



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIII - N° 225

Bogotá, D. C., lunes, 11 de marzo de 2024

EDICIÓN DE 166 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA TERCER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 216 DE 2023 SENADO, PROYECTO DE LEY NÚMERO 339 DE 2023 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS DE LEY NÚMERO 340 DE 2023 CÁMARA, PROYECTO DE LEY NÚMERO 341 DE 2023 CÁMARA, Y EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 344 DE 2023 CÁMARA

por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.

INFORME DE PONENCIA PARA TERCER DEBATE AL PROYECTO DE LEY No. 216 de 2023 Senado, Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara, Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara, y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara
"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Bogotá, 04 de marzo de 2024.

Doctora
MARTHA PERALTA EPIEYÚ
Presidente
Comisión Séptima Constitucional
Senado de la República

Referencia: Informe de ponencia para tercer debate al Proyecto de ley No. 216 de 2023 Senado, proyecto de ley 339 de 2023 Cámara, acumulado con los proyectos de ley No. 340 de 2023 Cámara, proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara, y el proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara, *"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*

Señora Presidenta,

Atendiendo la designación que realizó la mesa directiva de la Comisión Séptima Constitucional permanente del Senado de la República de Colombia, y de conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política y la Ley 5 de 1991, nos permitimos rendir informe de ponencia positiva para tercer debate en Comisión Séptima del Congreso de la República Proyecto de ley No. 216 de 2023 Senado, proyecto de ley 339 de 2023 Cámara, acumulado con los proyectos de ley No. 340 de 2023 Cámara, proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara, y el proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara, *"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*.

De los Honorables Senadores:

Wilson Arias
Damaris Restrepo
Daniel Ríos

Fernando S. Silva I.
Martha Isabel Peralta Epieyú

INFORME DE PONENCIA PARA TERCER DEBATE AL PROYECTO DE LEY No. 216 de 2023 Senado, proyecto de ley 339 de 2023 Cámara, acumulado con los proyectos de ley No. 340 de 2023 Cámara, proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara, y el proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara.

"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

La presente ponencia consta de los siguientes apartes:

1. OBJETO DEL PROYECTO	4
2. CONTENIDO DEL PROYECTO	4
3. ANTECEDENTES Y TRÁMITE DE LA INICIATIVA	9
3.1 Antecedentes y trámite de la iniciativa PL 339-23C	9
3.2 Discusión y aprobación de informes de ponencia en primer debate	11
3.3 Primer debate y Comisión Accidental	11
3.4 Trámite en segundo debate	13
3.5 Trámite en Comisión Séptima de Senado de la República	15
3.6 Audiencias Públicas	15
3.7 Mesas técnicas	16
3.8 Consulta y Consentimiento libre, previo e informado de los pueblos indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom	17
4. MARCO JURÍDICO DEL PROYECTO DE LEY – DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD	20
4.1 Constitución Política de Colombia y jurisprudencia constitucional	20
4.2 Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud)	22
5. JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO GENERAL	23
5.1 Segmentación de la población por capacidad de pago	24
5.2 Ineficiencia del actual sistema de salud	26
5.3 Orientación del sistema hacia la enfermedad y resultados en salud inequitativos	32
5.4 Barreras de acceso a los servicios	57
5.5 Deterioro de la infraestructura pública hospitalaria	61
5.6 Deuda de las Empresas Sociales del Estado	65
5.7 Cartera de las EPS	67
5.8 Integración vertical	70
5.9 Flexibilidad en la Normatividad expedida sobre habilitación financiera de EPS	73

<p>5.10 Deterioro progresivo del cumplimiento financiero de las Entidades Promotoras de Salud..... 81</p> <p>5.11 Informe sobre reserva técnica y régimen de inversiones de la reserva técnica 83</p> <p>5.12 Informe de la Contraloría General de la República sobre cartera de las EPS... 86</p> <p>5.14 Precariedad laboral del talento humano en salud.....101</p> <p>5.15 Cálculos financieros de la reforma106</p> <p>6. PLIEGO DE MODIFICACIONES112</p> <p>7. CONFLICTOS DE INTERÉS433</p> <p>8. PROPOSICIÓN435</p> <p>9. TEXTO PROPUESTO PARA TERCER DEBATE437</p> <p>10. ANEXOS520</p> <p>1. OBJETO DEL PROYECTO</p> <p>La presente ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud.</p> <p>Desarrolla un modelo de salud en el marco de la atención primaria, organiza sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque territorial, articula a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganiza los destinos y usos de los recursos financieros, establece un sistema público unificado e interoperable de información, fortalece la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; define criterios para el desarrollo de políticas en ciencia, tecnología e innovación, así como de formación y condiciones de trabajo digno y fija las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Sistema de Aseguramiento Social en Salud.</p> <p>2. CONTENIDO DEL PROYECTO</p> <p>TÍTULO I OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN Artículo 1. Objeto Artículo 2. Aseguramiento social en salud.</p> <p>TÍTULO II MODELO DE SALUD BASADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Artículo 3. Atención Primaria en Salud (APS). Artículo 4. Definición del modelo de salud. Artículo 5. Ejes centrales del modelo de salud. Artículo 6. Identificación de determinantes sociales de la salud. Artículo 7. Territorio para la gestión en salud.</p>	<p>Artículo 8. Nivel Regional. Artículo 9. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS. Artículo 10. Criterios determinantes de las redes integrales e integradas de servicios de salud – RIISS. Artículo 11. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud – RIISS. Artículo 12. Fortalecimiento del nivel primario de atención. Artículo 13. Centro de Atención Primaria en Salud. Artículo 14. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS. Artículo 15. Equipos de salud territorial. Artículo 16. Acceso y continuidad de la atención en el nivel complementario. Artículo 17. Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas en la prestación de servicios. Artículo 18. Sistema de referencia y contrarreferencia. Artículo 19. Servicios Farmacéuticos. Artículo 20. Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria. Artículo 21. Prestación de servicios especializados para personas con enfermedades huérfanas/raras y su prevención. Artículo 22. Laboratorios de salud pública. Artículo 23. Coordinación regional de las Redes. Artículo 24. Coordinación Departamental o Distrital de las Redes. Artículo 25. Consejo asesor de planeación y evaluación de las RIISS. Artículo 26. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Artículo 27. Sistema de monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. Artículo 28. Sistema de monitoreo de abastecimiento oportuno de tecnologías en salud. Artículo 29. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).</p> <p>TÍTULO III ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD CAPÍTULO I. GOBERNANZA Y GESTIÓN PÚBLICA DEL SISTEMA DE SALUD Artículo 30. Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud. Artículo 31. Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública. Artículo 32. Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública. Artículo 33. Comité Ejecutivo. Artículo 34. Consejo Nacional de Salud. Artículo 35. Funciones del Consejo Nacional de Salud. Artículo 36. Consejos Territoriales de Salud.</p> <p>CAPÍTULO II. INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO Artículo 37. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado - ISE. Artículo 38. Tipologías y Niveles de Instituciones de Salud del Estado – ISE.</p>
<p>Artículo 39. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE. Artículo 40. Giro de los recursos a las ISE. Artículo 41. Régimen de contratación de las ISE. Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las ISE. Artículo 43. Examen nacional para dirección de ISE Artículo 44. Aprobación y evaluación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado - ISE del orden territorial. Artículo 45. Instituciones de Salud del Estado Itinerantes. Artículo 46. Plan Nacional de Equipamiento en Salud. Artículo 47. Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria (FIDH)</p> <p>CAPÍTULO III. GESTORAS DE SALUD Y VIDA Artículo 48. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Artículo 49. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Artículo 50. Transitorio. Artículo 51. Gobierno Corporativo y Rendición de Cuentas. Artículo 52. Inspección, Vigilancia y Control para las Gestoras de Salud y Vida. Artículo 53. Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Artículo 54. Evaluación gastos administrativos de las Gestoras de Salud y Vida. Artículo 55. Atención de los pacientes con patologías crónicas.</p> <p>TÍTULO IV FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA Artículo 56. Cotizaciones y Aportes. Artículo 57. Obligatoriedad del pago de cotizaciones y contribuciones. Artículo 58. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. Artículo 59. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. Artículo 60. Destinación de los recursos administrados por la ADRES. Artículo 61. Fondo Único Público de Salud. Artículo 62. Cuenta de Atención Primaria en Salud. Artículo 63. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. Artículo 64. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. Artículo 65. Recursos de las entidades territoriales. Artículo 66. Unidad de Pago por Capitación (UPC). Artículo 67. Criterios para la asignación y distribución de los recursos de la UPC para el aseguramiento social en salud. Artículo 68. Acuerdos de Voluntades. Artículo 69. Autorización de pago de servicios. Artículo 70. Gestión de cuentas por prestación de servicios de salud. Artículo 71. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Artículo 72. Prestaciones económicas. Artículo 73. Acreencias de las EPS. Artículo 74. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</p>	<p>TÍTULO V SISTEMA PÚBLICO UNIFICADO E INTEROPERABLE DE INFORMACIÓN EN SALUD Artículo 75. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. Artículo 76. Organización del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. Artículo 77. Diseño y desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p> <p>TÍTULO VI PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL Artículo 78. Ámbitos de participación ciudadana y social. Artículo 79. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas. Artículo 80. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom</p> <p>TÍTULO VII INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL Artículo 81. Inspección, vigilancia y control. Artículo 82. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud. Artículo 83. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud. Artículo 84. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. Artículo 85. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. Artículo 86. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial. Artículo 87. Delimitación y fortalecimiento de la función jurisdiccional y de conciliación de la Superintendencia Nacional de salud Artículo 88. Principio de celeridad en el sistema de quejas y reclamos.</p> <p>TÍTULO VIII POLÍTICA FARMACEÚTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD Artículo 89. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. Artículo 90. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud. Artículo 91. Vacunas producidas en Colombia. Artículo 92. Racionalización de trámites ante el INVIMA. Artículo 93. Alivio de intereses por sanciones impuestas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima. Artículo 94. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).</p> <p>TÍTULO IX POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD Artículo 95. Política de Formación. Artículo 96. Examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico - quirúrgicas. Artículo 97. Becas de matrícula para formación pregradual y posgradual de profesionales de salud, en áreas médico quirúrgicas y de salud pública. Artículo 98. Prelación a las universidades públicas para la asignación de cupos por parte de los hospitales públicos.</p>

<p>Artículo 99. Observatorio de Talento Humano en Salud.</p> <p>TÍTULO X REGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD Artículo 100. Régimen Laboral de las ISE. Artículo 101. Derechos de permanencia de los servidores públicos. Artículo 102. Derechos y estímulos de los servidores públicos. Artículo 103. Cumplimiento de la normatividad vigente. Artículo 104. Régimen y Política Laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud. Artículo 105. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas. Artículo 106. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Artículo 107. Garantías para el suministro de los medios de labor. Artículo 108. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Artículo 109. Servicio Social Obligatorio (SSO) y Médicos Residentes. Artículo 110. De la Identificación Única del Talento Humano en Salud.</p> <p>TÍTULO XI AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACIÓN Artículo 111. Comité de Autorregulación Profesional. Artículo 112. Procedimiento para resolución de conflictos por parte de profesionales de la salud. Artículo 113. Traslado a los Tribunales de Ética de los Trabajadores de la Salud.</p> <p>TÍTULO XII DISPOSICIONES GENERALES Artículo 114. Sujeción a disponibilidades presupuestales y al Marco Fiscal de Mediano Plazo. Artículo 115. Regímenes Exceptuados y Especiales. Artículo 116. Plan Nacional de Salud Rural. Artículo 117. Plan de incentivos para la promoción del deporte, la recreación y la actividad física. Artículo 118. Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades. Artículo 119. Prevalencia en cuidadores o asistentes personales. Artículo 120. Mecanismos de Información para personas en condición de discapacidad.</p> <p>TÍTULO XIII DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y VARIAS Artículo 121. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. Artículo 122. Atención de las peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios durante el periodo de transición. Artículo 123. Transición hacia las nuevas Instituciones de Salud del Estado - ISE. Artículo 124. Vigencia.</p>	<p>3. ANTECEDENTES Y TRÁMITE DE LA INICIATIVA 3.1 Antecedentes y trámite de la iniciativa PL 339-23C</p> <p>La iniciativa, "por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", fue radicada el día 13 de febrero de 2023 por el Gobierno Nacional en cabeza de la Ministra de Salud y Protección Social, la Dra. Carolina Corcho Mejía, los Honorables Senadores Isabel Cristina Zuleta López, Martha Isabel Peralta Epiyeu, Aida Yolanda Avella Esquivel, César Augusto Pachón Achury, y los Honorables Representantes Alfredo Mondragón Garzón, Juan Carlos Vargas Soler, David Ricardo Racero Mayorca, Agmeth José Escaf Tijerino, Pedro Baracutao García Ospina, Marta Alfonso Jurado y Juan Pablo Salazar Rivera.</p> <p>El 17 de febrero de 2023 fue remitido a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes el Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". De igual manera, fue radicado el Proyecto de Ley No. 340 de 2023 Cámara "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud", de los autores: H.S. Honorio Miguel Henríquez Pinedo, H.S. José Vicente Carreño Castro, H.S. María Fernanda Cabal Molina, H.S. Andrés Felipe Guerra Hoyos, H.S. Josué Alirio Barrera Rodríguez, H.S. Miguel Uribe Turbay, H.S. Carlos Meissel Vergara, H.S. Ciro Alejandro Ramírez Cortés, H.S. Yenny Esperanza Roza Zambrano, H.S. Paloma Susana Valencia Laserna, H.R. Andrés Eduardo Forero Molina, H.R. Juan Fernando Espinal Ramírez, H.R. Cristián Munir Garcés Aljure, H.R. Yuliethe Andrea Sánchez Carreño, H.R. Carlos Edward Osoño Aguilar, H.R. Oscar Darío Pérez Pineda, H.R. Eduard Alexis Triana Rincón, H.R. Jaime Uscátegui Pastrana, H.R. Yenica Sugein Acosta Infante, H.R. Juan Felipe Corzo Álvarez, H.R. Hernán Darío Cadavid Márquez.</p> <p>El 23 de febrero de 2023 fueron designados como ponentes del Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", los Honorables Representantes H.R. Alfredo Mondragón Garzón, Germán Rogelio Roza Anís, Martha Lisbeth Alfonso Jurado, Gerardo Yepes Caro (Coordinadores Ponentes), Germán Gómez López, Juan Carlos Vargas Soler, Betsy Judith Pérez Arango, Camilo Esteban Ávila Morales y Juan Felipe Corzo Álvarez.</p> <p>Posteriormente, el 15 de marzo de 2023 fue remitido a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes el Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara "Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)", de los autores: H.S. Carlos Abraham Jiménez López y H.R. Andrés Eduardo Forero Molina. Y, el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara "Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud", de los autores: H.R. Oscar Darío Pérez Pineda, Mauricio Parodi Díaz y el H. S. Ciro Alejandro Ramírez Cortés.</p> <p>El 21 de marzo del 2023 mediante Resolución No. 006 expedida por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes se acumuló el Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", con los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara "Por</p>
<p>la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud", el Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara "Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)", y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara "Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud", y se nombran como ponentes de dicha acumulación de los proyectos a los H.R. ya designados el 23 de febrero.</p> <p>El 31 de marzo de 2023 fue radicado el Informe de ponencia para primer debate a los Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" y sus acumulados Proyectos de Ley No. 340 de 2023 - Cámara, "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud", el Proyecto de Ley No. 341 de 2023 - Cámara, "Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)", y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 - Cámara, "Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud", por los H.R. Alfredo Mondragón, Martha Alfonso Jurado, Germán José Gómez, Juan Carlos Vargas, Gerardo Yepes Caro, Camilo Esteban Ávila, y publicado en la Gaceta 283 del 11 de abril de 2023. Esta ponencia fue enmendada parcialmente, cuya publicación consta en la Gaceta 338 del 2023.</p> <p>En el marco de la discusión para presentar el Informe de ponencia aprobado en la Comisión Séptima, los ponentes estudiaron los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud", Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara "Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)", y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara "Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud", se identificaron coincidencias en algunas propuestas con el Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", tales como la necesidad de fortalecer la Atención Primaria en Salud, los hospitales públicos, la dignificación de las y los trabajadores del sector de la salud y el mejoramiento del flujo de recursos a través del uso del mecanismo del giro directo desde la ADRES hacia la totalidad de entidades.</p> <p>No obstante, de acuerdo con la ponencia para primer debate: "los proyectos referidos no concuerdan con la necesidad y el interés de implementar cambios estructurales en el Sistema de Salud, principalmente con el establecimiento de regulaciones más precisas frente al manejo y usos de los recursos del sistema que favorezca la transparencia en la aplicación de recursos, por medio de la recuperación de la rectoría en cabeza del Estado, restableciendo así, la garantía del goce efectivo y universal del derecho fundamental a la salud, el cuidado integral y la protección de la vida de la población colombiana y de los recursos".</p> <p>Por lo anterior, los ponentes presentaron a consideración de la célula legislativa un informe de ponencia junto con su enmienda que conserva la esencia e intención de la radicación del Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara, en relación con el tránsito de un modelo de atención en donde predomina el enfoque curativo, que según la Corte Constitucional atenta contra la dignidad humana, a un modelo dirigido al cuidado integral de la población, basado</p>	<p>en la atención primaria en salud, con un modelo con enfoque preventivo, predictivo y resolutivo, en el cual se territorializa la respuesta en salud, facilitando el acceso a los servicios.</p> <p>Este informe de ponencia fue igualmente el resultado de un ejercicio ampliamente participativo que incluyó la realización de audiencias públicas. Durante los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2022 y enero, febrero, marzo y abril de 2023, se realizaron 38 audiencias públicas en 21 ciudades y municipios: Bogotá, Cali, Fonseca, Cauca, Aracataca, Inirida, Fomeque, Caldas, Pasto, Villavicencio, Quibdó, Medellín, Barranquilla, Yopal, Ibagué, Palmira, Cúcuta, San Andrés, San José del Guaviare, Arauca, Bucaramanga. Algunas de estas audiencias se realizaron en cumplimiento del marco de la proposición N° 37 radicada el 21 de febrero del 2023, ante la H. Comisión Séptima de la Cámara de Representantes; así como, por iniciativa de congresistas de otras Comisiones.</p> <p>En las audiencias se escucharon y recogieron necesidades, solicitudes y propuestas de la comunidad en cuanto a la atención integral en salud, igualmente, se oyeron las inquietudes de los trabajadores del sector sanitario, del gremio médico e industrial; lo cual enriqueció la propuesta de la reforma.</p> <p>En todas hubo participación del Ministerio de Salud y Protección Social y en la mayoría de estas se contó con presencia de congresistas tanto de la Cámara de Representantes como del Senado de la República.</p> <p>El 12 de abril de 2023 fue radicado Informe de ponencia positivo al Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara y sus acumulados por el H. Representante Germán Rogelio Roza, publicado en la Gaceta 323 del 2023.</p> <p>Por su parte, el 13 de abril de 2023 fue radicado el Informe de ponencia negativo al Proyecto de Ley 339 de 2023 y sus acumulados por los H.R. Juan Felipe Corzo y Betsy Judith Pérez Arango, publicado en la Gaceta 290 de 2023.</p> <p>3.2 Discusión y aprobación de informes de ponencia en primer debate</p> <p>El informe de ponencia que propuso el archivo del Proyecto de Ley, suscrito por los H.R. Betsy Judith Pérez Arango y Juan Felipe Corzo, fue negado por la mayoría de la Comisión Séptima Constitucional Permanente en sesión formal del 19 de abril de 2023, con 17 votos en contra del archivo 4 a favor del mismo.</p> <p>Por otra parte, el 25 de abril de 2023 fue aprobada la proposición con la que termina el informe de la ponencia positiva mayoritaria junto con su enmienda (Gacetas 283 y 338 de 2023), con 10 votos a favor y 8 votos en contra.</p> <p>3.3 Primer debate y Comisión Accidental</p> <p>En la sesión del 11 de mayo de 2023 la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente resolvió conformar una Comisión Accidental para el estudio del</p>

Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el Proyecto de Ley No. 340 de 2023 - Cámara, "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud", el Proyecto de Ley No. 341 de 2023 - Cámara, "Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)", y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 - Cámara, "Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud", integrada por los siguientes congresistas:

1. Martha Alfonso
2. Héctor Chaparro
3. María Eugenia Lopera
4. Alexander Quevedo
5. Alfredo Mondragón
6. Camilo Ávila
7. Germán Gómez
8. Juan Carlos Vargas

Una vez reunida la Comisión Accidental y habiendo deliberado acerca del trámite de la iniciativa en cuestión, esta encontró que se había surtido y ajustado a lo dispuesto por la Ley 5ª de 1992 y que se han preservado los principios del trámite legislativo, tales como el de publicidad, consecutividad, pluralismo, entre otros. La Comisión Accidental remitió Informe Parcial al presidente de la Comisión VII el 11 de mayo de 2023 en el que propuso el desarrollo en la sesión de tres (3) artículos, los cuales fueron debidamente leídos y aprobados.

