÁNTICO • 2022 • 2026



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:

- Urgencias.
- Unidad de cuidados intensivos.
- Hospitalización.
- Salas de cirugía.
- 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

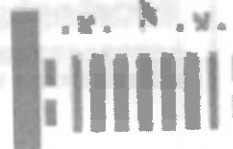
Proponemos la creación y adecuación de los espacios de descanso para el talento humano en salud, que presten los servicios de atención médica a pacientes en las áreas críticas, lo anterior, con el fin de garantizar las condiciones justas y prevenir el agotamiento profesional, según datos del CDC (Centros 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, Shanafelt 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%.



Modesto Aguilera
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
ATLÁNTICO • 2022 • 2026



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

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



PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNASE 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.

Cordialmente,



DUVALIER SÁNCHEZ ARANGO.

Representante a la Cámara – Valle del Cauca.
Partido Alianza Verde.



10:31 am

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

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"

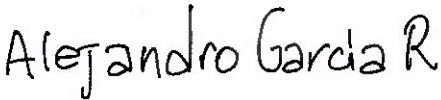
Del 1000

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."

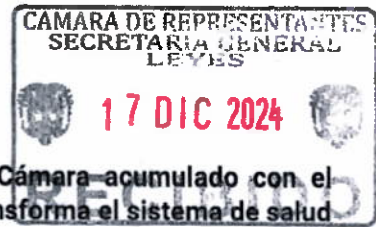
 JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso	 ALEJANDRO GARCÍA RÍOS Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde
 CAROLINA GIRALDO BOTERO Representante a la Cámara Departamento de Risaralda	



12:58pm

Det Huel

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":

11.6 P

"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

JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Dignidad y Compromiso

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

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



• Cra 7 8-88 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
✉ uti.jorge-tovar@camara.gov.co • jorgerodrigotovar.com
f [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)

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



📍 Cra 7 8-88 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
✉ utl.jorge-tovar@camara.gov.co 🌐 jorgerodrigotovar.com
f [jorgerodrigotovar](https://www.facebook.com/jorgerodrigotovar) | @jorgerodrigotv | 🐦 [jorgerodrigotv](https://twitter.com/jorgerodrigotv)

Act new



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 transparencia 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 SUIIS. 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

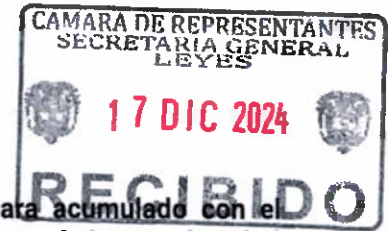
comparaciones internacionales; esta política se extenderá progresivamente a medicamentos de alto costo, innovadores, genéricos, biológicos y biosimilares; y al control de precios a insumos y tecnologías en salud de alto costo. Adicionalmente, se desarrollarán las negociaciones centralizadas en la compra 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."

<i>Jennifer Pedraza S</i> JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso	<i>Katherine Miranda P.</i> KATHERINE MIRANDA Representante a la Cámara Partido Alianza Verde
<i>Alejandro García R</i> ALEJANDRO GARCÍA RÍOS Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde	

ARI MUC

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 RIIS, 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 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



JORGE RODRIGO TOVAR
CÁMARA DE PAZ 2022-2026



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)

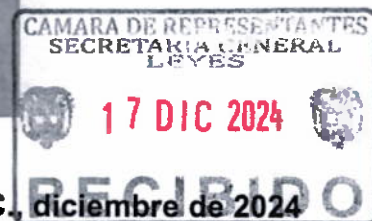
AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



• Cra 7 8-68 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
✉ utl.jorge-tovar@camara.gov.co • [jorgerodrigotovar.com](https://www.jorgerodrigotovar.com)
f [jorgerodrigotovar](https://www.facebook.com/jorgerodrigotovar) | @jorgerodrigotv | jorgerodrigotv



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES



Bogotá D.C., diciembre de 2024

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:

- El régimen especial será administrado por los empleadores en los términos que señale la respectiva Convención Colectiva de Trabajo.
- Se financiará con las cotizaciones que se establecen en la presente ley y serán recaudadas por los propios empleadores.
- Los empleadores podrán prestar directamente los servicios de salud y/o contratarlos con otras instituciones prestadoras de servicios de salud.
- 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.
- Los empleadores podrán suscribir convenios con la ADRES para garantizar el pago de las incapacidades por enfermedades de origen común.
- 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.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

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 Primaria 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 SINTRAEMSDDES y otras organizaciones sindicales tienen pactados en el Convenión, 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.

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



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 RIIS, 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 CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá



CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNASE 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:

- 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.
- 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.
- Mediana y Alta Complejidad:** las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS estarán compuestas por prestadores de Mediana y Alta Complejidad que permita al usuario ser trasladado a estos niveles de complejidad, para su respectiva atención.
- 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 CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

CATHY
JUVINAO

17 DIC 2024

1
AIC
8CC



CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CATHY
JUVINAO

17 DIC 2021

ALO
8 CC

PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNENSE 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 CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CATHY
JUVINAO

17 DIC 2024

PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNASE 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 Protección 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



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 RIIS 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.

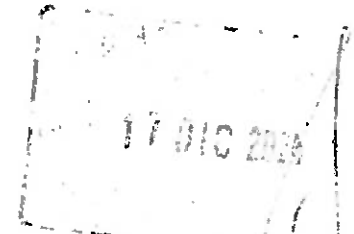
Atentamente,


CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



CATHY
JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNASE 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 CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



CATHY
JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNASE 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.

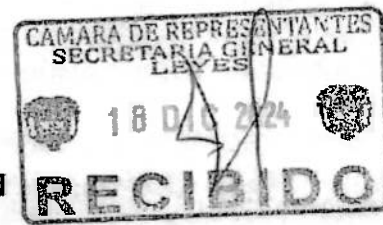
CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

Bogotá D.C., diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes

PROPOSICIÓN



12:19pm

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. SERVICIOS DE SALUD EN ACUERDOS COLECTIVOS. 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:

- 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.
- 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.
- Los empleadores prestarán directamente los servicios de salud y/o podrán contratarlos con otras instituciones prestadoras de servicios de salud.
- 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.
- Los empleadores suscribirán convenios con la ADRES para garantizar el pago de las incapacidades por enfermedades de origen común.

ARCHIVAR LA DEMOCRACIA

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 Primaria 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

cotizaciones al sistema de salud y con estos recursos prestar de manera directa los servicios de salud o contratarlos con terceros.

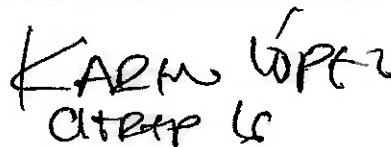
Atentamente.

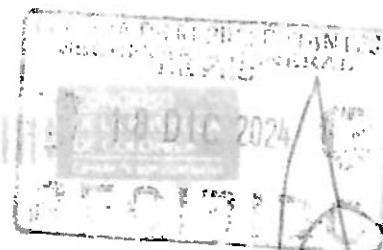


MARIA FERNANDA CARRASCAL
Representante a la Cámara por Bogotá



GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ
Representante a la Cámara por el Atlántico





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:

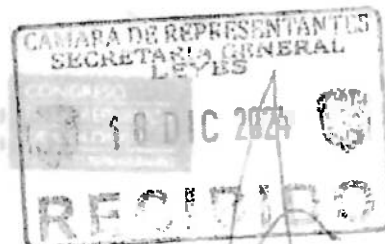
Artículo nuevo. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la política de autocuidado reconociendo la importancia de la promoción de hábitos saludables y la formación de pacientes informados como uno de los pilares del sistema de salud. La política de autocuidado deberá ser revisada cada 10 años y deberá contar con recursos de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social.

La política de autocuidado deberá contar con los siguientes elementos:

- Alfabetización en Salud
- Autoconocimiento y autoconciencia física y mental
- Actividad física
- Alimentación saludable
- Prevención de riesgos
- Buena higiene
- Uso adecuado de productos y servicios de salud

ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR SANTANDER

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:

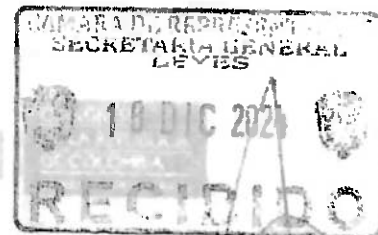
ARTÍCULO NUEVO. El PAI, como uno de los pilares fundamentales de la atención primaria debe contemplar el seguimiento de las enfermedades de impacto en salud pública para el país, así como, la evaluación periódica semestral que permita identificar nuevas tecnologías que apoyen la modernización del programa 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 frío, 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

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.