La Comisión Accidental constató que la enmienda a la ponencia implicó la reenumeración de los artículos del proyecto, que no implicó cambios en su contenido; dicha reenumeración se constata en el punto "4", con título "Contenido de la Iniciativa", del documento de enmienda publicado en la Gaceta del Congreso 338 de 2023.

Por su parte, en el informe parcial quedó consignada la propuesta de continuidad de dicha comisión con la finalidad de sugerir un orden para el desarrollo del debate.

El 15 de mayo de 2023 fue publicado en la Gaceta 480 de 2023 el texto aclaratorio de la numeración del articulado en el Proyecto de Ley número 339 de 2023 - Cámara, radicado por la Comisión Accidental, dando alcance al informe parcial del 11 de mayo de 2023.

El 18 de mayo de 2023 fue radicado y remitido a los congresistas de la Comisión Séptima el Informe de la Comisión Accidental para el estudio del proyecto de ley, con una relación de las proposiciones presentadas al articulado del Proyecto de Ley.

Del 16 de mayo al 23 de mayo de 2023 se votaron los artículos, terminando con el trámite total del articulado el día 23 de mayo del 2023.

El 24 de mayo del 2023 por medio de oficio CSCP 3.7-305-23 fueron designados como ponentes para segundo debate los Honorables Representantes Alfredo Mondragón Garzón, Germán Rogelio Rozo Anís, Martha Lisbeth Alfonso Jurado, Gerardo Yepes Caro

(Coordinadores Ponentes), Germán José Gómez López, Juan Carlos Vargas Soler, Betsy Judith Pérez Arango, Camilo Esteban Ávila Morales, Juan Felipe Corzo Álvarez.

3.4 Trámite en segundo debate

El día martes 30 de mayo de 2023 fue publicada en la Gaceta 565 el Informe de ponencia para segundo debate al proyecto de ley no. 339 de 2023 cámara, acumulado con los proyectos de ley no. 340 de 2023 cámara, proyecto de ley no. 341 de 2023 cámara, y el proyecto de ley no. 344 de 2023 cámara, "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", ponencia aprobada el 19 de septiembre del mismo año.

El debate en la Plenaria de la Cámara de Representantes, que incluyó la creación de una Comisión Accidental creada mediante Resolución 0741 del 19 de septiembre de 2023, conformada por los siguientes honorables representantes:

1. Germán Rogelio Rozo Anís.
2. Gerardo Yepes Caro.
3. Adriana Carolina Arbeláez Giraldo.
4. Martha Lisbeth Alfonso Jurado.
5. Irma Luz Herrera Rodríguez.
6. Camilo Esteban Ávila Morales.
7. Alfredo Mondragón Garzón.
8. Gloria Elena Arizabaleta Corral.
9. Gabriel Becerra Yáñez.
10. Andrés Eduardo Forero Molina.
11. Norman David Bañol Álvarez.
12. David Ricardo Racero Mayorca.
13. Germán José Gómez López.
14. Jennifer Dalley Pedraza Sandoval
15. María del Mar Pizarro García.
16. Julia Miranda Londoño
17. Daniel Carvalho Mejía.
18. Erika Tatiana Sánchez.
19. Ana Rogelia Monsalve Álvarez.
20. Miguel Abraham Polo Polo.
21. Ingrid Johana Aguirre Juvinao.
22. Wilder Iberson Escobar Ortiz.
23. Juan Carlos Vargas Soler.

Como insumo al trabajo de la Comisión, se desarrollaron (5) mesas de diálogo, que contaron con la participación de la ciudadanía, los gremios, la academia, y demás actores.

	Tema	Fecha y hora	Link donde puede ser consultado
1	Gestoras y ADRES: Capítulo III y Título IV	Lunes 25 de septiembre 8:00 am – 12:00 m	https://www.youtube.com/watch?v=d4nVlHeOMeM
2	Disposiciones generales y transitorias: Títulos XII y XIII	Lunes 25 de septiembre 1:00 pm - 5:00 pm	https://www.youtube.com/watch?v=NSTt5eVBmdE
3	Políticas y régimen laboral: Títulos VIII, IX, X y XI	Martes 26 de septiembre 8:00 am – 12:00 m	https://www.youtube.com/watch?v=D9OzqWgVaY
4	Sistema de información, participación social, IVC: Títulos V, VI, VIII	Martes 26 de septiembre 2:00 pm – 5:00 pm	https://www.youtube.com/watch?v=D9OzqWgVaY
5	Modelo de Salud, Organización del Sistema e ISE: Títulos II – III y Capítulo II	Miércoles 27 de septiembre 8:00 am – 1:00 pm	https://youtube.com/live/hV1a4gPJy2k?feature=share

La comisión accidental sesionó durante los días 27, 28 y 29 de septiembre, 2 y 3 de octubre.

	Tema	Fecha y hora
1	Reunión de planeación cronograma de reuniones	Miércoles 27 de septiembre 2:00 pm - 4:00 pm
2	Política farmacéutica, de investigación y formación; régimen laboral: Títulos VIII, IX, X y XI	Jueves 28 de septiembre 8:00 am – 2:00 pm
3	Sistema de información, participación social, IVC: Títulos V, VI, VIII	Jueves 28 de septiembre 2:00 pm – 6:00 pm
4	Gestoras y ADRES: Capítulo III y Título IV	Viernes 29 de septiembre 8:30 am – 6:00 pm
5	Gestoras y ADRES: Capítulo III y Título IV	Lunes 2 de octubre 8:00 am – 12:00 pm
5	Modelo de Salud, Organización del Sistema e ISE: Títulos II – III y Capítulo II	Lunes 2 de octubre 2:00 pm – 5:00 pm
6	Disposiciones generales y transitorias: Títulos XII y XIII	Martes 3 de octubre 8:00 am – 12:00 pm

El informe de la comisión fue radicado y publicado el día 3 de octubre.

La votación del articulado se realizó durante los días: 5 y 19 de septiembre; 9 y 10 de octubre; 7, 14, 15, 23, 28, 29 y 30 noviembre; 4 y 5 diciembre; terminando de esta manera el trámite en la Cámara de Representantes. El texto definitivo aprobado en plenaria de Cámara de Representantes fue publicado en la Gaceta 1785 del 14 de diciembre de 2023.

Durante el debate en plenaria de Cámara se radicaron en total 1.010 proposiciones, dentro de las cuales se incluyen propuestas de 81 artículos nuevos. Del total de proposiciones, se acogieron durante el debate en plenaria 219, las proposiciones sobre artículos nuevos fueron dejadas como constancias y las restantes 710 fueron negadas. En los Anexos 1, 2 y 3 se presenta la relación de las proposiciones tramitadas.

3.5 Trámite en Comisión Séptima de Senado de la República

El proyecto de ley fue remitido a la Comisión Séptima del Senado de la República el 18 de enero de 2024. Mediante la Resolución 001 del 19 de enero de 2024 se designaron como ponentes y coordinadores ponentes a los siguientes honorables senadores:

Wilson Arias Castillo	Coordinador ponente
Berenice Bedoya Pérez	Coordinadora ponente
Fabián Díaz Plata	Coordinador ponente
Nadia Blel Scaf	Ponente
Martha Peralta Epieyu	Ponente
Omar de Jesús Restrepo Correa	Ponente
Alirio Barrera Rodríguez	Ponente
Norma Hurtado Sánchez	Ponente
Miguel Ángel Pinto Hernández	Ponente
Ana Paola Agudelo García	Ponente
Lorena Ríos Cuéllar	Ponente
Piedad Córdoba	Ponente

En reemplazo de la Honorable Senadora Piedad Córdoba, fallecida el 20 de enero de 2024; fue designado el Honorable Senador Ferney Silva como ponente, mediante la Resolución 002 del 21 de febrero de 2024.

Wilson Arias Castillo	Coordinador ponente
Berenice Bedoya Pérez	Coordinadora ponente
Fabián Díaz Plata	Coordinador ponente
Nadia Blel Scaf	Ponente
Martha Peralta Epieyu	Ponente
Omar de Jesús Restrepo Correa	Ponente
Alirio Barrera Rodríguez	Ponente
Norma Hurtado Sánchez	Ponente
Miguel Ángel Pinto Hernández	Ponente
Ana Paola Agudelo García	Ponente
Lorena Ríos Cuéllar	Ponente
Ferney Silva Idrobo	Ponente

3.6 Audiencias Públicas

El 12 diciembre de 2023, fue aprobada por la Comisión Séptima del Senado de la República la Proposición N°21 sobre el Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara - Acumulado con los Proyectos de Ley Nos.: 340 de 2023 Cámara; Proyecto de Ley N.341 de 2023 Cámara; Proyecto de Ley N. 344 de 2023 Cámara; 216 de 2023 Senado "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", la realización de 14 audiencias públicas en las ciudades de: Bucaramanga, Santa Marta, Riohacha, Villavicencio, San Andrés, Pasto, Cali, Cartagena, Cucuta, Barranquilla, Bogotá, Ibagué, Medellín, y Puerto Nariño.

Ciudad	Fecha de realización	Síntesis de la audiencia
Bucaramanga	22 de enero de 2024	Anexo 4
Santa Marta	26 de enero de 2024	Anexo 5
Riohacha	27 de enero de 2024	Anexo 6
Villavicencio	3 de febrero de 2024	Anexo 7
San Andrés	7 de febrero de 2024	Anexo 8
Pasto	9 de febrero de 2024	Anexo 9
Cali	13 de febrero 2024	Anexo 10
Cartagena	15 de febrero de 2024	Anexo 11
Barranquilla	16 de febrero de 2024	Anexo 10
Medellín	23 de febrero de 2024	Anexo 13
Cali	1 de marzo de 2024	Anexo 14

En las audiencias hubo participación gremios, prestadores de servicios de salud, profesionales, academia, pacientes, autoridades territoriales y ciudadanía en general; se recogieron inquietudes y sugerencias frente a la carga administrativa que impone el sistema al ciudadano especialmente a quien padece alguna condición crónica o discapacitante, en la precariedad laboral del talento humano en salud y la urgencia de ofrecer condiciones dignas y justas a los trabajadores del sector, en la necesidad de revisar las funciones asignadas a las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud para dar mayor claridad, en el proceso de atención en el nuevo, realización de auditorías y sostenibilidad financiera del nuevo sistema; a partir de las cuales se realizó revisión y ajuste del articulado.

3.7 Mesas técnicas

Con motivo de estudiar la iniciativa legislativa, la mesa directiva de la comisión séptima de Senado realizó cuatro (4) mesas técnicas cuyos temas se describen a continuación.

Mesa técnica	Fecha	Lugar
Mesa 1: Aspectos relacionados con licencias, producción y distribución de medicamentos	Lunes, 26 de febrero de 2024; 8:30 am	Recinto Comisión Séptima
Mesa 2: Condiciones laborales del Talento Humano en Salud	Martes, 27 de febrero de 2024, 8:30 am	Recinto, Comisión Séptima
Mesa 3: Experiencias de los pacientes en el sistema de salud colombiano	Miércoles, 28 de febrero; 8:30 am	Recinto, Comisión Séptima
Mesa 4: Uso de las tecnologías de la información en el sector salud	Jueves 29 de febrero; 8:30 am	Recinto, Comisión Séptima

Las mesas contaron con la participación de entidades del Gobierno Nacional, Senadores ponentes con sus respectivos equipos, entidades territoriales, organizaciones de talento humano y profesionales de la salud, academia y centros de pensamiento, agremiaciones, instituciones prestadoras de servicios de salud, asociaciones de pacientes y usuarios y expertos independientes.

Como resultado de las intervenciones se recogieron inquietudes y preocupaciones frente a la continuidad en la prestación de servicios y ruta de entrega de medicamentos al interior de las redes integradas e integrales de servicios específicamente para pacientes con condiciones crónicas o discapacitantes, fortalecimiento de la capacidad técnica de la ADRES para la administración del riesgo financiero, fortalecimiento de la dignificación de las y los trabajadores de la salud, fuentes de financiación e incentivos educativos para reducir el déficit de profesionales de la salud, fortalecimiento de los entes territoriales para cumplir con los roles correspondientes en el sistema de salud, garantía del derecho a la libre escogencia e integración, funcionamiento y financiación del sistema público unificado e interoperable de información

3.8 Consulta y Consentimiento libre, previo e informado de los pueblos indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom.

3.8.1 Pueblos y Comunidades Indígenas

En el mes de marzo de 2023 se llegó a concertación entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígena; durante el segundo semestre del año 2023 se avanzó en el proceso administrativo para la suscripción de los convenios con las organizaciones indígenas que implementarán la fase de consulta de la ruta de consulta previa, libre e informada.

Los convenios se suscribieron durante los meses de octubre y noviembre con las siguientes organizaciones

ORGANIZACIÓN	NÚMERO CONVENIO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONVENIO
Consejo Regional Indígena Del Cauca - CRIC	1276 de 2023	24/10/2023
Organización Nacional Indígena De Colombia - ONIC	1495 de 2023	20/11/2023
Organización Nacional De Los Pueblos Indígenas De La Amazonia Colombiana - OPIAC	1494 de 2023	20/11/2023
Gobierno Mayor	1410 de 2023	8/11/2023
Autoridades Indígenas De Colombia – AICO	1491 de 2023	20/11/2023
Autoridades Indígenas Del Sur Occidente -AISO-	1479 de 2023	14/11/2023
Confederación Indígena Tairona - CIT-	1478 de 2023	15/11/2023
Mesa Wayuu	1493 de 2023	17/11/2023
Mesa Chocó	1421 de 2023	14/11/2023

Debido a una solicitud de las organizaciones indígenas, los convenios anteriormente señalados fueron prorrogados para que su ejecución se realice hasta el 30 de marzo del año 2024.

Como producto de los mismos se espera lo siguiente:

- Un documento que contenga la sistematización, análisis y unificación de las conclusiones y propuestas, con una estructura mínima que presente: lugar, fecha, participantes, objetivos, agenda, resumen del desarrollo y conclusiones por cada uno de los encuentros; y análisis, conclusiones y propuestas generales, como resultado de la unificación de la sistematización de todos los encuentros.
- Un documento en medio físico y digital que contenga la propuesta consolidada por la organización en representación de los Pueblos Indígenas a los que se representa, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho a la salud, el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) y el sistema de salud para los pueblos, territorios y territorialidades indígenas de la Amazonia colombiana.

Al igual, en el marco de los convenios se espera realizar un proceso de consolidación en el marco de la siguiente ruta:

FASE	DESCRIPCIÓN	FECHA
Instalación de la consulta	Aprobación metodológica e insumos que se llevarán al despliegue territorial	22 de diciembre de 2023
Etapas de consulta	Despliegue territorial	1 de enero al 29 de febrero de 2024
Unificación técnica	Unificación de cada Organización	1 al 5 de marzo de 2024
Congreso Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas	Celebración del congreso Nacional de Salud. Según acuerdo de Villeta de 2010	26 al 30 de marzo de 2024
Protocolización	Sesión ampliada entre el Gobierno nacional, subcomisión de salud y la MPC para protocolizar el instrumento normativo producto de la CPLI de la reforma a la salud	30 de marzo de 2024
Instalación de la posconsulta	Instalación de la posconsulta. Seguimiento, monitoreo, expedición de decreto	30 de marzo de 2024

Posterior a las acciones relacionadas en el cuadro anterior, se llevará a cabo un proceso de concertación de contenidos de instrumento normativo entre el Ministerio de Salud y Protección Social y las Organizaciones que hacen parte de la Mesa Permanente de Concertación, el cual será presentado para que en el marco de las facultades extraordinarias brindadas al Presidente de la República se puede emitir la norma acordada.

3.8.2 Comunidades Negras, Afrodescendientes, Raizales y Palenqueras

El Ministerio del Interior convocó a la Plenaria del Espacio Nacional de Consulta Previa para llevar a cabo la III sesión de este espacio en la ciudad de Bogotá los días 8 y 9 de octubre de 2023, donde en el orden del día se aprueba que el día 8 de octubre se realice la

presentación del proyecto de ley N° 339 de 2023 "por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" y la designación de la comisión respectiva para la construcción y concertación de la ruta metodológica.

Una vez surtida la presentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en el Espacio Nacional de Consulta Previa - ENCP, se hace entrega formal a la Comisión III del ENCP el proyecto de ley para la construcción y concertación de la ruta metodológica para la realización de la consulta previa libre e informada.

En consecuencia, en sesión de trabajo con la Comisión III del ENCP, realizada entre el 10 y 11 de octubre del 2023, se diseña y concerta la ruta metodológica, y el Ministerio de Salud y Protección Social asume el compromiso de realizar un contrato directo con alguna organización de base de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, que tenga capacidad técnica y financiera para ejecutarlo, o se promueva un proceso competitivo u otra modalidad contractual aplicable de acuerdo con la normatividad vigente al momento de su estructuración, para garantizar el buen término de la propuesta.

Esto significa que se debe construir una propuesta técnica y financiera que debe ser presentada ante el Ministerio para la elaboración de los estudios previos del contrato a realizar.

Por esta razón, la Comisión Tercera del ENCP define para el proceso de contratación, de conformidad con lo establecido en la Ley 2160 de 2021, al Consejo Comunitario de los Corregimientos de San Antonio y el Castillo del Municipio de Cerrito, Valle del Cauca la organización encargada de ejecutar la ruta metodológica concertada y aprobada.

De acuerdo a lo anterior se suscribió el contrato 1441 de 2023, entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Comunitario de los corregimientos de San Antonio y El Castillo, del cual se pactó el siguiente producto:

Documento de síntesis avance del 100% de la ruta metodológica que contenga:

- Consolidación de resultados con la información recolectada en las Fase 2 y 3 (Consulta territorial y articulación regional) concertado en sesión con la Comisión III del ENCP de la etapa de seguimiento.
- Capítulo que contenga las propuestas comunitarias y de parte de las organizaciones participantes de los foros regionales, (comparativo) para ser incluidas en protocolización de acuerdos, y concertadas en la Segunda sesión de Comisión III del ENCP.
- Análisis de los Acuerdos y desacuerdos protocolizados en el plenario del ENCP.

Este convenio tiene un plazo de ejecución hasta el 29 de febrero de 2024. Posterior al cual, se iniciará el proceso de reglamentación a partir de los acuerdos alcanzados entre gobierno y Espacio Nacional de Consulta Previa.

3.8.3 Pueblo Rrom/Gitano

En desarrollo de una sesión de la Comisión Nacional de Diálogo Gitano llevada a cabo durante los días 9 y 10 de octubre de 2023, se realizó apertura de la fase de preconsulta

con este grupo étnico y se definió la ruta para llevar a cabo la fase de consulta de la ruta de consulta previa del proyecto de Ley 339 de 2023. Para ello se acordó adelantar el proceso con el operador logístico contratado por el Ministerio. En el mes de enero de 2024, la organización presentará como producto un documento que contendrá los resultados y propuestas del proceso de consulta

4. MARCO JURÍDICO DEL PROYECTO DE LEY – DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

4.1 Constitución Política de Colombia y jurisprudencia constitucional.

Colombia es un Estado Social de Derecho, cuya meta principal dentro del cumplimiento de los derechos sociales ha sido "(...) la creación de condiciones razonables de vida (...)"¹, lo cual guarda entera armonía con el hecho de que la Constitución Política establece principios como la dignidad humana, la solidaridad y la prevalencia del interés general. Así, a través de los años la actividad judicial y, en especial la de la Corte Constitucional, ha acudido a esos principios para el análisis de posibles violaciones de derechos fundamentales establecidos en la Carta Magna.

En esa línea, la Corte Constitucional se ha referido al derecho a la salud como un derecho fundamental atípico, pues si bien se ubica en el acápite de los derechos sociales, su naturaleza se nutre de principios como el de solidaridad² y dignidad humana³, así también del derecho fundamental a la vida, como bien lo estableció en alto tribunal en la Sentencia T-760 de 2008⁴ y en un número importante de casos, los cuales abarcan desde medidas relevantes en materia de política pública de salud y llegan a atender casos concretos en favor de sujetos de especial protección que reclaman beneficios enlistados dentro de las garantías establecidas en el sistema de salud, como los medicamentos cubiertos por el actual Plan de Beneficios en Salud (PBS) antes Plan Obligatorio en Salud (POS).

Si bien el derecho a la salud se encuentra en los artículos 48 y 49 de la Constitución, como un derecho social y prestacional que debe ser reglamentado y dirigido por el Estado, en pro de regular los diversos actores del sistema, la esencia y objetivo es garantizar la vida digna de quienes se encuentran dentro del territorio colombiano. Esto se denota en la Sentencia C-313 de 2014, por medio de la cual se declara exequible la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que regula el derecho fundamental a la salud, providencia en la que se expone que:

¹ Gaceta # 7 Asamblea Constituyente 1991 "Proyecto de Acto Reformatorio de la Constitución Política de Colombia" Título: Derechos sociales.
² Sentencia C-313 de 2014. "... El principio de solidaridad exige la ayuda mutua entre las personas afiliadas, vinculadas y beneficiarias, independientemente del sector económico al cual pertenecen; y sin importar el estatus orden generacional en el cual se encuentran. Este principio se manifiesta en otra subregión, a saber: En primer lugar, el deber de los estados con respecto a recursos económicos de contribuir al financiamiento de la seguridad social de las personas de escasos recursos, por ejemplo, mediante acciones adicionales destinadas a subsanar los ausentamientos de asistencia y subsistencia de sistemas integrales de seguridad social en pensiones, cuando los altos ingresos les constata así lo permitan. En segundo término, la obligación de la sociedad entera o de alguna parte de ella, de colaborar en la protección de la seguridad social de las personas que por diversas circunstancias están imposibilitadas para procurarse su propio sustento y el de su familia (...)"
³ Sentencia C-313 de 2014. "... Una sentencia de la configuración jurisprudencial del referente o del contenido de la expresión "dignidad humana" como entidad normativa, puede presentarse de dos maneras: a partir de un objeto concreto de protección y a partir de su funcionalidad normativa. Al tener como parámetro de validez el objeto de protección del enunciado normativo "dignidad humana", la Sala ha establecido a lo largo de la jurisprudencia de la Corte, sus lineamientos claros y observables: (i) La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como seres); (ii) La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien); y (iii) la dignidad humana entendida como integridad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones)" (Sentencia T-881 de 2002 M.P. Monsalvo y Linares).
⁴ "... El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y a su habitabilidad. En segunda instancia ha sido reconocido su naturaleza fundamental en contextos donde subsiste un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que en dicho ámbito de servicios de salud repetidos sea efectivamente garantizado; la tercera, se afirmó en general la fundamentación del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual concide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna (...)"

En cuanto al marco normativo se destacó la importancia de la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, dada su pertinencia para la regulación del derecho a la salud. Por lo que respecta al desarrollo jurisprudencial de la Corte sobre el derecho a la salud, se recordó que inicialmente se le estimaba como fundamental en razón de su conexidad con otros derechos fundamentales. Igualmente se mencionó el cambio jurisprudencial en la definición y conceptualización del derecho fundamental, en particular, el peso de la dignidad humana en la calificación de un derecho como fundamental.

La Corporación reiteró la importancia de los diversos elementos que caracterizan a un derecho como fundamental y en particular la transmición del derecho en una garantía subjetiva en razón del desarrollo legislativo o administrativo de las cláusulas constitucionales y la importancia de la existencia de consensos, en torno al carácter fundamental del derecho.

La Sala, destacó los propósitos de la Ley Estatutaria, en particular, se hizo alusión a la exposición de motivos, enfatizando en la relevancia de la Observación 14 como guía interpretativa y en la idea de una cobertura de beneficios que tuviese como límite lo excluido por la Ley.

De ahí que la Corte Constitucional afirma, dentro de la misma decisión, que "(...) es de esperarse que, en la legislación ordinaria y su reglamentación, las labores de dirección, regulación, vigilancia y control, así como los agentes prestadores del servicio y quienes suministran los insumos, se enfoquen en función de garantizar el derecho fundamental a la salud para todos los habitantes de Colombia en forma universal y con calidad".

Por otro lado, la Corte recaló que se deberán hacer los respectivos ajustes para contrarrestar las ineficacias o errores mismos del sistema de salud, siendo competencia del Ministerio de Salud presentar la propuesta de reforma que permita resolver los problemas al: (i) manejo adecuado de los recursos públicos; (ii) la prevención y atención de la enfermedad; (iii) la rectoría del sistema de salud en cabeza del Estado -como modelo de salud de aseguramiento público-; (iv) el acceso y calidad de servicios de salud para toda la población en cualquier parte del país; (v) el saneamiento financiero de las entidades del Estado del sector salud; (vi) la regulación de los mercados de salud a través de políticas públicas claras; y (vii) la inspección, vigilancia y control.

Estos contenidos de la Constitución Política y la Ley guardan entera armonía con los principios y mandatos que forman parte del denominado bloque de constitucionalidad y que aluden a la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Convenios de Ginebra, la Declaración de los Derechos del Niño, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de Naciones Unidas, los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, la Observación General N.º 14, la Proclamación de Teherán, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo Social, la Declaración de Alma Ata, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Observación General N.º 6 sobre derecho a la vida, los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la

tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, el Protocolo de San Salvador de 1988, la Convención sobre los Derechos del Niño, el Convenio N.º 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, las Observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración y Programa de acción de Viena, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En especial, como lo ha hecho la Corte Constitucional en sus diversas sentencias, se ha acudido a las recomendaciones para un mejor sistema de salud de la Observación General 14, así como a la Resolución 2542 de 1969 de las Naciones Unidas y la Observación General 6.

4.2 Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud)

La Ley 1751 de 2015, es el resultado de constantes debates y propuestas presentadas por la sociedad civil y el Estado, dentro de las cuales se destacan las de la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA), la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, la Asociación Colombiana de Sociologas Científicas de la Salud, la Secretaría Distrital de salud de la ciudad de Bogotá, los Congresistas de diversos sectores políticos y el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

La Ley se sometió a la revisión automática por parte de la Corte Constitucional y fue declarada exequible con considerandos e inexistencias parciales que se detallan en la Sentencia C-313 de 2014. En dicha sentencia, como ya se enunció líneas atrás, **se expone la necesidad de legislar via leyes ordinarias**, como por otras vías normativas "(...) las labores de dirección, regulación, vigilancia y control, así como los agentes prestadores del servicio y quienes suministran los insumos, se enfoquen en función de garantizar el derecho fundamental a la salud para todos los habitantes de Colombia en forma universal y con calidad."

La Ley Estatutaria de Salud ordena un sistema inclusivo que impone un principio de universalidad, de igualdad en el acceso a servicios de salud, con garantía de la autonomía profesional, el respeto por el trabajo digno del personal que presta los servicios de salud, la atención inmediata de las urgencias y como parte del derecho se reconocen los determinantes sociales de la salud como los definió la Observación General 14 de la Organización de Naciones Unidas del año 2000.

Para garantizar este marco normativo se debe ajustar el diseño institucional establecido en la Ley 100 de 1993 y reafirmado por sus reformas posteriores, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011. De esta manera, el proyecto propuesto propende por mantener una relación con cada artículo de la Ley Estatutaria y los principios y valores de rango superior, de manera que el engranaje normativo aplicable sea fortalecida y su aplicación sea una realidad, lo cual se reflejará en una mejora significativa en la calidad de vida de quienes habitan el territorio nacional.

5. JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO GENERAL

El arreglo institucional creado en la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia entregó el gasto social a las reglas del mercado. En este proceso, muy tempranamente, Ocampo (1998) señaló que dicha ruta llevaría a que el mercado articulara y potenciara los mecanismos de concentración del ingreso y apropiación de excedentes económicos, anulando el efecto redistributivo de las políticas sociales⁵. En un país con profundas inequidades como Colombia, estas reformas demostraron que al poner en el centro la maximización de la ganancia y la búsqueda de rentabilidad a toda costa, el arreglo institucional fue permisivo con la corrupción. Por lo tanto, se considera que tres décadas después, es necesario que la intervención estatal y la autoridad sanitaria establezcan los correctivos, no solo por razones de equidad sino de eficiencia⁶.

La Corte Constitucional, desde su creación en 1992, ha desarrollado un acervo jurídico sobre el estatus de fundamental para el derecho, así como sus componentes esenciales. La sentencia T-760 de 2008 ordenó a las entidades responsables de la salud en Colombia corregir las fallas que presentaba el sistema; lo cual a la fecha sigue pendiente. La corte también definió que "La salud tiene dos facetas distintas, que se encuentran estrechamente ligadas: por una parte, se trata de un servicio público vigilado por el Estado; mientras que, por la otra, se configura en un derecho que ha sido reconocido por el legislador estatutario como fundamental, de lo que se predica, entre otras, su carácter de irrenunciable. Además de dicha condición, se desprende el acceso oportuno y de calidad a los servicios que se requieran para alcanzar el mejor nivel de salud posible".

En cuanto a los elementos que rigen el derecho fundamental a la salud, la Corte ha destacado que se trata de "aquellos componentes esenciales que delimitan su contenido dinámico, que fijan límites para su regulación y que le otorgan su razón de ser. El derecho a la salud incluye los siguientes elementos esenciales: la disponibilidad, la aceptabilidad, la accesibilidad y la calidad e idoneidad profesional"⁷.

Uno de los puntos de mayor inflexión en la determinación del derecho fundamental a la salud es la Ley 1571 de 2015 –Ley Estatutaria en Salud que ordena al Estado "retomar" su rol como ordenador del sistema de salud, se regula el derecho fundamental a la salud y se define que "El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación

⁵ Ocampo, Jose Antonio (1998) Distribución del ingreso, pobreza y gasto social en América Latina. En: Revista de la CEPAL 65. Agosto de 1998. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/70e0c626-9eb1-4268-8598-2b61fb64a4a4/content>
⁶ Franco-Giraldo A. Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32(1): 95-107. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rnsp/v32n1/v32n1a11.pdf>
⁷ Colombia - Corte Constitucional de Colombia CC. Sentencia T-760 de 2008. Magistrado Ponente: Dr. Manuel José Cepeda Espinosa. Fecha de consulta: 8 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>
⁸ Colombia – Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-121/15. Magistrado Ponentes: Luis Guillermo Guerrero Pérez. Fecha de consulta: 11 de febrero de 2024. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/T-121-15.htm>

para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado⁹

La orientación jurisprudencial de la Corte Constitucional y la importante participación y movilización ciudadana y gremial en torno al derecho, han sido determinantes en los ajustes que han ido moldeando el sistema de salud colombiano hasta la situación actual que a su vez determina las condiciones de partida que por un lado justifican el cambio y por otro dan soporte y valiosos aprendizajes para construir la reforma estructural requerida y que dé cuenta de los principios y elementos que debe contener el derecho fundamental a la salud: dignidad humana, igualdad, solidaridad, interés general, universalidad, acceso oportuno y de calidad, y, eficiencia del sistema de salud.

5.1 Segmentación de la población por capacidad de pago

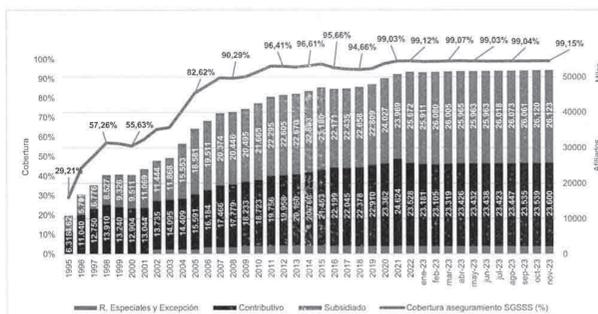
Desde su diseño, la Ley 100 de 1993, en su artículo 157, definió que existirían “dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en salud”:

- Los afiliados del régimen contributivo que serían las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.
- Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado que serían las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización.

Como puede observarse en la Figura 1, actualmente, el país tiene una cobertura de afiliación del 99,15%; la expansión de la afiliación de la población se ha logrado especialmente por un incremento en la población afiliada al Régimen Subsidiado; la cual se ha logrado dada la confluencia de recursos propios de la nación, de los territorios, recursos por solidaridad y de origen en otras fuentes del sector.

⁹ Artículo 2 de la Ley 1751 de 2015 - Estatutaria en Salud.

Figura 1. Serie 1995 – 2023. Cobertura de afiliación al SGSSS



Fuentes: Serie anual de afiliación a nivel nacional (BDUA) y Estimación y proyección de población DANE (Censos 2005 y 2018). Cálculos: Ministerio de Salud y Protección Social

Ahora bien, esta cifra de cobertura de la afiliación dista de significar el “acceso a los servicios de salud de promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención paliativa que se ajusten a las necesidades, sin discriminación alguna, cuando y donde las personas lo necesitan, sin tener que hacer frente a dificultades económicas, con una base sólida de Atención Primaria¹⁰”; por el contrario, encubre que el SGSSS responde a las necesidades de salud de la población de acuerdo a la capacidad de pago de las personas y por lo tanto limita estructuralmente el papel del sistema de salud en la reducción de inequidades¹¹.

Toda vez que, la población afiliada al régimen subsidiado tiene peores indicadores en salud, por ejemplo:

- Menor acceso a todos los servicios de salud en general¹²
- Menor utilización de servicios preventivos, de atención primaria y consulta especializada¹³

¹⁰ Naciones Unidas (2019). Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. Disponible en: https://digitallibrary.un.org/record/2833355/files/A_RES_74_2-ES.pdf
¹¹ Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. Washington D.C.: OPS; 2010.
¹² Observatorio Nacional de Salud. Desigualdades sociales en salud en Colombia. Informe Técnico. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2015. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.009>
¹³ García-Subirats I, Vargas-Lorenzo I, Mopolón-Pérez AS, De Paeppe P, Ferrera Da Silva RM, Unjer JP, et al. Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. Gac Sanit. 2015;28:480-8. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.010>

- Mayor tiempo de espera para la asignación de citas de consulta general¹⁴
- Mayor incidencia y mortalidad en los eventos de interés en salud pública, como: mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y desnutrición; mortalidad materna, sífilis gestacional y sífilis congénita; Leishmaniasis, enfermedad de Chagas, malaria, lepra y tuberculosis¹⁵.
- Mayor carga de enfermedad asociada a morbi – mortalidad en condiciones obstétricas como morbilidad materna, morbilidad materna externa, mortalidad materna y perinatal y afecciones frecuentes de la infancia y lesiones por causas violentas¹⁶
- Peor cobertura de los sistemas de información para el registro de sus condiciones de salud¹⁷
- Peor seguimiento y control de la artritis reumatoidea, tuberculosis, epilepsia¹⁸.
- Mayor riesgo de hospitalización¹⁹
- Mayor gasto de bolsillo en salud²⁰

En este sentido, la Corte Constitucional en sus sentencias T-760 de 2008 y C-313 de 2014 han expresado la necesidad de eliminar de la segmentación por capacidad de pago dentro del sistema de salud como un elemento indispensable para el cierre de brechas y la garantía del derecho en “igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento rehabilitación y paliación”²¹.