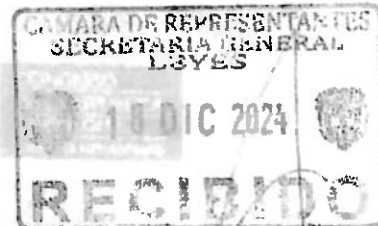
En los trámites de expedición, renovación o modificación de registros, permisos, notificaciones o autorizaciones sanitarias, así como de expedición de certificados y licencias, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima podrá aceptar documentos públicos de origen extranjero 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 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



PROPOSICIÓN ADITIVA

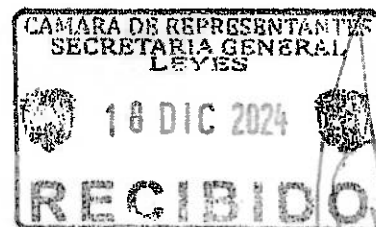


Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" el cual quedará así:

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 explícita 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

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:

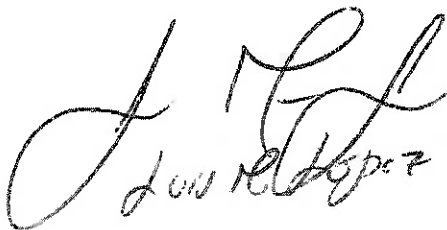
1. **Equidad:** El valor de la UPC debe representar de manera efectiva la tasación de las condiciones objetivas del riesgo.
2. **Suficiencia:** La UPC debe cubrir la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales como el costo de la atención en salud, los costos de afiliación, costos administrativos 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.

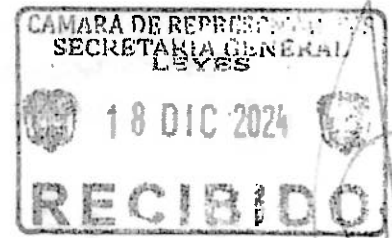
Parágrafo Primero. Estos mismos principios serán tenidos en cuenta para efectos del cálculo, y reajustes de Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC.

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,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Juan Rodríguez". The signature is stylized with large, flowing loops and a prominent initial "J".



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.

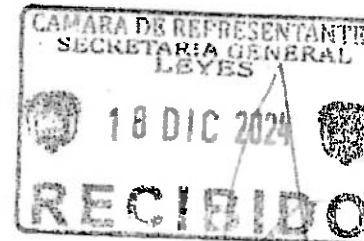
Parágrafo 2. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público garantizará las apropiaciones y adiciones presupuestales a que haya lugar para sufragar la UPC y Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro de la misma, que defina el Comité, las cuales deberán incluirse en el Presupuesto General 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,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Luis R. López". The signature is fluid and cursive, with the first name "Luis" and the last name "López" clearly distinguishable.



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,



Juan M. López



CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNENSE 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 – SPUIS. 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.

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

- 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.

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

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, disciplinarias 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

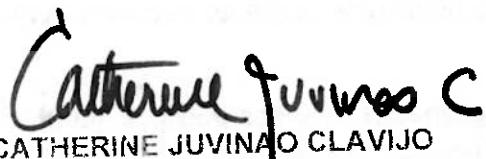
CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

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 CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNASE 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 CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá





ART NUEVO
CATHY
JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá



PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNENSE 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 CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

Act 12000



CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNENSE 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) 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,



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 RIIS, 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 CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

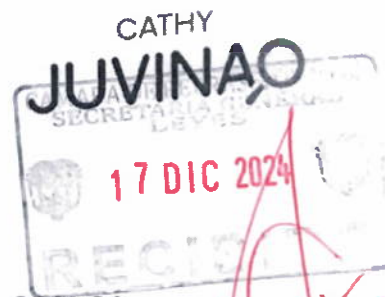


CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

PROPOSICIÓN ADITIVA



ADICIÓNENSE 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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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

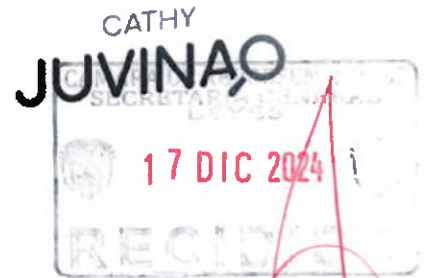
CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

Art. 140



CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNENSE 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:

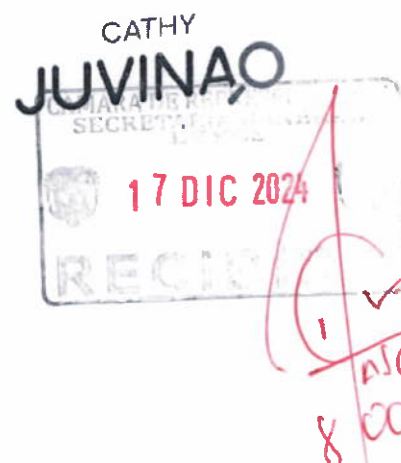
ARTÍCULO NUEVO. Reserva Técnica para garantizar el giro directo. Con el objetivo de contar con una provisión del gasto por servicios de salud en el Sistema, las Gestoras de Salud y Vida (EGSVI) constituirán reservas técnicas sobre los recursos contemplados en las cuentas especiales de UPC, contra la 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 CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNENSE 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 Protección 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