5.2 Ineficiencia del actual sistema de salud

La eficiencia en los sistemas de salud hace referencia a la correlación entre el dinero invertido y la salud obtenida por ello^{22,23}. Pueden diferenciarse dos clases:

¹⁴ Peña-Montoya ME, Garzón-Duque M, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A. Acceso a los servicios de salud de los adultos mayores. Antioquia - Colombia. Universidad y Salud. 2016;18:219-31
¹⁵ Hilarón-Gatán L, Díaz-Jiménez D, Cotes-Cantillo K, Castañeda-Orijuela C. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015. Biomédica. 2019;39:737-47. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4453>
¹⁶ Mora-Moreo Laura; Estrada-Orozco, Kelly; Espinosa Oscar & Mesa Melgarejo Lorena. Characterization of the population affiliated to the subsidized health insurance scheme in Colombia: a systematic review and meta-analysis. Systematic Review. International Journal for Equity in Health (2023) 22:28 <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01818-x>
¹⁷ Ibidem
¹⁸ Ibidem
¹⁹ Ibidem
²⁰ Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Acceso a servicios de salud en Colombia: Décimo primer Informe Técnico. Bogotá, D.C., 2019. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia.ppt>
²¹ Artículo 2 de la Ley 1751 de 2015
²² En: Izquierdo, Alejandro, Carola Pessino y Guillermo Vuletin (editores). 2018. Mejor gasto para mejores vidas: Como América Latina y el Caribe puede hacer más con menos. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/mejor-gasto-para-mejores-vidas-como-america-latina-y-el-caribe-puede-hacer-mas-con-menos-resumen>
²³ ¿En qué gastan los países sus recursos en salud?: el caso de Colombia / Catalina Gutiérrez, Santiago Palacio, Usula Giedion, Marcela Distrutti. Nota técnica del BID ; 2784. DOI: <http://dx.doi.org/10.18235/0005157> Disponible en: ¿En qué gastan los países sus recursos en salud?: el caso de Colombia / Catalina Gutiérrez, Santiago Palacio, Usula Giedion, Marcela Distrutti. Nota técnica del BID ; 2784. DOI: <http://dx.doi.org/10.18235/0005157> Disponible en: ¿En qué gastan los países sus recursos en salud?: el caso de Colombia (iadb.org) n los países sus recursos en salud?: el caso de Colombia (iadb.org)

- Asignativa** (“hacer las cosas correctas”): Hace referencia a la asignación de recursos a los servicios de salud que obtienen mayor ganancia en resultados en salud. Ejemplos de asignación ineficiente son: priorización inadecuada, ausencia de guías de práctica clínica, reportes con información incompleta y gobernanza inadecuada del sistema²⁴.
- Técnica** (“hacer las cosas bien”): Se refiere a la obtención de productos con la menor cantidad de posible de recursos o insumos; ejemplo de esta ineficiencia es: duplicación de exámenes, reingresos evitables o estancias hospitalarias prolongadas²⁵.

Utilizando el *Análisis Envolvente de Datos – DEA* (Data Envelopment Analysis – DEA) Izquierdo y cols. (2018) identificaron que: “una mejor gobernanza y calidad institucional de los sistemas de salud influyen en la eficiencia con la que los países traducen un determinado presupuesto para la salud en mejores resultados de salud de la población, acceso y equidad en el acceso a los servicios”²⁶. Adicionalmente, los estudios en los países de ingresos más altos mostraron que las puntuaciones de eficiencia superiores están asociadas con menos aseguradoras, con modelos de prestación de servicios de salud donde los médicos de atención primaria orientan la puerta de entrada y con sistemas de salud descentralizados.

En ese sentido, se ha demostrado que la prestación de servicios de diagnóstico y de tratamiento oportunos y de alta calidad en la atención primaria previene el deterioro agudo, la progresión o las complicaciones en personas enfermas. Además, la gestión proactiva de las enfermedades en la atención primaria puede contribuir a contener el gasto en salud, al reducir o incluso evitar la necesidad de visitas de urgencia, hospitalizaciones o procedimientos más complejos.

La subutilización de intervenciones de atención primaria tiene como resultado tanto calidad subóptima del cuidado como ineficacia; no solo pone en peligro la salud de las personas sino que se pierden oportunidades de ahorro. El fortalecimiento de la atención primaria (nivel primario de atención) obliga a desarrollar mayor coordinación entre los diferentes niveles del sistema de salud (Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud), a apoyar la formación, distribución y productividad de recursos humanos y a invertir en sistemas de información más sólidos que respalden el monitoreo y la gestión²⁷.

Igualmente, influyen de forma importante en la eficiencia del sistema de salud: a) la efectividad del gobierno, b) la transparencia, c) la participación ciudadana en la formulación de políticas, y c) la calidad regulatoria²⁸.

²⁴ En: Izquierdo, Alejandro, Carola Pessino y Guillermo Vuletin (editores). 2018. Mejor gasto para mejores vidas: Como América Latina y el Caribe puede hacer más con menos. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/mejor-gasto-para-mejores-vidas-como-america-latina-y-el-caribe-puede-hacer-mas-con-menos-resumen>
²⁵ Ibidem
²⁶ Ibidem
²⁷ Ibidem
²⁸ Ibidem

El análisis en América Latina y el Caribe muestra que persisten grandes ineficiencias en los sistemas de salud, debido sobre todo al segmentado despliegue de la atención primaria, se calcula que para el año 2009 se podrían haber prevenido un promedio de 9,6 millones de hospitalizaciones (el 19% del total de egresos) por año mediante una atención primaria accesible, oportuna y adecuada; por lo cual, el costo anual para la región de las hospitalizaciones evitables se estimó en un 2,4% del gasto público total en salud y en un 1,5% del total de gastos en salud²⁹.

Específicamente para el sistema de salud colombiano, un reciente informe del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)³⁰ concluye que la eficiencia del gasto del sistema de salud colombiano es menor comparada con otros países, ocupando el puesto 10 entre 25 países de Latinoamérica y el Caribe.

El informe detalla que Colombia gasta un total del 8% del PIB en el sector salud, cifra 0,5 puntos porcentuales por debajo del promedio de la muestra de los 47 países analizados (8,5%), un (1) punto porcentual por encima del promedio de los países latinoamericanos (7%). Sin embargo, al desagregar tal erogación, se evidencia que el 6,3% corresponde al gasto público en salud, un porcentaje por encima, tanto del promedio de la OCDE (6,1%), como del promedio latinoamericano (4,7%). Tomando como base dicho nivel de asignación, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) señala que Colombia revela un espacio para mejorar la eficiencia del gasto; esto es, la potencial probabilidad de aumentar entre 6 meses y hasta 4 años la esperanza de vida de la población. En particular, el informe resalta la alta absorción de recursos que representa la administración del aseguramiento en el sistema.

De acuerdo con los investigadores, se destaca de manera específica las siguientes ineficiencias en el gasto colombiano en salud:

- Gasto administrativo creciente y elevado:** En los países de la OCDE, este gasto es en promedio de 3,5%; para Colombia, se encuentra el promedio en 5,4%. Dicho gasto administrativo excesivo puede darse a raíz de ineficiencias en la gestión o la gobernanza del sistema, por ejemplo, por duplicidad de funciones.
- Sobre uso de los servicios de urgencias:** En Colombia, la tasa estimada de servicios de urgencias es de 58 por cada 100 afiliados; casi duplica al promedio de la OCDE, que asciende a 31 por cada 100 personas. Dicho sobreuso de urgencias puede estar explicado por una limitada capacidad resolutoria en el primer nivel, pues está ampliamente documentada una tendencia mundial hacia uso excesivo de urgencias por condiciones idealmente atendidas en niveles de menor complejidad; luego, a raíz de las limitaciones estructurales en el nivel de atención primaria, se presenta una situación de encarecimiento de los servicios y un uso inadecuado de los recursos.

²⁹ Ibidem

³⁰ ¿En qué gastan los países sus recursos en salud?: el caso de Colombia / Catalina Gutiérrez, Santiago Palacio, Usula Gieblon, Marcela Distrutti. Nota técnica del BID / 2784. DOI: <http://dx.doi.org/10.18235/0005157>. Disponible en: ¿En qué gastan los países sus recursos en salud?: el caso de Colombia / Catalina Gutiérrez, Santiago Palacio, Usula Gieblon, Marcela Distrutti. Nota Técnica del BID / 2784. DOI: <http://dx.doi.org/10.18235/0005157>. Disponible en: ¿En qué gastan los países sus recursos en salud?: el caso de Colombia (iadb.org) n los países sus recursos en salud?: el caso de Colombia (iadb.org)

- Mayor gasto en medicamentos:** Para 2021, la OCDE evidenció un gasto público promedio en medicamentos de alrededor del 12 a 15% de su gasto público en salud. Por su parte, Colombia registra un gasto en el mismo rubro de 4 a 7 puntos porcentuales por encima de dicho margen. Además, el país registra una diferencia de 20% entre el precio de compra en el laboratorio mayorista de medicamentos y el precio que paga el sistema de salud.
- Elevada tasa de hospitalizaciones por causas prevenibles:** Se calcula que en el 2019 el 21% de los egresos hospitalarios se dieron por condiciones sensibles a la atención primaria, siendo la tasa más alta entre países de la región. Entre 2017 y 2019 el 17% del gasto en hospitalizaciones se generó por condiciones sensibles a la atención primaria; lo que equivale a 1,7 billones de pesos al año.
- Poco impacto sobre los estilos de vida modificables asociados a la presencia de enfermedades crónicas:** Los resultados para Colombia muestran que una reducción del 10% en la incidencia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas cardiovasculares (tabaco, hipertensión arterial, niveles altos de glucosa en sangre y alcohol) disminuiría el gasto proyectado en salud en casi 2%.
- Crecimiento acelerado del gasto en servicios curativos y paliativos,** acaparando una porción creciente de los recursos. En promedio, el 89,8% del gasto público total en salud se invierte en servicios de salud curativa y paliativa, el 5,4% a gastos administrativos, el 2,4% a servicios preventivos individuales y el 2,5% restante a salud pública.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) advierte que al menos el 20% del gasto en salud no contribuye de manera significativa a mejorar la salud de la población, por lo que se requiere de la implementación de estrategias que logren mejores resultados en salud con los recursos disponibles. En particular, el informe detalla la necesidad de implementar mecanismos como el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de la atención primaria en salud (evitando así la desviación de recursos limitados hacia atenciones que podrían ser abordadas y prevenidas desde instancias de menor complejidad), la reducción de los precios de los medicamentos, y la mejora de los modelos de atención para enfermedades crónicas. De esta manera, lograr hacer las cosas correctas (eficiencia asignativa), con la menor cantidad de recursos posibles (eficiencia técnica).

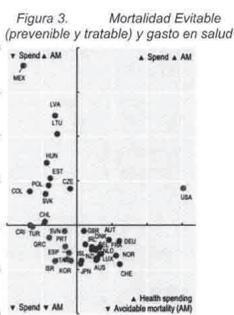
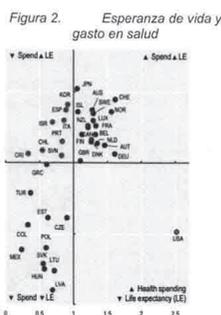
Así mismo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en su reciente informe Health at a Glance 2023³¹, analizó en qué medida el gasto en salud de los países miembros de la organización se correlaciona con una mejora en dos dimensiones: resultados de salud y acceso a la atención en salud de calidad.

Las Figuras 2 y 3 ilustran la correlación entre gasto en salud y resultados en salud para los países de la OCDE. Como lo ilustra la Figura 2: "Esperanza de vida y gasto en salud", hay una relación positiva entre las dos variables mencionadas. De la muestra de 38 países,

³¹ OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>

aquellos ubicados en el cuadrante superior derecho (18 en total) tienen un gasto en salud mayor y una esperanza de vida mayor que el promedio de la OCDE. Caso contrario, los 11 países ubicados en el cuadrante inferior izquierdo registran gastar menos en salud como proporción de su PIB, y tener una esperanza de vida menor que el promedio de la OCDE; en este último grupo se encuentra ubicado Colombia.

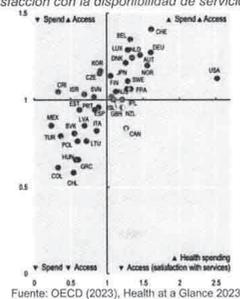
Para el caso de las variables analizadas en la Figura 3: "Mortalidad evitable (prevenible y tratable) y gasto en salud", también existe una asociación positiva. En la muestra de países analizados, 18 registran un gasto superior al promedio y tasas de mortalidad evitables más bajas (cuadrante inferior derecho), mientras 10 países gastan menos en salud que el promedio de la OCDE y evidencian más muertes que podrían haberse evitado (cuadrante superior izquierdo); en este último grupo se encuentra ubicado Colombia.



Fuente: OECD (2023), Health at a Glance 2023.

Finalmente, en la Figura 4: se analizan los resultados en acceso a salud respecto al gasto en dicho rubro. Se evidencia una correlación positiva entre las dos variables, ubicando en el cuadrante superior derecho a 14 países con un gasto superior al promedio de la OCDE y una mayor proporción de población satisfecha con la disponibilidad de atención médica de calidad. Por su parte, en el cuadrante inferior izquierdo, 14 países registran un gasto en salud menor y una menor porción de la población satisfecha con el acceso a servicios de salud de calidad respecto al promedio de la OCDE; en este último grupo se encuentra ubicado Colombia.

Figura 4. Satisfacción con la disponibilidad de servicios de calidad y gasto sanitario



De esta manera, se demuestra que Colombia registra bajos resultados en salud en correlación con su nivel de gasto. Esto puede explicarse por fallas en la eficiencia asignativa del sistema colombiano, en concordancia con las conclusiones del estudio previamente citado del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Además, dicho nivel de ineficiencia tomar particular relevancia teniendo en cuenta que, aún ante escenarios de aumentos considerables en el presupuesto destinado al sector salud, los resultados del gasto continuarían viéndose limitados de mantenerse el esquema vigente de asignación del mismo; obediendo a las conclusiones del BID, un 20% del presupuesto en salud seguiría desviándose a gasto ineficiente.

Por su parte, Melo-Becerra y cols (2023)³² al analizar las EPS en el periodo 2014 – 2021, encontraron que el 21% de las EPS han operado con una eficiencia promedio de menos del 40%, mientras que un 43,9% se encuentran en el rango entre el 40% y 60%, un 15,8% entre el 60% y 80%, finalmente, un 19,3% de las EPS tienen una eficiencia promedio de más del 80%. Se encontró que las EPS más eficientes en la administración de sus recursos no necesariamente obtienen los mejores resultados en términos de calidad de los servicios.

³² Melo-Becerra, L (coordinadora); Arango-Thomas, L.; Ávila-Montesalegre, Ó.; Ayala-García, J.; Bonilla-Mejía, L.; Botero-García, J.; Cardona-Badillo, M.; Crispin-Fory, C.; Gallo-Montaño, D.; Granger-Castaño, C.; Guzmán-Finol, K.; Iregui-Bohórquez, A.; Ospina-Tejero, J.; Pinilla-Alarcón, D.; Posso-Suárez, C.; Ramírez-Giraldo, M.; Ramos-Foreiro, J.; Ramos-Velozza, M.; Restrepo-Tobón, D.; Restrepo-Zea, J.; Silva-Samudio, G.; Vásquez-Escobar, D. (2023). Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. Ensayos sobre Política Económica (ESPE), núm. 106, octubre, DOI: <https://doi.org/10.32468/espe106>.

Tabla 1 Eficiencia técnica de las EPS

Rangos por eficiencia	EPS	Porcentaje del total	EPS RC	EPS RS
0 - 40	12	21	3	9
40- 60	22	43,9	9	13
60 – 80	9	15,8	3	6
80 - 100	11	19,3	7	4
Total	54	100	22	32

Tomado de: Melo-Becerra y cols. (2023)

Los mismos investigadores, encontraron para las 1.210 IPS, que operaban entre 2017 y 2021, la eficiencia promedio fue del 75%, lo que indica que en promedio las entidades podrían aumentar su producción en un 25% sin requerir nuevos insumos. La ineficiencia encontrada se explica por una mala gestión de los recursos, independientemente de las variaciones en la calidad de los servicios brindados³³

Tabla 2 Eficiencia técnica de las IPS

Por rangos de eficiencia	Número de IPS	Porcentaje total
0 – 60	251	20,7
60 – 80	352	29,1
80 – 100	607	50,2
Total	1.210	100

Tomado de: Melo-Becerra y cols. (2023)

Los autores concluyen que: "aunque las IPS tienen en promedio mayores niveles de eficiencia técnica que las EPS, su desempeño en términos de manejo gerencial y rentabilidad es menor. Esto podría explicarse, entre otras razones, por las deudas que tienen las EPS con las IPS que, puesto afectan no solo su desempeño y rentabilidad sino la prestación de los servicios de salud. Por otro lado, las quiebras de las EPS también afectan las condiciones financieras de las IPS".

Queda claro que el SGSSS permite y estimula grandes ineficiencias que mejoran las inequidades salud y no permiten que los colombianos tengamos mejor una mejor salud pese a que el gasto lo permitiría.

5.3 Orientación del sistema hacia la enfermedad y resultados en salud inequitativos

Aunque Colombia registra coberturas de aseguramiento en salud por encima del 99% y se realiza una importante inversión pública en salud, lo anterior no se refleja en la garantía del derecho fundamental a la salud de la población. El país registra resultados en salud deficientes e inequitativos, materializados en bajas coberturas en intervenciones de

³³ Ibidem

promoción de la salud y prevención de la enfermedad y presencia de morbilidad y mortalidad por condiciones que se consideran evitables y atribuibles³⁴ al sistema de salud³⁵.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud del país no ha integrado de manera efectiva un enfoque hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, lo que se evidencia en la persistencia de bajas coberturas de intervenciones relacionadas con protección específica y detección temprana y en la consecuente materialización de riesgos en salud con ocurrencia de enfermedades y muertes prevenibles e importantes costos sociales y económicos. Para el periodo 2014 - 2020, en el país no se alcanzaron las coberturas esperadas para ninguno de los veintitrés indicadores evaluados en esta categoría y aquellos relacionados con: asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH en gestantes, captación temprana al control prenatal, tamizaje y tratamiento terminado para sífilis en gestantes, tratamiento de recién nacidos con sífilis congénita, tamizaje para hepatitis B en gestantes, consulta de planificación familiar, suministro de método de planificación familiar, toma de citología cérvico uterina, toma de mamografía, consulta del adulto, consulta de joven, control de placa bacteriana y tamizaje de agudeza registraron coberturas promedio para el periodo inferiores al 50% (Tabla 3).

Tabla 3 Indicadores protección específica y detección temprana (PEDT). Total País 2014 - 2020

Indicador	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH	19,97	23,27	26,25	42,29	56,13	67,91	79,44
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal	26,73	36,82	34,13	42,36	50,91	54,25	44,09
Proporción de gestantes con control de sífilis materna	21,37	33,12	44,36	54,30	65,24	73,21	57,49
Proporción de gestantes con sífilis gestacional y tratamiento terminado	11,36	4,32	22,79	37,45	46,49	41,91	57,49
Proporción de gestantes con suministro de microbuzantes	27,55	45,26	46,85	59,02	58,97	61,58	59,84
Proporción de gestantes con tamizaje para Hepatitis B	22,36	30,56	41,26	48,14	55,51	64,86	68,46
Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	32,24	40,71	56,84	62,65	74,05	80,30	80,63
Proporción de gestantes con tamizaje para VIH	26,98	35,79	36,38	54,52	64,63	77,75	79,44
Proporción de mujeres con ingreso a cuidados y desarrollo	29,89	42,27	51,75	59,43	67,19	70,79	79,13
Proporción de mujeres con consulta de planificación familiar	11,57	15,50	19,66	27,97	33,62	38,59	37,73
Proporción de mujeres con suministro de método de planificación familiar	10,15	9,73	13,61	22,69	29,13	33,32	39,79
Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina	12,86	20,91	32,80	41,82	49,24	52,97	51,13
Proporción de mujeres con toma de mamografía	6,01	12,35	16,32	19,23	21,24	24,27	22,87
Proporción de mujeres que requieren toma de colposcopia y cumplen el estándar de oportunidad	15,55	13,88	10,60	12,25	11,48	11,85	12,36
Proporción de personas con consulta del adulto	16,22	16,23	15,04	21,27	27,86	30,94	32,99
Proporción de personas con consulta del joven	14,98	15,20	19,00	25,67	32,26	35,79	32,38
Proporción de personas con consulta por oftalmología	3,20	4,38	7,13	9,39	13,12	15,32	13,87
Proporción de personas con control de placa bacteriana	16,56	19,96	22,82	28,49	33,44	37,31	33,17
Proporción de personas con tamizaje de agudeza visual	7,41	9,29	11,90	16,35	21,07	21,48	17,23
Proporción de población con vacunación e intervención del riesgo	44,41	58,23	59,42	75,06	88,01	82,82	83,28
Proporción de recién nacidos con Sífilis Congénita y tratamiento terminado	16,55	36,52	59,49	64,71	24,78	39,71	34,78
Razón de controles empujados a personas con IES	0,98	0,14	0,19	0,22	0,36	0,21	0,49

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Disponible en: https://rsrv2.sispro.gov.co/ped_t Seguimiento/

³⁴ Las muertes atribuibles al sistema de salud son aquellas que se consideran susceptibles de intervención a través de la calidad y el acceso a los servicios de salud. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Informe Cuando la muerte es evitable. Décimo quinto informe. Bogotá, D.C. 2023.
³⁵ Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Informe Cuando la muerte es evitable. Décimo quinto informe, pag 6. Bogotá, D.C. 2023.

5.3.1 Restricciones para la garantía del derecho de la población a la detección y tratamiento oportuno del cáncer

En el marco de la gestión integral del riesgo en salud en el componente individual, en donde las Empresas Promotoras de Salud tienen como función primordial la gestión del riesgo individual de la población a cargo, que implica: "la identificación, análisis y comunicación del riesgo en salud a los afiliados, la organización de la prestación de servicios de salud según los riesgos identificados y la implementación y el monitoreo de acciones orientadas a la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la misma una vez se ha presentado"³⁶; se observa el no cumplimiento de las metas establecidas para diferentes condiciones como leucemia aguda pediátrica, cáncer de mama, cáncer de cérvix, cáncer de próstata, entre otros.

En cuanto a la garantía del derecho de los niños y niñas a una detección y tratamiento oportuno de la **Leucemia Linfocítica Aguda Pediátrica** para el año 2022 de acuerdo con el reportado en el informe de indicadores de cálculo y resultado de distribución de recursos para ajustes ex POST (Tabla 4), se evidencia que del total de EPS:

- 12 de 31 EPS no cumplieron con el estándar de **5 días** para el diagnóstico e incluso algunas tardaron hasta **25 días** para su realización.
- 13 de 31 EPS no cumplieron con el estándar de **inicio del tratamiento dentro de los 5 días posteriores al diagnóstico** con demoras de hasta **60 días** en algunos casos, poniendo en **grave riesgo la salud y la vida** de los niños y niñas con este diagnóstico.
- 10 de 31 EPS no cumplieron con el estándar de **continuidad del tratamiento (Meta: 60%)**, expresión de las barreras de acceso administrativas y la ausencia de gestión del riesgo en salud.

³⁶ MSPS. Gestión Integral del Riesgo en Salud. Bogotá, D.C. 2028

Tabla 4 Indicadores de cálculo y resultado para ajustes ex POST. Leucemia Linfocítica Aguda 2022

EPS	Cantidad de diagnósticos	Cantidad de días del tratamiento	Cantidad del tratamiento
1			
2			
3	25,29	19,71	62,50%
4		10,00	
5			
6			
7	4,00	4,00	0,00%
8	8,00	33,33	23,08%
9	6,51	14,33	55,81%
10	4,31	3,00	100,00%
11	5,76	3,67	70,37%
12	11,40	5,50	40,00%
13	5,51	3,80	73,08%
14	2,29	3,00	87,50%
15			50,00%
16	15,64	23,50	42,31%
17			
18			
19			
20	2,00	10,00	0,00%
21	4,75	9,20	75,00%
22			
23	13,00		100,00%
24			
25			
26	3,80	15,20	80,00%
27	17,08	57,50	41,67%
28	13,25	13,78	49,05%
29	8,24	13,00	21,43%
30	3,62	3,67	84,21%
31	14,84	5,43	37,50%

Fuente: Fuente: Cálculo y resultado de la distribución de recursos, Cuenta de Alto Costo - MSPS. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>, ajustes ex POST 2023, Mecanismos de distribución.

En cuanto a la garantía del derecho a las mujeres a una detección y tratamiento oportuno por **cáncer de mama** (Tabla 5) en el año 2022 del total de EPS:

- 23 de 31 EPS **no garantizaron el tamizaje con mamografía (meta:40%)** a las mujeres entre 50 y 69 años a pesar de ser su derecho.
- 25 de 31 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad del diagnóstico (meta 30 días)** e incluso algunas tardaron hasta 65 días.
- 21 EPS no cumplieron con el estándar de **estadificación temprana al momento de diagnóstico (meta 60%)**.
- 25 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad de inicio del tratamiento (meta 45 días)** e incluso **10 EPS tardaron más de 80 días en el inicio de ese tratamiento**, lo que en consecuencia genera mayores costos familiares, sociales y para el sistema de salud.

Lo anterior se refleja en las coberturas nacionales relacionadas con estos indicadores las cuales fueron de 28,9% (Meta de 40%) para el tamizaje con mamografía, 44 días para oportunidad del diagnóstico (Meta de 30 días), 45% para estadificación temprana al momento del diagnóstico (Meta de 60%) y 69,9 días para la oportunidad de inicio del tratamiento (Meta de 45 días) y se relaciona con graves restricciones para el acceso a los servicios de salud, falta de oportunidad de la atención, fragmentación y segmentación con redes de atención que no se organizan en función de las necesidades de la población.

Un estudio realizado en Colombia³⁷ identificó que "una mayor fragmentación de la atención en salud, definida como el número de prestadores de servicios de salud que tratan a una paciente durante el primer año después del diagnóstico, se asocia con una disminución de la supervivencia a 4 años y un aumento del costo de atención de las mujeres con cáncer de mama en Colombia" e incluso el mismo estudio encontró que dentro de la cohorte de mujeres que participaron, algunas fueron atendidas hasta en 16 instituciones prestadoras de servicios de salud diferentes. Esta información puede explicar porque se reporta en investigaciones³⁸ realizadas para algunas poblaciones del país una supervivencia entre el 77% y el 80%, la cual es considerablemente inferior a la reportada a nivel global por la OMS³⁹ (GLOBOCAN) y que es superior al 90%.

Tabla 5 Indicadores de cálculo y resultado para ajustes ex POST. Cáncer de mama 2022

EPS	Cobertura del tamizaje con citología cervicouterina	Completitud del diagnóstico	Estadificación temprana al momento del diagnóstico	Oportunidad de inicio del tratamiento
1	17,04%			
2	30,31%	63,67%	50,00%	30,00%
3	20,61%	63,48%	27,28%	78,38%
4	9,86%	37,20%	0,00%	55,60%
5	40,30%	37,00%	88,80%	52,11%
6	11,97%	69,17%	60,00%	83,81%
7	15,87%	23,81%	87,00%	43,10%
8	43,61%	34,31%	53,00%	10,77%
9	40,89%	30,78%	58,51%	50,85%
10	47,00%	36,10%	53,17%	71,89%
11	18,07%	71,65%	63,17%	46,60%
12	30,81%	30,01%	43,92%	43,81%
13	51,86%	36,17%	61,41%	80,62%
14	34,87%	53,18%	45,00%	76,44%
15	26,84%	63,50%	16,67%	93,80%
16	36,61%	61,71%	46,50%	77,21%
17	18,62%	41,42%	34,20%	88,88%
18	38,22%	48,42%	46,00%	50,71%
19	35,18%	38,80%	40,00%	50,71%
20	12,21%	18,00%	100,00%	49,00%
21	5,61%	1,00%	100,00%	34,00%
22	16,34%	34,80%	30,00%	63,78%
23	20,00%	46,00%	10,70%	58,88%
24	17,07%	19,00%	0,00%	58,88%
25	34,44%	49,80%	77,94%	76,24%
26	18,01%	41,31%	49,80%	58,62%
27	20,11%	43,40%	74,00%	94,07%
28	14,18%	30,70%	34,00%	89,61%
29	20,81%	41,71%	40,14%	81,84%
30	41,29%	43,80%	38,38%	85,28%
31	18,67%	41,10%	45,20%	73,81%

³⁷ Gamboa Ó, Buitrago G, Patiño AF, Agudelo NR, Espinel LS, Eslava-Schmalbach J, Guevara Ó, Caycedo R, Junca E, Bonilla C, Sánchez R. Fragmentation of Care and Its Association With Survival and Costs for Patients With Breast Cancer in Colombia. *JCO Glob Oncol*. 2023 May;9:e2200393. doi: 10.1200/JCO.2022.00393. PMID: 37167575; PMCID: PMC10497286.
³⁸ Pardo, C. Vries, E. Supervivencia al cáncer de mama y cervix en el Instituto Nacional de Cancerología, Colombia. *Colomb. Med.* vol.49 no.1 Cali Jan./Mar. 2018
³⁹ Global Cancer Observatory, 2023. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/en>

Fuente: Cálculo y resultado de la distribución de recursos. Cuenta de Alto Costo – MSPS. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>, ajustes ex POST 2023, Mecanismos de distribución.

En cuanto a la garantía del derecho a las mujeres a una detección y tratamiento oportuno por **cáncer de cuello uterino** (Tabla 7), para el año 2022:

- 25 EPS no cumplieron con el estándar establecido en relación con la **realización de la citología cervicouterina** (meta 60%) a las mujeres pertenecientes a la población sujeto de este derecho.
- 25 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad del diagnóstico** (meta 30 días).
- 23 EPS no cumplieron con el estándar de **estadificación temprana al momento de diagnóstico** (meta 80%).
- 28 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad de inicio del tratamiento** (meta 45 días).

Las coberturas nacionales relacionadas con estos indicadores registran incumplimiento de los estándares establecidos con cifras de 48,2% (Meta de 60%) para el tamizaje con citología cervicouterina, 42,7 días para oportunidad del diagnóstico (Meta de 30 días), 43% para estadificación temprana al momento del diagnóstico (Meta de 80%) y 67,8 días para oportunidad de inicio del tratamiento (Meta de 45 días). La supervivencia reportada por GLOBOCAN para el nivel mundial es del 92%, sin embargo estudios desarrollados en el país muestran como esta cifra no supera el 63% en algunas poblaciones⁴⁰.

⁴⁰ Global Cancer Observatory, 2023. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/en>

Tabla 6 Indicadores de cálculo y resultado para ajustes ex POST. Cáncer de cuello uterino 2022

EPS	Cobertura del tamizaje con citología cervicouterina y autoexamen vaginal	Completitud del diagnóstico	Estadificación temprana al momento del diagnóstico	Oportunidad de inicio del tratamiento
1	47,71%			
2	37,62%	56,20%	20,00%	87,80%
3	39,30%	58,37%	28,89%	77,39%
4	23,44%	8,69%	28,57%	35,20%
5	38,61%			
6	31,50%	5,00%	0,00%	33,00%
7	45,62%	53,33%	63,64%	57,88%
8	45,14%	40,90%	50,70%	68,88%
9	51,71%	63,22%	79,20%	53,68%
10	16,48%	11,00%		
11	49,61%	41,40%	57,00%	65,79%
12	30,61%	40,11%	64,71%	64,24%
13	63,59%	51,36%	53,00%	74,35%
14	60,14%	27,09%	56,00%	93,21%
15	17,02%		0,00%	
16	53,79%	31,57%	34,00%	83,50%
17	36,20%			
18	60,08%	144,50%	100,00%	50,00%
19	53,72%	100,00%		25,00%
20	17,51%	11,67%	0,00%	39,67%
21	24,50%			
22	50,17%	37,64%	23,00%	58,40%
23	18,64%	24,06%	71,40%	77,40%
24	38,60%		100,00%	
25	63,26%	36,36%	44,17%	76,67%
26	45,61%	48,17%	33,30%	60,20%
27	55,47%	31,12%	25,00%	87,80%
28	40,21%	31,96%	44,90%	51,52%
29	44,87%	44,91%	60,14%	75,27%
30	61,02%	34,94%	63,87%	93,58%
31	52,70%	39,21%	79,60%	72,80%

Fuente: Cálculo y resultado de la distribución de recursos. Cuenta de Alto Costo – MSPS. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>, ajustes ex POST 2023, Mecanismos de distribución.

En cuanto a la garantía del derecho a los hombres a una detección y tratamiento oportuno del **cáncer de próstata** (Tabla 7), en el año 2022:

- 28 EPS no cumplieron con el estándar establecido en relación con **oportunidad del diagnóstico** (meta: días).
- 30 EPS no cumplieron con el estándar de **estadificación temprana al momento de diagnóstico** (meta 70%).
- 18 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad de inicio del tratamiento** (meta 60 días).

Las coberturas nacionales relacionadas con estos indicadores registran cifras muy por debajo de los esperado: 52,7 días para oportunidad del diagnóstico (Meta de 30 días), 39% para estadificación temprana al momento del diagnóstico (Meta de 70%) y 78,7 días para oportunidad de inicio del tratamiento (Meta de 60 días).

Tabla 7 Indicadores de cálculo y resultado para ajustes ex POST. Cáncer de próstata, 2022

EPS	Completitud del diagnóstico	Estadificación temprana al momento del diagnóstico	Oportunidad de inicio del tratamiento
1			
2			
3	26,62%	20,51%	80,69%
4	53,00%	0,00%	112,00%
5	52,00%	50,00%	51,00%
6	66,29%	59,00%	82,86%
7	46,83%	57,97%	64,47%
8	55,71%	51,30%	70,26%
9	58,14%	58,00%	92,05%
10	51,52%	59,57%	94,77%
11	47,69%	51,76%	85,72%
12	52,77%	47,27%	57,44%
13	50,84%	64,91%	93,95%
14	55,40%	51,41%	89,77%
15	48,00%	50,00%	95,60%
16	45,08%	43,40%	85,81%
17			
18	23,80%	30,00%	93,20%
19	70,00%	50,00%	52,27%
20	33,33%	33,33%	74,67%
21	75,00%	50,00%	84,50%
22	54,83%	88,80%	25,31%
23	19,33%	20,00%	26,31%
24	88,00%	93,33%	
25	69,62%	35,71%	100,80%
26	74,52%	23,91%	91,17%
27	41,06%	38,97%	105,71%
28	35,20%	29,17%	78,39%
29	58,06%	13,33%	96,36%
30	46,20%	17,86%	94,00%
31	78,80%	41,67%	55,72%

Fuente: Cálculo y resultado de la distribución de recursos. Cuenta de Alto Costo – MSPS. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>, ajustes ex POST 2023, Mecanismos de distribución.

Según datos preliminares, para el año 2022 el cáncer fue la segunda causa de mortalidad general (95,8 x 100.000 hab) en el país y la primera causa de mortalidad prematura (102,8 x 100.000 hab). Las tasas más altas de mortalidad prematura por esta causa se registraron en departamentos que tuvieron un mayor ingreso per cápita por UPC para el mismo periodo (Figura 5).

Los tipos de cáncer con mayor mortalidad fueron: cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de estómago, cáncer de pulmón y cáncer de colon y recto.

Figura 5. Tasa de Mortalidad Prematura por 100.000 habitantes por Cáncer, Colombia 2022



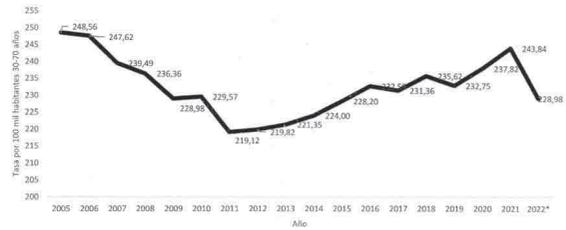
Fuente: Cubo estadísticas vitales SISPRO/ Población DANE. Consultado Noviembre 2023. Datos preliminares 2022.

Finalmente se estima que en el país durante el año 2019 se perdieron por esta causa un total de 767,6 años de vida ajustados por discapacidad por cada 100.000 habitantes.

5.3.2 Restricciones para la garantía del derecho de la población a la detección y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT

En los últimos 18 años han fallecido en el país 841.736 personas por enfermedades crónicas no transmisibles ECNT, es decir que cada año mueren en promedio 46.763 personas por esta causa. El 26% de esta mortalidad ocurrió en los últimos 4 años, donde el país alcanzó una tasa de 243,84 defunciones por cada 100 mil habitantes en 2021.

Figura 6. Tasa de Mortalidad Prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, Colombia 2022



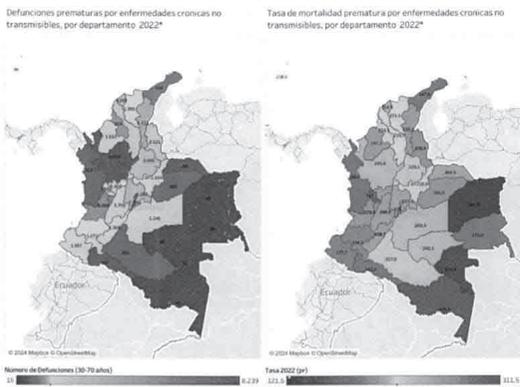
Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares.