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 RIIS 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 CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

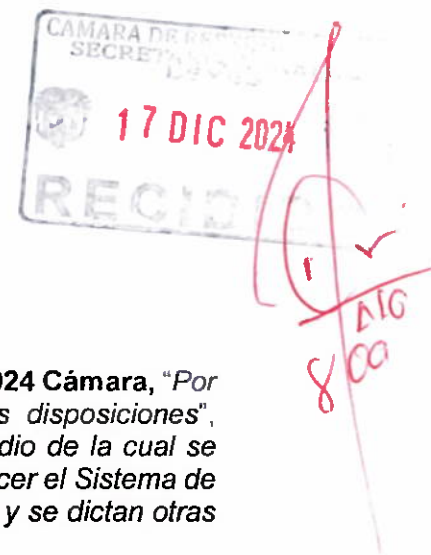
Art+ Nuevo



CATHY
JUVINAO

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá



PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIÓNENSE 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 CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá



CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

PROPOSICIÓN ADITIVA



ADICIÓNASE 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.

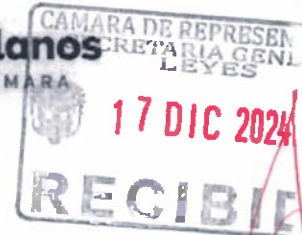
Atentamente,


Catherine Juvinao Clavijo

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



AYAL
Wilmer ♥ Castellanos
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



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"**

Adiciónese un artículo nuevo al 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", así:

ARTÍCULO NUEVO. El Estado dispondrá de los recursos necesarios para la caracterización y focalización de las personas con discapacidad, en ese sentido se garantizará para el solicitante la gratuidad de la certificación de discapacidad y la inclusión de esta población en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD.

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

JUSTIFICACIÓN

La población con discapacidad, por disposición del artículo 13 de la Constitución, debe beneficiarse de medidas de diferenciación positiva que garanticen una igualdad real y efectiva frente a los demás miembros de la sociedad. En este contexto, la certificación que acredita la condición de discapacidad es un requisito esencial, pero no debe convertirse en una barrera adicional para la garantía plena de los derechos de esta población.

Actualmente, el Departamento para la Prosperidad Social ha señalado que, en el marco del programa Renta Ciudadana, no ha sido posible priorizar la entrega de transferencias monetarias a las personas con discapacidad debido a la falta de un registro completo y actualizado de esta población. Esta carencia ha generado importantes dificultades operativas que afectan directamente la implementación de políticas sociales dirigidas a mejorar su calidad de vida.

En mi calidad de coordinador de la Comisión Accidental por la Discapacidad de la Cámara de Representantes, he recibido numerosos testimonios que evidencian los obstáculos que enfrentan las personas con discapacidad para tramitar la certificación correspondiente y registrarse formalmente. Estos relatos subrayan la urgencia de garantizar que este proceso sea operativo y gratuito, asegurando así que quede consagrado en la ley como un compromiso ineludible del Estado.

Históricamente, la discapacidad ha sido abordada principalmente desde un enfoque de salud, lo que ha limitado una visión integral de los derechos de esta población. En el marco de este proyecto de ley, que incluye medidas de diferenciación positiva para diversos grupos poblacionales, es imperativo garantizar mecanismos efectivos que protejan y promuevan los derechos de las personas con discapacidad, alineados con un enfoque de inclusión social.

Por último, la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas efectivas requieren una caracterización precisa y focalización real de la población con discapacidad. Este paso es esencial para diseñar estrategias que lleguen a quienes más lo necesitan y que permitan transformar sus condiciones de vida, promoviendo así una sociedad más equitativa e inclusiva.



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,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Juan M. López". The signature is stylized with large, flowing loops and a long horizontal stroke at the end.



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,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Luis R. López". The signature is fluid and cursive, with the first name "Luis" being the most prominent part.



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,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Luis R. López". The signature is stylized with large, flowing loops and a prominent initial "L".



Bogotá D.C., diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes



PROPOSICIÓN

12:19pm

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. SERVICIOS DE SALUD EN ACUERDOS COLECTIVOS. 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.

AQUIVIVE LA DEMOCRACIA

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 Primaria 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 SINTRAEMSDDES 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



cotizaciones al sistema de salud y con estos recursos prestar de manera directa los servicios de salud o contratarlos con terceros.

Atentamente.