Durante los años 2012 y 2021 la mortalidad por esta causa creció 1,15% cada año. Cuatro (4) diagnósticos de ECNT hicieron parte de las 10 primeras causas de mortalidad en Colombia en 2022: Tumor maligno de estómago, Hipertensión esencial, Tumor maligno de los bronquios o del pulmón y EPOC⁴¹.

Del total de departamentos del país el 39,4% (n=13) registraron tasas de mortalidad por ECNT superiores a la media nacional en 2022 (pr). Antioquia (n=8.239), Bogotá (n=7.746) y Valle del Cauca (n=6.093), aportaron el 40% de la mortalidad (Figura 7). En contraste, las tasas más bajas de mortalidad por ECNT se registraron en los departamentos de Vichada (n=121,49), Vaupés (n=131,33) y Amazonas (n=141,08).

41 DANE, Boletín técnico EEVV 2019-2021* https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvitales_defunciones_IItrim_2022pr.pdf

Figura 7. Número de defunciones y tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles según departamento, Colombia 2022



Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares. ** tasa por 100.000 habitantes de 30 a 70 años.

Del total de ECNT, las enfermedades cardiovasculares – ECV representaron la primera causa de mortalidad general (175,5 muertes x 100.000 hab) y la segunda causa de mortalidad prematura (100,58 x 100.000 hab) en el país.

Según el Informe 15 del Observatorio Nacional de Salud⁴², “la ECV es la principal causa de muerte en Colombia y anualmente representa cerca del 31% de todas las muertes”. Se manifiestan como enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad cardíaca hipertensiva, enfermedad cardíaca reumática, enfermedad arterial periférica y otros problemas vasculares y cardíacos, con efectos negativos a nivel familiar, pérdida de productividad y mayor demanda de servicios asistenciales de alta complejidad con efectos en los costos para el sistema de salud.

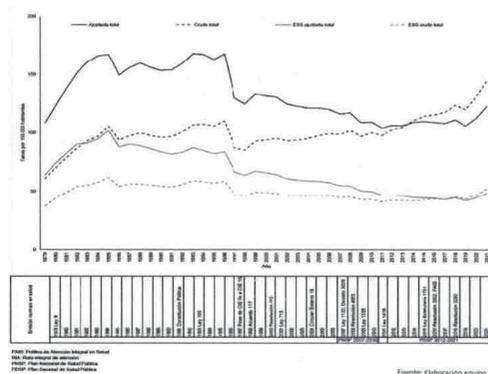
Son factores de riesgo para la presencia de ECV condiciones como la hipertensión, dislipidemia, diabetes, antecedentes familiares de enfermedad coronaria, cardiopatía coronaria, tabaquismo, actividad física insuficiente y el consumo nocivo de alcohol que

⁴² Observatorio Nacional de Salud. Desigualdades sociales en salud en Colombia. Informe Nacional Técnico. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2015. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.059>.

pueden contrarrestarse al mejorar “los estilos de vida, el tratamiento de los factores de riesgo y abordando los determinantes sociales de la salud”, es decir que pueden evitarse, prevenirse o tratarse con atención oportuna y de buena calidad dados los conocimientos médicos, las tecnologías disponibles y la adherencia a los tratamientos.

En la figura 8 se observa una reducción de la mortalidad por ECV desde el año 1996 cuando ya estaba expedida la ley 100, pero a partir del año 2008 y hasta el año 2018 esa tendencia se detiene y a partir del 2019 se evidencia un aumento, coincidente con la pandemia cuyos efectos se verán a los 5 años de ocurrida, que nos retrocedió a tasas de mortalidad por ECV similares a las de 1993 o menos.

Figura 8. Mortalidad por ECV general y evitable por los servicios de salud y principales normas en salud, Colombia 1979 – 2021



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Cuando la muerte es evitable, (Pag.168). Bogotá, D.C., 2023.

Aunque la Enfermedad Renal Crónica contribuye a la mortalidad prematura su registro puede estar subestimado dada la alta prevalencia de comorbilidades y el alto riesgo de eventos cardiovasculares. Esta enfermedad se cataloga como de alto costo dada su prevalencia e incidencia y el riesgo elevado de complicaciones, muerte y consumo de recursos superior a la población general⁴³.

⁴³ Cuenta de Alto Costo. Situación de la Enfermedad Renal Crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia. 2018.

Al igual que en cáncer, se evidencian de acuerdo con lo reportado por la cuenta de alto costo para el año 2022 (octubre), importantes restricciones para el acceso de la población a intervenciones relacionadas con la gestión del riesgo individual que permitan mitigar la evolución y/o complicación de patologías como la diabetes e hipertensión, las cuales se constituyen en factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular aumentando de 2 a 8 veces la morbilidad y más del doble de mortalidad por esta causa y en precursoras para enfermedad renal crónica (Tabla 8). Es importante tener en cuenta que más del 99% de las personas con estas enfermedades se encontraba afiliadas a una EPS.

Tabla 8 Indicadores de gestión del riesgo individual personas con diagnóstico de diabetes e hipertensión arterial, Colombia 2022*

Condición	Indicador	Resultado
Diabetes	Medición HbA1c	54,9%
	Control HbA1c	56,2%
	Control IMC	24,4%
	Control LDL	53,3%
	Medición creatinina en el último año	70,9%
Hipertensión arterial	Control HTA	70,5%
	Medición LDL	53,2%
	Control LDL	51,6%
	Control IMC	25,3%
	Medición creatinina último año	54,2%

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2022.
*Información con corte a octubre.

5.3.3 Restricciones para la garantía del derecho fundamental a la salud de las personas gestantes

Para el año 2022 se registraron en el país según datos preliminares del DANE un total de 569.311 nacimientos, sin embargo, y a pesar de la meta trazadora fijada para Colombia en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030 relacionada con que en el 93% de los nacimientos, las madres asistieran a 4 o más controles prenatales durante su gestación, respecto al total de nacidos vivos, este porcentaje fue del 84%.

Aunque la Organización Mundial de la Salud establece que "un número mayor de contactos de mejor calidad entre las mujeres y los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo facilitará la adopción de medidas preventivas y la detección oportuna de riesgos, reducirá las complicaciones y abordará las desigualdades en materia de salud", en el año 2022, 22.772 personas gestantes no accedieron a ningún control prenatal y 66.609 tuvieron menos de 4 consultas prenatales⁴⁴ a pesar de que las intervenciones que hacen parte de la atención para el cuidado prenatal se encuentran financiadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y están reguladas como de obligatorio cumplimiento.

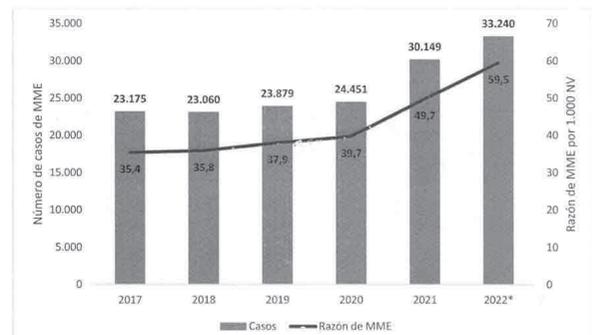
A partir de esta información se estima que se dejaron de invertir un total de \$80.425.119.162 millones de pesos por la no realización o realización inadecuada del control prenatal a 89.381 personas gestantes, lo que puede estar relacionado con las cifras registradas para

⁴⁴ DANE. Boletín técnico estadísticas vitales: Nacimientos en Colombia. Bogotá, 2023.

morbilidad materna extrema y mortalidad materna en el entendido de que el acceso efectivo a esta atención en salud contribuye en el mejoramiento de la salud materna, la promoción del desarrollo fetal, la identificación e intervención temprana de los riesgos relacionados con la gestación y la generación de condiciones óptimas que permitan un parto seguro⁴⁵.

La morbilidad materna extrema entendida como "un evento de interés en salud pública que tiene un impacto importante al evaluar los servicios de salud ya que una atención oportuna y de calidad en una mujer con una complicación obstétrica severa puede prevenir un desenlace fatal"⁴⁶; registró para el país durante el periodo 2017 – 2022 un aumento del 44% (n=10.364 casos), pasando de 23.175 casos y una razón de 35,4 por cada 1.000 nacidos vivos en el 2017 a un acumulado de 33.539 casos con una razón de 59,5 por 1.000 nacidos vivos en el año 2022.

Figura 9. Casos y razón de morbilidad materna extrema, Colombia 2017 – 2022*



Fuente: base depurada SIVIGILA con corte a SE 52 de 2022. Fecha de consulta 13 de febrero de 2024, y EEVV – Nacimientos 2017-2022.
* Datos preliminares sujetos a cambios. Nota: La razón de morbilidad materna extrema está calculada por 1.000 nacidos vivos.

Para el año 2022 según la causa principal agrupada el 72,6% (n=24.134) de los casos tuvo como diagnóstico trastornos hipertensivos del embarazo, seguido de las complicaciones hemorrágicas con el 14,3% (4.746) y la sepsis de origen obstétrico con el 5,0% (1.677) de los casos. La atención de esta condición y sus complicaciones requiere manejo hospitalario y se puede requerir dentro de la instauración de este el ingreso a una unidad de cuidados

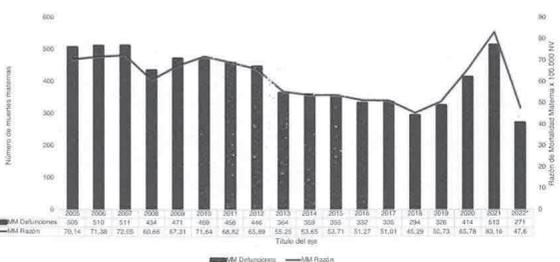
⁴⁵ MSPS. Resolución 3280. Bogotá, 2018.
⁴⁶ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema. 2023.

intensivos (UCI), transfusión sanguínea o cirugías adicionales diferentes al parto o la cesárea⁴⁷.

La mortalidad materna es un problema de salud pública inaceptablemente alto en países de ingresos bajos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como "la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales".

Colombia históricamente ha registrado razones de mortalidad materna (RMM) superiores a 50 muertes por 100.000 nacidos vivos e incluso en el último quinquenio registró una tendencia hacia el aumento alcanzando en el 2021 una RMM de 83,1 muertes por 100.000 nacidos vivos. A partir del año 2022 se observa una disminución tanto en muertes como en RMM, pasando de 335 muertes maternas en el año 2017, llegando a 513 muertes maternas para el 2021 y descendiendo a 271 muertes en el 2022* para una razón de mortalidad materna de 47,6 por cada 100.000 nacidos vivos. Del total de mujeres que murieron por esta causa en el año 2022 el 90% (n=244) se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Figura 10. Casos y razón de mortalidad materna, Colombia 2005 – 2022*

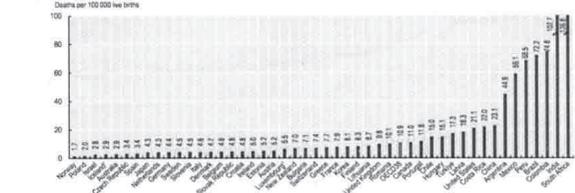


Fuente: Estadísticas vitales – DANE Para la serie 2005-2022
Los datos de 2022* provienen de Estadísticas Vitales son preliminares

Colombia se ubica dentro de los estados miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OCDE con las razones más altas de mortalidad materna, siendo solamente superado por India y Sur África (Figura 11).

⁴⁷ UNFPA Colombia. Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema. 2023

Figura 11. Razón de mortalidad materna, países de la OCDE 2020



1. Three-year averages.
Source: WHO Global Health Observatory (WHO GHO) 2023.
Fuente OCDE: //efaidnbmnfnbpcqjcgclefindmkaj/https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2021-OCDE.pdf

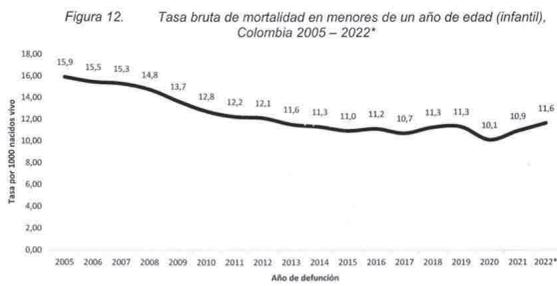
5.3.4 Restricciones para la garantía del derecho fundamental a la salud de niños y niñas

Por mandato constitucional la infancia debe tener especial protección por el Estado colombiano y el sistema de salud en especial, está obligado a brindar las garantías de acceso, integralidad y continuidad de la atención en los servicios de salud, así como la activación de la respuesta de otros sectores para su protección integral.

En este sentido, la Unidad de Pago por Capitación – UPC para niños y niñas menores de un año es muy superior a las de los demás grupos etarios (\$4.327.347 para el régimen subsidiado y \$4.760.089 para el régimen contributivo en 2022) a fin de que se lleven a cabo las acciones necesarias para la promoción de la salud y la prevención de riesgos y complicaciones, lo que se debe reflejar necesariamente en la reducción de la mortalidad infantil y en menores de cinco años y especialmente de aquellas relacionadas con desnutrición, infecciones respiratorias y enfermedad diarreica aguda.

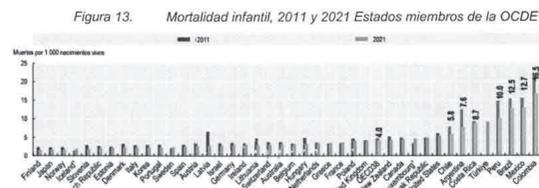
Aun así, 6.632 niños y niñas murieron en Colombia antes de cumplir un año de edad durante el año 2022, alcanzando una tasa de mortalidad infantil de 11,6 niños por cada 1.000 nacidos vivos*.

Aunque en los últimos dieciocho años se ha observado una reducción de 4,2 muertes por cada 1000 nacidos vivos en este indicador, en promedio siguen falleciendo 8.295 niños y niñas cada año antes de cumplir su primer año de vida. Incluso en los últimos diez años (haciendo excepción de los años de pandemia 2020 y 2021) se observa un estancamiento de este indicador (Figura 11), a pesar de los recursos asignados dentro del sistema de salud para proteger a este grupo poblacional.



Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares

Al comparar este indicador con el de los estados miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OCDE, la tasa de mortalidad infantil de Colombia registra la cifra más alta de todos los estados miembros 16,5 por 1.000 nacidos vivos para el año 2021, es decir 4 veces superior a la tasa promedio de los 38 países observados, cifra menor a la reportada una década antes, momento en el cual también ocupó el deshonroso primer lugar (Figura 13).

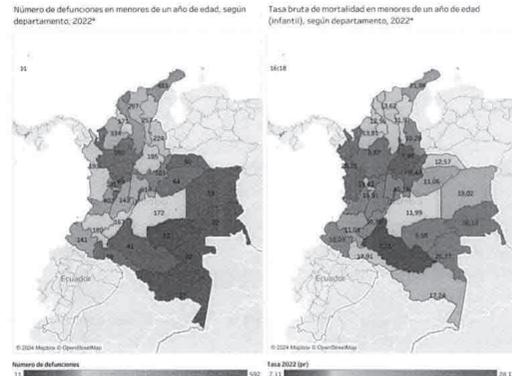


Fuente: OCDE. Panorama de la Salud 2023 – Indicadores OCDE

Existen claras **diferencias regionales** en el comportamiento de esta mortalidad. En términos relativos los departamentos donde se concentró la tasa de mortalidad infantil fueron Chocó (28,1), Guainía (26,1) y Vaupés (25,7), con valores que ascendieron a más del doble de la tasa nacional (11,6), mientras que Caquetá (7,1), Santander (7,9) y Boyacá (8,4) presentaron tasas de mortalidad infantil más bajas (63,8%, 45,8% y 38,3%

respectivamente); sin embargo el escenario es diferente cuando se revisa el **número de casos de muerte infantil** evidenciándose una mayor concentración en Antioquia (592 muertes) y Bogotá (589 muertes), los cuales son territorios que se caracterizan por tener una mayor oferta de servicios.

Figura 14. Casos y tasa bruta de mortalidad en menores de un año de edad (infantil), según departamento, 2022*



Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares ** tasa por 1.000 nacidos vivos.

Con relación a mortalidad en menores de cinco años, durante el año 2022, **8.228 niños y niñas murieron en Colombia antes de cumplir cinco años de edad**, alcanzando una tasa de mortalidad de 14,5 por cada 100.000 nacidos vivos*. En promedio fallecen 10.071 niños y niñas cada año antes de cumplir los cinco primeros años de vida.

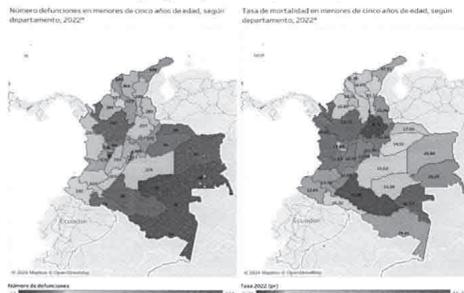
Similar a la mortalidad infantil, la tasa de mortalidad en la infancia en los últimos diez años (haciendo excepción de los años de pandemia 2020 y 2021) muestra un estancamiento del indicador (Figura 15), a pesar de los recursos asignados dentro del sistema de salud para proteger a este grupo poblacional (\$ 1.244.512 en el régimen subsidiado y \$ 1.368.964 en el régimen contributivo para el año 2022) las coberturas de intervenciones como la valoración integral del desarrollo no son las esperadas.



Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares

Regionalmente el escenario es similar al expuesto en la mortalidad infantil cuando se revisa el **número de casos**, Antioquia (742) y Bogotá (774), acumulan el 18,2% (1.516) de toda la mortalidad en este grupo etario y para la tasa de mortalidad Vaupés y Chocó se ubican en los primeros lugares.

Figura 16. Casos y tasa de mortalidad en menores de cinco años de edad (en la niñez), según departamento, Colombia, 2005 – 2022



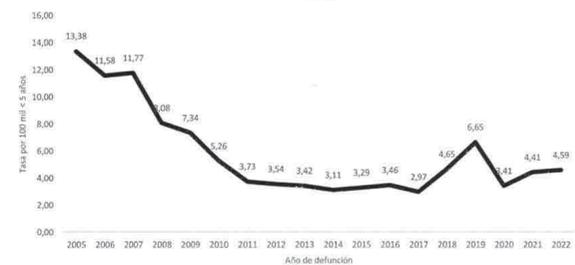
Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares ** tasa por 100.000 nacidos vivos.