Maria F Carrascal

MARIA FERNANDA CARRASCAL
Representante a la Cámara por Bogotá

Germán J Gómez López

GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ
Representante a la Cámara por el Atlántico

Jennifer Pedraza

KARM LÓPEZ
Atty

AQUIVIVE LA DEMOCRACIA

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 Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la política de autocuidado reconociendo la importancia de la promoción de hábitos saludables y la formación de pacientes informados como uno de los pilares del sistema de salud. La política de autocuidado deberá ser revisada cada 10 años y deberá contar con recursos de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social.

La política de autocuidado deberá contar con los siguientes elementos:

- Alfabetización en Salud
- Autoconocimiento y autoconciencia física y mental
- Actividad física
- Alimentación saludable
- Prevención de riesgos
- Buena higiene
- Uso adecuado de productos y servicios de salud



ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR SANTANDER



Act. MAU

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 frío, 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



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 aceptar 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 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

207 mayo



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 explícita 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



330/m

PROPOSICIÓN ADITIVA

Del

del Norte
Mar Pizarro
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

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

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

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

María del Mar P.

María del Mar Pizarro García

Representante a la Cámara por Bogotá

Juliana Rodríguez V.

Olga Lucía Velázquez
Cámara por Bogotá

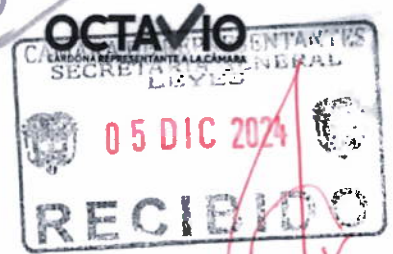
Lore Bastidas

Sebastián



Aval

Oct + Mar



PROPOSICIÓN DE ADICION

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 de adicionar un artículo nuevo al proyecto de ley 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". en el siguiente sentido:**

1
✓
ALR
9/16~

ARTICULO NUEVO: La Superintendencia Nacional de Salud reglamentará las sanciones que deberán ser impuestas a las ISE o a las gestoras de salud y vida que registren permanentes fallos de tutela en su contra por los mismos hechos, causas o razones

Cordialmente,

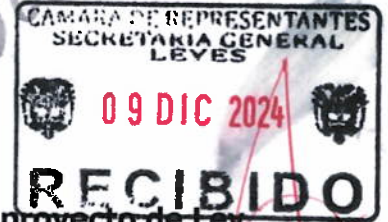
JOSE OCTAVIO CARDONA LEON
Representante a la Cámara por Caldas
Partido Liberal



THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY
540 EAST 57TH STREET
CHICAGO, ILL. 60637
TEL. 773-936-5000
FAX 773-936-5001
WWW.CHICAGO.EDU

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY
540 EAST 57TH STREET
CHICAGO, ILL. 60637
TEL. 773-936-5000
FAX 773-936-5001
WWW.CHICAGO.EDU



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".

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 de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo Nuevo. Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades. Los Centros de Atención Primaria en Salud se articularán a programas de actividad física dispuestos por el sector de deportes y recreación y la entidad territorial respectiva en el marco del Modelo CERSS, el cual facilita un ordenamiento territorial por la salud, la promoción de estilos de vida saludable y el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales de la salud y comunitarios para realizar consejería actividad física en el marco de la atención integral y la garantía al derecho a la salud.

Los programas de actividad física deberán ser desarrollados y supervisados por profesionales de la salud, de la educación física, deporte y/o recreación conforme la población y el territorio a atender, los cuales contarán con vinculación laboral por el sector deportes o la entidad territorial, conforme competencias.

Parágrafo 1. Los programas de actividad física deberán estar diseñados para atender las necesidades y características específicas de cada persona, familia o comunidad, considerando su edad, estado de salud, estilos de vida, cultura y características del territorio.

Parágrafo 2. Los profesionales del área de la salud, actividad física, deporte y/o recreación, deberán estar disponibles para asesorar y orientar a las personas, familias y comunidades en relación con la actividad física, sus beneficios y la forma en que esta se puede integrar a su estilo de vida, cultura y territorio.

Atentamente.


JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Alianza Verde



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".

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 de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo Nuevo. Plan de incentivos para la promoción del deporte, la recreación y la actividad física. El Ministerio de Salud junto con el Ministerio del Deporte, en el marco de la Comisión Nacional Intersectorial para la Coordinación y Orientación Superior del Fomento, Desarrollo y Medición de Impacto de la Actividad Física (CONIAF), dispondrán de 12 meses para presentar un Plan de Incentivos dirigido a Entidades Territoriales que realicen la gestión territorial del Modelo de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables y Sostenibles (CERSS), el cual contribuye, entre otros objetivos, a aumentar la accesibilidad y asequibilidad de la población a programas de deporte, recreación y actividad física, así como promover la educación sobre la importancia de estos en la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de la salud en general.