5.3.5 Las enfermedades prevalentes de la infancia sin mayores cambios

a. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda

Haciendo foco sobre las enfermedades prevalentes de la infancia, se observa que la **Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años** se redujo durante los últimos dieciocho años a una velocidad de decrecimiento de 6,2% anual. No obstante, se evidencia que en los últimos 10 años no hubo mayor variación del indicador, e incluso se registra una tendencia al aumento en los últimos 4 años (Figura 17).

Figura 17. Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda, Colombia, 2005 – 2022*



Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares

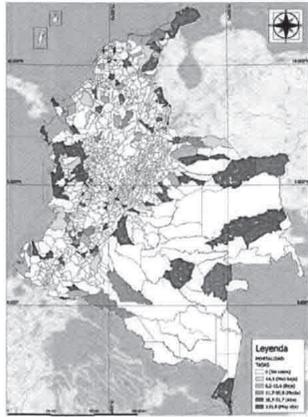
Según el último informe del Observatorio Nacional de Salud⁴⁸, "El análisis multivariado de datos de panel muestra que a medida que aumenta el índice municipal de acceso real a servicios de salud (IASS real) se reduce significativamente la probabilidad de presentar casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años".

Es así como este estudio identificó que municipios con muy bajos índices de acceso a servicios de salud- IASS para el periodo 2018-2022 como Bagadó – Chocó (Posición 1.112 en el IASS), Unibía - La Guajira (Posición 1.017 en el IASS) y Pueblo Rico – Risaralda (Posición 1.101 en el IASS) registran sistemáticamente tasas altas y muy altas de mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de cinco años, con más de nueve casos durante el periodo 2005 - 2021.

⁴⁸ Observatorio Nacional de Salud. Desigualdades sociales en salud en Colombia. Informe Nacional Técnico. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2015. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.059>.

La mortalidad por EDA es totalmente prevenible por lo que su reducción debe ser una prioridad en políticas públicas modificando determinantes sociales y para el sistema de salud que debe adecuar la respuesta en prevención y diagnóstico oportunos, así como en seguimiento y continuidad de la atención en territorios claramente identificados.

Figura 18. Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda, Colombia, 2020 – 2021



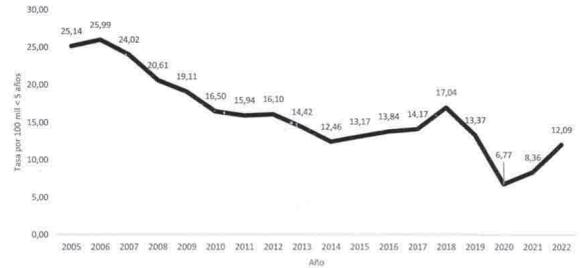
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Cuando la muerte es evitable, (Pag.63). Bogotá, D.C., 2023.

b. Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda

Entre 2005 y 2022 han muerto 12.203 menores de 5 años por infección respiratoria aguda - IRA, en promedio 678 defunciones al año. Si bien es cierto se observa una reducción progresiva entre 2005 (25,24) y 2014 (12,46), los siguientes años presentaron un incremento de 7,8% anual hasta 2018 (17,4). Durante los años de pandemia (2019-2020) la mortalidad descendió a un dígito con la mejor tasa de los últimos 18 años (6,77), sin embargo, los últimos dos años la tasa creció 29%, siendo 2 veces mayor el riesgo de muerte por IRA en menores de 5 años en 2022. La baja cobertura de indicadores relacionados con la promoción y el mantenimiento de la salud en la primar infancia se incluye dentro de los factores asociados a la mortalidad por IRA en menor de 5 años⁴⁹.

⁴⁹ Instituto Nacional de Salud: Informe de evento Vigilancia Integrada de muertes en menor de 5 años por IRA, EDA o DNT (2021). <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%20C%3%91OS%202021.pdf>

Figura 19. Tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de cinco años de edad, Colombia, 2005 – 2022*



Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares

En 2022 se registraron 742 defunciones por infecciones respiratoria aguda en menores de 5 años, donde la mayoría de niños y niñas se encontraban afiliados al sistema de salud, siendo inaceptable que no se haya garantizado la gestión del riesgo por parte de las entidades a las que se les ha asignado el cuidado de esta población.

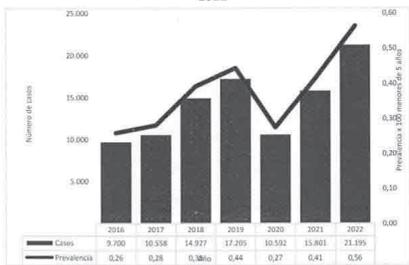
c. Otro intolerable: desnutrición en menores de 5 años

La desnutrición es el resultado de **condicionantes sociales, económicos, culturales, asistenciales y de protección integral**, que incluyen políticas y estrategias para la seguridad alimentaria y nutricional de la población. Teniendo en cuenta que la respuesta desde el sistema de salud es un determinante intermedio del abordaje de esta problemática, se debe reflexionar acerca de la respuesta específica del sistema, cuando un niño o niña es detectado con algún tipo de desnutrición.

Durante el periodo de 2016 a 2022, la **prevalencia de desnutrición aguda moderada y severa en Colombia** mostró una tendencia general al alza. Se inició en 0,26 en 2016 y alcanzó su punto más alto en el año 2022 con una prevalencia de 0,56 x 100 menores de 5 años. Se observan aumentos en 2018, 2019, 2021 y 2022.

Es fundamental tener en cuenta que la notificación de los eventos de interés en salud pública experimentó una notable disminución durante los años 2020 y 2021 debido a la pandemia de COVID-19, sin embargo, se ha observado una tendencia constante de aumento en las notificaciones.

Figura 20. Casos y prevalencia de la desnutrición aguda moderada y severa, 2018 – 2022*



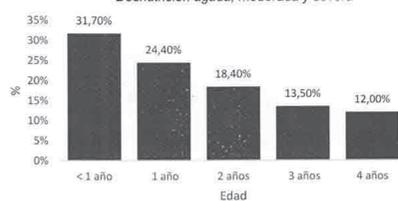
Fuente: Para la serie 2016-2021 Bodega de datos del SISPRO – SIVIGLIA, por geografía de residencia. Para 2022 base depurada tomada del portal SIVIGLIA. Fecha de consulta 13 de febrero de 2024. Proyecciones poblacionales del DANE.

Existe una débil gestión del riesgo individual de los niños y niñas menores de cinco años con este diagnóstico, por parte de las EPS, a tal punto que el 74% (n=15.663) de los casos presentaba al menos un signo clínico como edema, desnutrición, emaciación o delgadez visible, piel reseca o áspera, hipo o hiperpigmentación de la piel, lesiones del cabello y/o anemia detectada por palidez palmar o de mucosas.

En cuanto a la asistencia de niños y niñas con diagnóstico de desnutrición a programas de crecimiento y desarrollo, que sirve para la detección de alteraciones en la infancia, se observan bajas coberturas de esta intervención con cifras que son del 31,1% en el grupo de menores de 1 año, 26% en población de 1 año, 18% en niños y niñas de 2 años, 13% en niños y niñas de 3 años y 15% en el grupo de 4 años.

Similar situación se identifica en el cumplimiento del esquema de vacunación de niños y niñas con el mismo diagnóstico. Tan solo el 31,7% de niños y niñas registran esquema completo, y se reduce esta actividad de protección a mayor edad, en 1 año (24,4%), 2 años (18,4%), 3 años (13,5%) y 4 años (12,0%).

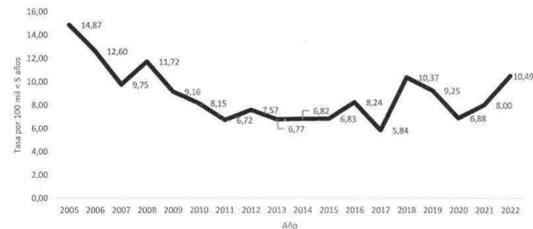
Figura 21. Cumplimiento de esquemas de vacunación en niños y niñas con Desnutrición aguda, moderada y severa



Se evidencia entonces un débil seguimiento a la atención de niños y niñas que teniendo derecho a tener contacto con el personal de salud por lo menos una vez al año, y que adicionalmente son diagnosticados con algún tipo de desnutrición, no tengan el debido seguimiento con gestión del riesgo por parte de las entidades aseguradoras, quienes reciben la respectiva Unidad de Pago por Capitación.

Con respecto a mortalidad en el periodo 2005-2022 se han registrado en el país 6.676 defunciones en menores de 5 años asociadas a DNT. En promedio mueren anualmente 371 menores de 5 años por este evento. En los últimos 10 años se observa una tendencia al aumento de la mortalidad por desnutrición en este grupo etario, y alarma aún más el hecho que entre 2020 y 2022 ha crecido 9,2%.

Figura 22. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años de edad, Colombia 2005 – 2022*



Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares.

5.3.6 Un sistema de salud sin respuesta efectiva a muertes evitables por enfermedades infecciosas

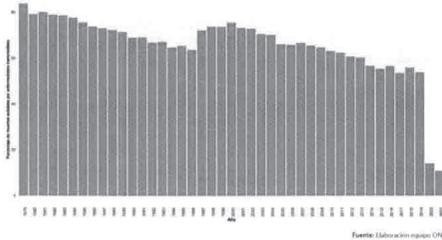
Según el Observatorio Nacional de Salud⁵⁰ "De acuerdo con la serie analizada de 43 años, la mortalidad por enfermedades transmisibles ha disminuido en Colombia y se identifica que acciones adicionales de políticas pública evitarían cerca de la mitad de esas muertes (51%), mientras que el sistema de salud puede impedir un 9%".

Esto quiere decir que se requiere un sistema de salud en donde se haga efectiva la Atención Primaria en Salud y se fortalezcan las capacidades de gobernanza y gobernabilidad en

⁵⁰ Observatorio Nacional de Salud. Desigualdades sociales en salud en Colombia. Informe Nacional Técnico. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2015. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.059>

salud pública con acciones de base territorial que respondan de manera efectiva a las necesidades de las poblaciones y los territorios.

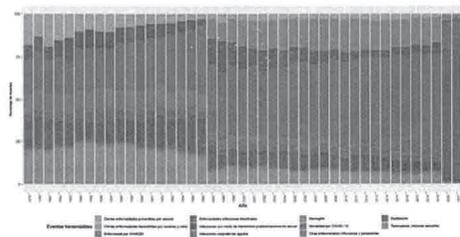
Figura 23. Porcentaje de muertes evitables de las enfermedades transmisibles atribuidas a cualquier política pública. Colombia 1979 – 2021



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Cuando la muerte es evitable, (Pag.63). Bogotá, D.C., 2023.

El sistema de salud tiene una deuda histórica al no evitar la mortalidad por enfermedades infecciosas, haciéndose necesario adecuar la respuesta asistencial a condiciones poblacionales, culturales, de acceso y calidad en la atención para tener efectos en la presencia de enfermedades como tuberculosis, infecciones intestinales, VIH, enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias, entre otras.

Figura 24. Distribución de muertes transmisibles, según grupos de la lista 6/67 de OPS. Colombia 1979 – 2021



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Cuando la muerte es evitable, (Pag.63). Bogotá, D.C., 2023.

5.4 Barreras de acceso a los servicios

Utilizando el "Modelo comportamental de uso de los servicios de salud" de Andersen, Aday y cols⁵¹, el Observatorio Nacional de Salud – ONS⁵² (2019) calculó para el periodo 2013 - 2017 el índice de acceso potencial a los servicios de salud para cada municipio de Colombia (tabla 9). La medición se realizó de forma general y particular para los servicios de salud mental, bucal, sexual y reproductiva e igualmente la asociación con la mortalidad – morbilidad evitable.

Tabla 9 Aspectos analizados por dimensión y subdimensión para el índice de acceso potencial

Dimensión	Subdimensión	Aspectos analizados
Características del Sistema	Recursos Volumen y distribución	Volumen - Densidad de distintos profesionales - Densidad de camas hospitalarias - Densidad de servicios especializados Distribución - Accesibilidad geográfica de los servicios
	Organización de los servicios Entrada y estructura	Entrada: - Tiempo de viaje - Tiempo de espera para una cita - Horarios de atención - Distancia de la residencia al lugar de atención Estructura: - Fuente de atención regular - Tipo y especialidad del proveedor - Tiempo con el médico o personal
Necesidad Percibida y evaluada	Factores predisponentes	Edad Sexo Educación Etnia Estado civil Ocupación Creencias Enfermedades previas
	Factores capacitantes	Individuo - Seguro de salud - Ingresos - Cercanía con servicios de salud Del contexto del área - Medios de transporte área de residencia – rural – urbana - Porcentaje de pobreza - Nivel de violencia del área a capital social
	Necesidad percibida y evaluada	Percibida: - Nivel de salud percibida - Preocupación por la salud - Grado de incapacidad Evaluada

Fuente: ONS

⁵¹ Aday A, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Serv Res. 1974;208–20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0630.pdf>

⁵² Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Acceso a servicios de salud en Colombia; Décimo primer Informe Técnico, Bogotá, D.C., 2019. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia.pdf>

Encontrando que el 80% de los municipios de Colombia presentan un nivel Muy bajo (51,9%) y bajo (31,4%) de acceso potencial; los únicos dos municipios con un nivel muy alto de acceso potencial fueron Bogotá y Medellín; y cuatro (4) departamentos: Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada tienen la totalidad de sus municipios con muy bajo acceso (figura 21 y tabla 10).

Figura 25. Mapa de distribución geográfica de los niveles de acceso potencial a los servicios de salud en Colombia. 2013 – 2017



Fuente: Tomado de ONS

Tabla 10 Distribución de municipios de acuerdo en el nivel de acceso potencial a los servicios de salud por departamento

	Muy bajo		Bajo		Intermedio		Alto		Muy alto		Total Municipios*
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Amazonas	10	90,9	1	9,1	-	-	-	-	-	-	11
Antioquia	65	52,0	43	34,4	14	11,2	2	1,6	1	1	125
Arauca	6	85,7	1	14,3	-	-	-	-	-	-	7
Atlántico	1	4,3	6	26,1	14	60,9	2	8,7	-	-	23
Bogotá	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	1
Bolívar	31	67,4	11	23,9	3	6,5	1	2,2	-	-	46
Boyacá	43	35,0	54	43,9	25	20,3	1	0,8	-	-	123
Caldas	7	25,9	13	48,1	6	22,2	1	3,7	-	-	27
Caquetá	14	87,5	1	6,3	1	6,3	-	-	-	-	16
Casanare	12	63,2	6	31,6	1	5,3	-	-	-	-	19

	Muy bajo		Bajo		Intermedio		Alto		Muy alto		Total Municipios*
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Cauca	35	83,3	6	14,3	1	2,4	-	-	-	-	42
Cesar	14	56,0	9	36,0	2	8,0	-	-	-	-	25
Chocó	27	90,0	2	6,7	1	3,3	-	-	-	-	30
Córdoba	18	60,0	11	36,7	1	3,3	-	-	-	-	30
Cundinamarca	47	40,5	39	33,6	27	23,3	3	2,6	-	-	116
Guainía	9	100	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Guaviare	4	100	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Huila	28	75,7	6	16,2	2	5,4	1	2,7	-	-	37
La Guajira	11	73,3	4	26,7	-	-	-	-	-	-	15
Magdalena	22	73,3	5	16,7	2	6,7	1	3,3	-	-	30
Meta	20	69,0	6	20,7	3	10,3	-	-	-	-	29
Nariño	31	48,4	28	43,8	4	6,3	1	1,6	-	-	64
Norte de Santander	28	70,0	6	15,0	5	12,5	1	2,5	-	-	40
Putumayo	9	69,2	4	30,8	-	-	-	-	-	-	13
Quindío	-	-	7	58,3	4	33,3	1	8,3	-	-	12
Risaralda	2	14,3	4	28,6	6	42,9	2	14,3	-	-	14
San Andrés	-	-	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-	2
Santander	42	48,3	31	35,6	11	12,6	3	3,4	-	-	87
Sucre	13	50,0	10	38,5	2	7,7	1	3,8	-	-	26
Tolima	20	42,6	15	31,9	10	21,3	2	4,3	-	-	47
Valle del Cauca	3	7,1	22	52,4	15	35,7	2	4,8	-	-	42
Vaupés	6	100	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Vichada	4	100	-	-	-	-	-	-	-	-	4

*Incluye áreas municipalizadas
Fuente: ONS

Los investigadores concluyen que, el acceso a los servicios de salud se configura como un determinante de los resultados en salud y sus desigualdades, generando brechas y gradientes a favor de municipios con mejor acceso para varios eventos de mortalidad evitable, morbilidad y salud sexual y reproductiva.

Indican que la necesidad percibida de atención sanitaria está dada en función de algunos factores predisponentes como la edad y las creencias sobre el concepto de salud, incluyendo la estigmatización; y factores capacitantes como el ingreso y el aseguramiento. Encontraron que características del sistema como la oferta de servicios y la respuesta acorde con el juicio clínico, la disponibilidad y la pertinencia de una determinada intervención, influyen en la expresión de la necesidad por parte de los ciudadanos.

Corroboraron que la configuración del sistema de salud colombiano la cual favorece que las dinámicas de la oferta de servicios estén centradas más en la atención de la enfermedad que en su prevención, afecta de forma directa la disponibilidad de servicios y programas de promoción y prevención.

Evidenciaron que las características económicas y del contexto comunitario en los territorios, determinan la capacidad de las personas para acceder a los servicios de salud. La ruralidad es una característica capacitante que media el acceso a los servicios de salud de la población, aumentando el gasto de bolsillo, limitando el desplazamiento a las instituciones de salud por barreras geográficas y disminuyendo el uso de algunos servicios preventivos como los controles prenatales.

Factores predisponentes como la etnia, el género, la edad, entre otros, no explican por sí solos el uso de los servicios de salud, sino que este está determinado por la interacción de estas características de la población con los factores capacitantes descritos. Por ejemplo, los gastos de bolsillo en salud aumentan cuando en el hogar, alguno de sus integrantes es mayor de 60 años, hay niños o personas en condición de discapacidad, o el jefe de hogar es mujer, tiene empleo informal y es de baja escolaridad. Por lo cual, es importante que los servicios de salud sean sensibles y respetuosos ante las necesidades y particularidades socio culturales de la población, puesto que las barreras culturales también impactan negativas en el acceso a los servicios de salud.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud – OPS⁵³, utilizando el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi⁵⁴ encontró que para los colombianos la principal razón de insatisfacción y barrera de acceso al sistema de salud está relacionada con las largas esperas y el exceso de trámites para la asignación de citas médicas, en particular, de citas especializadas; igualmente la falta de comunicación entre los aseguradores y los prestadores genera retrasos en la gestión de los trámites y en la asignación de citas.