Los recursos del citado plan de incentivos, hará parte de la planificación sectorial e intersectorial, incluyendo recursos nacionales, territoriales, conforme competencias institucionales, y de otras fuentes como cooperación nacional e internacional.

El plan tiene como propósito primordial la continuidad de los programas, proyectos y estrategias de promoción de la actividad física y deporte, evitando periodos de tiempo de no garantía de dicha oferta a la población.

Atentamente.

JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Alianza Verde

CAMILO

LONDONO

Representante a la Cámara
#LaFuerzaDeUnEquipo



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

JUSTIFICACIÓN

La institución del litisconsorcio necesario se presenta en el plano del derecho sustancial, cuando existe una pluralidad de sujetos respecto de una única relación sustancial; es preciso aclarar que en materia probatoria no puede considerarse litisconsorcio necesario aquella parte respecto de la cual se requiera la práctica de una prueba. Consideramos importante agregar el parágrafo aclaratorio, en especial para que los operadores judiciales, no presenten confusiones entre litisconsorcio necesario y el cuasi necesario.

Carrera 7 No. 8 - 68 Oficina 623B - Edificio Nuevo del Congreso - Bogotá

☎ (601) 877 07 20 Ext. 3614 - 3615

✉ juan.londono@camara.gov.co



@camilolondono13

DET H0100



OLGA LUCÍA

Velásquez



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.- OBSERVATORIO NACIONAL Y TERRITORIAL DE SALUD MENTAL.
Modifíquese lo dispuesto en el parágrafo del artículo 32 de la ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

"Créese el Observatorio Nacional y territorial de salud mental el cual estará liderado y administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, como organismo independiente para el monitoreo y seguimiento a la encuesta nacional de salud mental, la encuesta nacional de consumo de drogas alcohol y tabaco y demás encuestas, programas, instituciones o entidades que contengan en su poder datos nominales sobre salud mental.

Lo anterior, como mecanismo que permita la fácil identificación, focalización, y sirva como instrumento de análisis, que ayude a establecer lineamientos para la prevención y orientación en temas relacionados con salud mental.

Para ello, el Observatorio Nacional y Territorial de Salud Mental se encargará de actualizar la Encuesta Nacional de Salud Mental, la Encuesta Nacional de Adicciones, y mantendrá una investigación continua y permanente.


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

ANEXO
aval

PROPOSICIÓN

Adiciónese un artículo 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



10:25

Bogotá, diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes



PROPOSICIÓN ARTÍCULO NUEVO

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

Adiciónese un artículo nuevo:

Artículo Nuevo. Laboralización y formalización en las ISE. Las ISE vincularán laboralmente a personas que desarrollen actividades misionales, propias y permanentes a la entrada en vigencia de la presente ley, siempre que sea voluntad expresa de quien presta los servicios de salud. Esta vinculación se realizará en concordancia con la formalización del empleo público y bajo los criterios de meritocracia y vocación de permanencia establecidos en el artículo 82 de la Ley 2294 de 2023.

Las ISE implementarán una planta temporal como mecanismo transitorio mientras se realizan los estudios correspondientes para la provisión definitiva de la planta permanente para el nivel asistencial, técnico y profesional. La provisión de los empleos en la planta temporal deberá cumplir con el procedimiento señalado en la Ley 909 de 2004.

En ausencia de lista de elegibles, los empleos en la planta temporal se asignarán de manera preferencial a las personas que cumplan con los requisitos establecidos y que, al momento de la entrada en vigencia de la presente ley, estén prestando servicios de salud y desarrollando actividades mediante una modalidad de vinculación diferente. En todo caso, para el proceso de vinculación, una vez cumplidos los requisitos, prima la antigüedad.

El Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, junto con el Ministerio de Salud y Protección Social, diseñará en un plazo de un (1) año un modelo técnico estandarizado para la creación de plantas de personal en las ISE, garantizando el principio meritocrático, la formalización laboral voluntaria de quienes prestan servicios en salud.

Marta I Carrasquilla
Renata de B...
Marta Eugenia Correa

Alfredo Mondragon

Alfredo Mondragon

Camilo Avila

Germán Gómez
Juan Camilo Torres

ALT NUBOC
Scur

PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIONESE 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:

En atención a lo dispuesto en los artículos 112, 113, 114 y 115 de la Ley 5 de 1992, agréguese un artículo nuevo al proyecto de ley número 312 DE 2024 De Cámara "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", los cuales quedarán así:

ARTÍCULO NUEVO. DEFENSOR DEL USUARIO EN SALUD. El Defensor del Usuario en Salud, creado a través del artículo 42 de la Ley 1122 de 2007, será una de las instancia encargada de recibir y atender las quejas y reclamos de los pacientes y usuarios que presenten barreras o conflictos relacionados con la Atención Primaria en Salud (APS) y la atención en los niveles primario y complementario, para garantizar el cumplimiento de los principios de universalidad, integralidad, solidaridad, participación, humanización, eficiencia y calidad de los servicios de salud en la jurisdicción territorial de cada departamento o distrito.

La organización y funcionamiento del Defensor del Usuario en Salud será financiada con los recursos establecidos en el artículo 137 de la Ley 1438 de 2011.

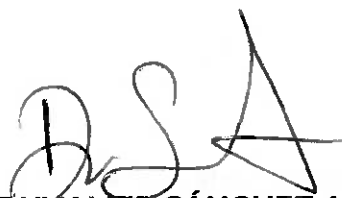
La defensoría del usuario en salud hará uso de las tecnologías de la información para brindar una atención ágil y eficiente; la cual contará con un enfoque diferencial territorial, etario y de género.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo relacionado con el número de defensores y la elección de estos por los usuarios, para lo cual deberá prever unas garantías electorales democráticas mínimas, en particular, el voto libre y la adjudicación de los escaños en forma proporcional a los votos obtenidos por cada lista.



10:31 am

Los usuarios de los servicios de salud podrán formular sus quejas o reclamaciones, relacionadas con la prestación de los mismos, ante la Superintendencia Nacional de Salud, instaurar las acciones judiciales correspondientes ante las autoridades competentes, directamente y con independencia de la actuación que adelanten o que puedan adelantar ante el Defensor del Usuario en Salud. El Defensor del Usuario en Salud no tendrá la competencia de sancionar a los prestadores de servicios de salud.



DUVALIER SÁNCHEZ ARANGO
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde

Justificación

El derecho a la salud, como derecho fundamental establecido en el artículo 49 de la Constitución Nacional es objeto de protección especial dentro del territorio Nacional. En este sentido, la corte constitucional de acuerdo a las barreras de acceso a servicios de salud y conflictos generados en torno a su prestación ha sido el tribunal de última instancia que ha resuelto a través de sentencia de tutela los casos con barreras de acceso a servicios de salud en especial aquellos en los cuales sujetos de protección especial y ciudadanos con afectaciones graves de la salud han sido objeto de vulneración de este derecho fundamental.

En torno a lo anterior, es preponderante precisar que para el año 2022 la Corte Constitucional reporta un total de 156.274 acciones de tutelas radicadas, en las que se demanda el derecho fundamental a la salud, este número, constituyen el 24,79% de las 633.463 tutelas radicadas antes esta corte durante esta vigencia, tal como se puede evidenciar en la siguiente gráfica. (Corte Constitucional de Colombia, 2023).

DEPECHOS DEMANDADOS

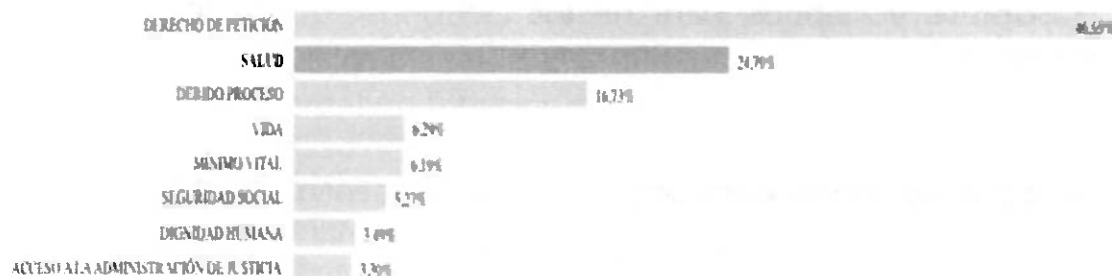


Ilustración 1 Porcentaje de Tutelas, por derecho tutelado. (Corte Constitucional de Colombia).

Ahora bien, de las tutelas en las que se demanda el derecho fundamental a la salud, las principales barreras de acceso a servicios de salud son las relacionadas con: 1) Autorización de procedimientos médicos, 2) entrega oportuna de medicamentos, 3) asignación de citas médicas, 4) continuidad en la prestación de los servicios, 5) transporte y viáticos para recibir atención y 6) valoración para diagnóstico médico, como se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 1. Relación de número de tutelas por barrera de acceso.

Tipo de Barrera	Número de tutelas radicadas en 2022
Autorización de procedimientos médicos	52.705
Entrega Oportuna de Medicamentos	31.031
Asignación de citas médicas	26.870
Transporte y viáticos para recibir atención.	24.761
Continuidad con la atención	17.483
Valoración y diagnóstico médico	13.480

Las situaciones descritas anteriormente son las fallas recurrentes en la prestación de servicios de salud que generan vulneración a este derecho fundamental y están directamente relacionadas con los servicios de salud (SS) prestados desde las Empresas Administradoras de Beneficios (EAPB), estas circunstancias técnico, administrativas y operativas son reiteradas y generan negación, dilatación o baja prestación de servicios de salud a pacientes y usuarios.

En esta misma línea, cabe resaltar que el 80% de las acciones de tutela que se radican en Colombia, son legitimadas a través de un agente oficioso y no la persona que demanda el derecho, lo cual demuestra la necesidad que la ciudadanía tiene, para recibir una atención cercana, que permita que sus quejas y reclamos sean recepcionados y gestionados en sus propios territorios sin requerir al pago de honorarios y procesos dilatorios que afecten en mayor medida su salud y pongan en riesgo su vida.



Ilustración 2. Porcentaje de tutelas de acuerdo a legitimador de la acción.(Corte Constitucional).

La defensoría del paciente permitirá garantizar que los pacientes y usuarios del sistema de salud, cuenten con una instancia dentro su propio territorio, que garantice que las quejas, reclamos, barreras de acceso y conflictos que surjan de la prestación de servicios de salud, sean recepcionadas y gestionadas con celeridad, evitando falta de oportunidad, agilidad, dilatación y vulneración de sus derechos. Este ejercicio garantiza la fluidez en la solución de las barreras. La defensoría del paciente cumple con un rol que se hace fundamental en la entrada en vigencia del nuevo sistema, permitirá la consolidación de información clara y oportuna y además la consolidación de un sistema humanizado, enfocado en la atención resolutive y eficiente de las necesidades en salud dentro de los territorios.

Bogotá D.C. Diciembre 17 de 2024

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 ARTÍCULO NUEVO

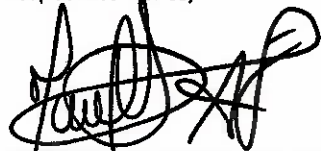
Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Adiciónese el siguiente artículo,

ARTICULO NUEVO. Actualización de guías de práctica clínica, lineamientos o protocolos para la atención integral en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social liderará los procesos para la actualización continua y permanente de las Guías de Práctica Clínica, protocolos y lineamientos que guían la práctica clínica basada en buenas prácticas para el sistema de salud colombiano. Para esto podrá, en virtud de los cambios al sistema que se derivan de la presente ley, convocar a diferentes actores del sistema de salud incluyendo actores institucionales, representantes de la academia, instituciones prestadoras de servicios de salud, pacientes, comunidades, entre otros.

Justificación: Es importante dejar en el proyecto de reforma a la salud la necesidad de actualizar las GPC, protocolos y lineamientos.

Respetuosamente,



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



12:21

Alirio Uribe Muñoz

Representante a la Cámara por Bogotá

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. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial. En cualquier momento del proceso de liquidación judicial que adelante la Superintendencia Nacional de Salud, si de las pruebas recaudadas se considera necesario establecer el beneficiario real de las operaciones o transacciones realizadas por personas jurídicas y naturales y/o patrimonios autónomos, el Director de la actuación correspondiente podrá decretar como prueba el levantamiento del velo corporativo con el fin de identificar a los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales, y de determinar si procede su responsabilidad en los actos que provocaron la cesación de pagos de la vinculada o relacionadas. En cualquiera de los siguientes eventos se presumirá su responsabilidad:

1. Cuando se cuente con serios indicios de que la acción u omisión atribuida a la persona jurídica, haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales;
2. Cuando la persona jurídica promueva o se halle en estado de insolvencia o liquidación, y ponga en riesgo el resarcimiento de los recursos de la salud afectados;
3. Cuando la lesión a los recursos de la salud o a la afectación de intereses patrimoniales de naturaleza pública y privada, se haya generado por explotación o apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficio de terceros.
4. Cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida o pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido o indebida aplicación de los recursos de la salud.
5. En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.

Atentamente,

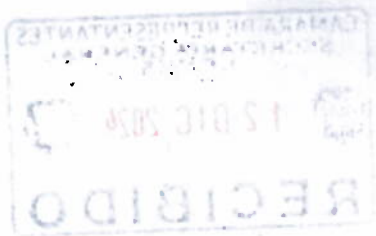
ALIRIO URIBE MUÑOZ

Representante a la Cámara

Pacto Histórico - Circunscripción Bogotá

VIDA
#PorLaJusticiayLaPaz

alirio.uribe.representante@gmail.com
alirio.uribe@camara.gov.co



Unión Unibe Muñoz

Si 96 16

Apru