De acuerdo a sus análisis, los largos tiempos de espera y el exceso de trámites se explican en parte, por los incentivos a la contención de costos de parte de las EPS, lo que da lugar a peligrosas limitaciones de oferta de servicios. Igualmente consideran que las tarifas de negociación de los servicios de salud entre las EPS y las IPS, de no ser adecuada, ponen en aprietos financieros a las IPS y generan un detrimento de la oferta de servicios de salud, lo que sumado a la restricción de la oferta de recursos humanos, prolonga los tiempos de espera.

Adicionalmente, identifican que al entregarle a las EPS la función de organizar Redes de Prestadores de Servicios, ha permitido que aunque existan prestadores más cercanos a la residencia, los usuarios deben desplazarse grandes distancias para poder recibir atención en salud, en ocasiones a otros municipios, si las EPS no tienen contratos con los IPS del territorio de residencia, fenómeno que ocurre inclusive en las zonas urbanas.

Finalmente, reconocen que si bien el país ha hecho un esfuerzo por descentralizar su sistema de salud, la eficacia y eficiencia de las autoridades locales se ven muchas veces limitadas por la heterogeneidad de las estructuras de gobernanza y capacidades de salud pública existentes, incluso en temas como el acceso a servicios de internet. Tales dificultades se acompañan, además, de la gran heterogeneidad política y socioeconómica de las comunidades atendidas por estas instituciones, que requieren enfoques diferenciales y adaptados a sus necesidades.

Ante ese panorama, la Organización Panamericana de la Salud ofrece cuatro recomendaciones para superar las barreras de acceso y fortalecer la atención primaria en salud:

⁵³ Organización Panamericana de la Salud. Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327562>
⁵⁴ Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978;56(2):295-303. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/handle/10665/261736?locale=es&](https://apps.who.int/iris/handle/10665/261736?locale=es)

1. Fortalecer la rectoría y gobernanza del Ministerio de Salud y Protección Social en los diferentes niveles de gestión, prestando especial atención a las capacidades para liderar un enfoque integral de la Atención Primaria en Salud.
2. Fortalecer los sistemas de información a fin de contar con mejores herramientas para la adopción de decisiones.
3. Formular y aplicar estrategias de fortalecimiento de los recursos humanos y la infraestructura
4. Fortalecer los incentivos a la calidad, tanto financieros como no financieros, en todo el sistema de salud
5. Fortalecer la visión a largo plazo en las estrategias del sistema de salud, incluidas aquellas que buscan fomentar la sostenibilidad financiera

5.5 Deterioro de la infraestructura pública hospitalaria

Es claro que las limitaciones físicas en las sedes hospitalarias reducen la garantía en el acceso a los servicios en condiciones de habilitación y la capacidad para resolver las demandas de la población, generando ineficiencia en la asignación y utilización de recursos, además de incrementar la insatisfacción de los usuarios, y la percepción negativa, sobre dichas instituciones y el Sistema de Salud. Estas limitaciones son mayores en cuanto a la oferta pública de los servicios de salud y con mayor dimensión en las zonas rurales.

De acuerdo con la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, existen hoy 3.439 sedes de servicios de salud públicas que han sido cerradas en todo en territorio nacional durante las últimas décadas, los cierres se han dado en todos los departamentos, pero con mayor concentración en: Nariño, Cauca, Valle del Cauca y Bogotá.

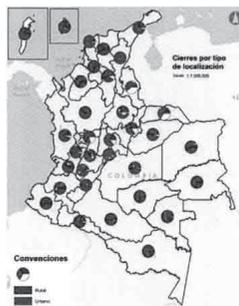
Tabla 11 Cierres de IPS Públicas

Departamento	Rural	Urbano	Sin Información	Total
Amazonas	23	3		26
Antioquia	54	81	2	137
Arauca	5	18	12	35
Atlántico	9	130	4	143
Bogotá D.C.	3	317	1	321
Bolívar	125	74	19	218
Boyacá	28	43	13	84
Caldas	125	58		183
Caquetá	85	17	27	129
Casanare	12	11		23
Cauca	121	123	11	255
César	65	41	1	107
Chocó	1	100		101
Córdoba	9	55	4	68
Cundinamarca	33	152	30	215
Guainía	14	5		19

Guaviare	14	5	19
Huila	29	28	58
La Guajira	26	71	101
Magdalena	27	18	45
Meta	53	47	102
Nariño	133	102	236
Norte de Santander	3	35	62
Putumayo	48	14	64
Quindío	3	31	34
Risaralda	13	10	24
San Andrés y Providencia	3	10	13
Santander	46	80	129
Sucre	90	28	119
Tolima	23	44	68
Valle de Cauca	87	128	215
Vaupés	35	3	39
Vichada	27	20	47
Total General	1.372	1.902	3.439

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Aplicativo SIHO

Figura 26. Mapa de cierres por tipo de localización



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Aplicativo SIHO

Por otro lado, de las 3.719 sedes de prestadores públicos que actualmente prestan servicios de salud el 79,8% requiere de la realización de obras de reforzamiento total o parcial. La mayoría de las sedes se localizan en los departamentos de La Guajira, Providencia, César, Valle del Cauca, Nariño, Antioquia y Bolívar y se ubican en zona rural (Figura 23). De forma adicional, varias de estas sedes se encuentran en zonas de riesgo de desplazamiento.

Figura 27. Mapa de municipios con mayor número de sedes en mal estado



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Aplicativo SIHO

Figura 28. Mapa de municipios con sedes sin reforzamiento estructural



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Aplicativo SIHO

Figura 29. Mapa de municipios con mayor número de sedes en riesgo de desplazamiento alto



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Aplicativo SIHO

Al analizarse por ubicación de la sede, se encuentra que tan solo el 20% se encuentran en zona rural, e inclusive, en el departamento del Vichada no existe ninguna, como puede verse en la figura 26.

Figura 30. Municipios sin sedes de IPS en zona rural



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Aplicativo SIHO

Finalmente, en el siguiente mapa de calor se muestra el tiempo necesario para llegar al servicio de salud más cercano, se evidencia que en el extremo norte de La Guajira, en el litoral pacífico, en gran parte de los departamentos de Putumayo, Caquetá, Meta y Guaviare y en la totalidad del departamento de Vichada, Guainía Vaupés y Amazonía la demora el tiempo promedio para llegar al servicio de salud más cercano en superior a 10 horas.

Figura 31. Tiempo de desplazamiento promedio al centro de atención en salud más cercano

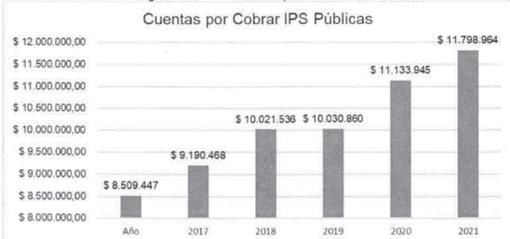


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Aplicativo SIHO

5.6 Deuda de las Empresas Sociales del Estado

Según la información reportada en el SIHO (Sistema de Información Hospitalaria), la cartera total para las IPS públicas hasta el 31 de diciembre de 2022 fue de 11.8 billones de pesos. Los principales deudores fueron las Empresas Promotoras de Salud (EPS) con el 72,7% del total de la cartera, seguido por otros deudores asociados a la venta de servicios de salud con el 11,7%, las cuentas por cobrar correspondientes a SOAT-ECAT con el 6,2%, las entidades territoriales de orden departamental con el 5,7%, las cuentas por cobrar por conceptos diferentes a venta de servicios de salud con el 3% y el 0,7% restante correspondió a entidades territoriales de orden municipal. Adicional, se ha evidenciado un crecimiento sostenido de la cartera en el periodo 2017-2022.

Figura 32. Cuentas por Cobrar IPS Públicas



Fuente: SIHO - Ministerio de Salud y Protección Social, Cifras en Millones de pesos

Desde una perspectiva departamental, las IPS reportaron una cartera de \$4,3 billones de pesos y un promedio de 173,8 días de mora con las EPS que se encontraban vigentes a diciembre de 2022. Siendo las IPS del Valle del Cauca las que concentran un mayor porcentaje de cartera con 12,5%, 543 mil millones de pesos aproximadamente. En segundo lugar, se encuentran las IPS de Antioquia con 11,3% (\$489 mil millones) y, en tercer lugar, las IPS de Bogotá con 7,6% (\$331 mil millones). Las EPS vigentes que concentraron la mayoría de la cartera fueron Nueva EPS con el 27,2%, Emssanar con 11,0% y Asmet Salud llegando al 10,5%.

Para las EPS en liquidación se evidencia un promedio de 331,4 días de mora. Las IPS del departamento de Cundinamarca concentran la mayor porción de la cartera con 13,3% de los \$2,6 billones de la cartera que registraron las IPS públicas con EPS en liquidación. Le siguen las IPS del Huila con 11,5% y las IPS de Norte de Santander con 9,6% respectivamente. Entre las EPS en liquidación que concentraron la mayor cartera con las IPS del país al corte de diciembre 2022 se encontró en primer lugar a Medimás con 34,2%, Saludvida con 11,5% y Comparta alcanzando el 10,6%.

Las EPS que ya se encuentran liquidadas registran un promedio de 350,5 días de mora, y una cartera de 1,5 billones de pesos con las IPS públicas. Son las IPS de Bogotá las que concentran el mayor porcentaje de cartera con 24,8%. En segundo lugar, se encuentran las IPS de Antioquia con 9,2% y, en tercer lugar, las IPS de Córdoba con 7,9%. Entre las EPS en liquidación que concentraron la mayor participación de la cartera con las IPS del país a diciembre de 2022 se ese encontraron 2 bolsas, una denominada "EPS-ARS del régimen subsidiado en liquidación" y otra "EPS del régimen contributivo en liquidación", que concentran el 40,2% de la cartera total de las EPS liquidadas, la deuda que se ubicó en estas bolsas corresponde a cartera que no se logró identificar a qué EPS pertenecía y fue denominada así desde la base de SIHO. La EPS liquidada Cafesalud concentró el 24,28% y Emdisalud el 13,4%.

Para 2022 se identificó que de las 923 IPS que reportaron información en SIHO, 30 concentran el 50,5% de la cartera total (\$4,3 billones). A su vez, de estas 30 IPS, 20 que pertenecían al nivel 3 de atención concentraron el 38,2% de la cartera total y entre estas 20 IPS, 6 se encontraban en Bogotá registrando una cartera de \$1 billón; El Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" de Cali fue la IPS con mayor cartera total con \$290.806 millones, lo que representó el 3,4% de los \$8,6 billones de la cartera total que debían las EPS a las IPS a diciembre de 2022; en segundo lugar, se encontró al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva con \$269.276 millones lo que representó el 3,1% de la cartera total; en tercer lugar, se encontró al Hospital Universitario Erasmo Meóz de Cúcuta con \$262.361 millones, lo que representó el 3,1% de la cartera total; en cuarto lugar, se encontró a la Subred Integrada de servicios de salud norte E.S.E de Bogotá con \$235.668 millones que representó el 2,7% de la cartera total y; en quinto lugar, se encontró a la ESE Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá con \$229.755 millones lo que representó el 32,7% de la cartera total. Estas 5 IPS agregan el 15% de la cartera total.

Existen 5 categorías edades de vencimiento: hasta 60 días de mora, 61 a 90 días, de 91 a 180 días, 181 a 360 días y más de 360 días de mora. Es importante mencionar que en el sector salud una cartera sana es aquella inferior a 180 días de mora, por lo tanto, una cartera improductiva es la que presenta mora con más de 181 días. Se encuentra que las 30 IPS con mayor cartera presentan un indicador de concentración de cartera improductiva del 68,9%, es decir, que \$3 billones de los \$4,3 billones de cartera total se encuentran con

vencimientos superiores a 181 días. La cartera con más de 360 días de mora a diciembre de 2022 fue de \$4,4 billones, las 30 IPS con mayor cartera con vencimientos mayores a 360 días concentraron el 54,0% de dicha cartera, lo que representó \$2,3 billones. Al profundizar en el detalle de las IPS individualmente, sobre la cartera con más de 360 días de vencimiento, el Hospital Universitario Erasmo Meóz de Cúcuta fue la primera IPS con mayor cartera con \$204.689 millones, lo que representó el 4,7%; en segundo lugar, se encontró a la Subred Integrada de servicios de salud norte E.S.E de Bogotá con \$161.115 millones lo que representó el 3,7%; en tercer lugar, se encontró al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva con \$122.953 millones.

5.7 Cartera de las EPS

Las cuentas por pagar, consisten en las deudas contraídas por una empresa a favor de terceros, en el caso del sector salud, estas obligaciones responden a compromisos con la red de prestadores de bienes y/o servicios, personal independiente, proveedores de insumos, medicamentos y tecnologías en salud, personal administrativo, entre otros.

De acuerdo con lo reportado en el formulario FT004 al cierre de la vigencia 2022, el total de las cuentas por pagar reconocidas por las EPS en el marco del aseguramiento obligatorio a todos los actores del sistema ascendió a un poco menos de \$23 billones de pesos, incluyendo un ajuste de \$88MM, donde el grueso de las obligaciones se concentran en la prestación de servicios de salud con un acumulado de \$17,17 Billones Equivalentes al 75% del total de las obligaciones.



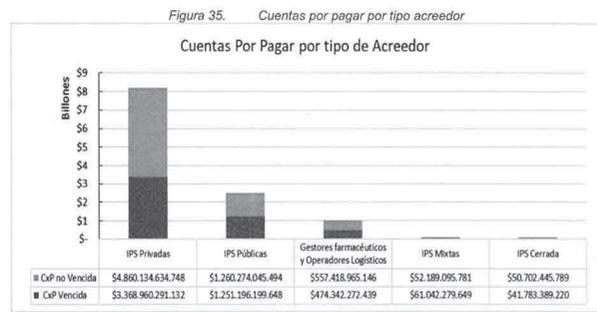
Cabe destacar, que las deudas por pagar no significan riesgo de liquidez para los proveedores y agentes del sistema siempre y cuando se encuentren dentro del periodo pactado para el pago, como se observa a continuación, solo el 69% o \$15,8B del total de las deudas responden a cuentas por pagar dentro del plazo y el 31% son deudas que se encuentran vencidas, de las cuales \$2,425 B se encuentran en mora a 30 días, \$1,355 B a 60 días, \$643MM a 80 días, \$1,2B a \$180 días, \$650 MM a 360 días y \$834 MM a más de 360 días.



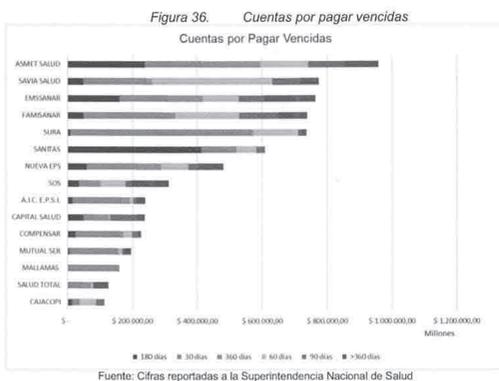
Este comportamiento resulta problemático en tanto afecta la sostenibilidad financiera de los proveedores y prestadores de servicios de salud, quienes a pesar de cumplir con su papel no reciben periódicamente el pago respectivo, hecho que imposibilita el pago oportuno a los profesionales de la salud, mantenimiento e inversión en infraestructura y la continuidad en la atención.

Al observar la cartera por tipo de prestador, las IPS privadas concentran \$8,2B de cartera donde el 41% se encuentra vencida, las IPS Públicas \$2,5 B con una cartera vencida del

50%, los Gestores farmacéuticos y operadores logísticos deudas de \$1,03B con cartera vencida del 46%, las IPS Mixtas \$113MM con deuda vencida del 54% y las IPS cerradas acumulan deudas por valor de \$92,4MM.



Si se consideran las 15 EPS que presentan los mayores rubros por concepto de cuentas por pagar vencidas, Asmet salud lidera la lista con un total de \$884 MM, seguido de Savia Salud con \$773,6MM y Emssanar con \$752,5MM las tres con medida de intervención forzosa administrativa por parte de la SNS, en cuarto lugar se encuentra la EPS Famisanar con \$738,9MM en medida de intervención forzosa y en quinto lugar la EPS SURA con \$736,5MM.



5.8 Integración vertical

La integración vertical es el mecanismo mediante el cual procesos productivos realizados por un tercero se incorporan en una firma, en el caso del sistema de salud Colombiano, este proceso se evidencia en la integración del aseguramiento y la prestación de servicios por parte de las entidades promotoras de salud EPS, dicho de otro modo, este proceso permite que las EPS se encarguen tanto de la administración del riesgo financiero y gestión del riesgo en salud como de la prestación de servicios de salud, provisión de medicamentos y tecnologías en salud e incluso, de la prestación de servicios no misionales como aseo y seguridad

La literatura económica ha favorecido e incentivado este tipo de conductas ya que resultan convenientes para la firma al permitir el acceso a tarifas favorables, eliminar costos de intermediación, ganar capacidad de negociación y reducir la dependencia de terceros, sin embargo, este proceso ha traído importantes distorsiones en el sistema de salud como lo son la reducción de los prestadores de servicios de salud, concentración de los servicios de salud de mediana y alta complejidad en las ciudades principales y zonas de alta capacidad de pago y volcamiento de la inversión en hospitales y clínicas privadas de alto nivel asociadas a EPS con planes complementarios y empresas de medicina prepagada.

Así mismo, ha producido el debilitamiento de la red pública hospitalaria como consecuencia de la contratación privilegiada y prelación en el pago a los prestadores que hacen parte de la integración y desmantelamiento de los centros de atención primaria y pérdida de su poder

resolutivo con el traslado de procedimientos y servicios a centros especializados o de mediana complejidad.

Aunque este comportamiento ha resultado lesivo para los prestadores que no se encuentran vinculados a las EPS especialmente para las empresas sociales del estado, sólo existen dos medidas regulatorias que mitigan el alcance de la integración vertical. En primer lugar, el artículo 15 de la ley 1122 de 2007 que establece que "Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud" con la respectiva definición de IPS propia en el artículo 5 de la Resolución 1424 de 2008 como "la situación de la sociedad IPS, frente a la EPS ya sea en razón a que ostente la calidad de subordinada, o bien, porque exista vinculación a un grupo empresarial, de conformidad con las nociones del Código de Comercio" y en segundo lugar, el artículo 16 de la ley 1122 de 2007 donde se establece para el régimen subsidiado que "Las EPS contratarán de manera obligatoria y efectiva con empresas sociales del Estado ESE, como mínimo, el 60% del gasto en salud".

Si bien, estas medidas generan controles frente a la subordinación y el mínimo del gasto destinado a las ESES, deja por fuera la posibilidad de participaciones accionarias inferiores al 50% sobre las IPS y el hecho de que las IPS puedan ser accionistas de las EPS, situaciones que pueden exponer a posibles conflictos de interés en la contratación de servicios.

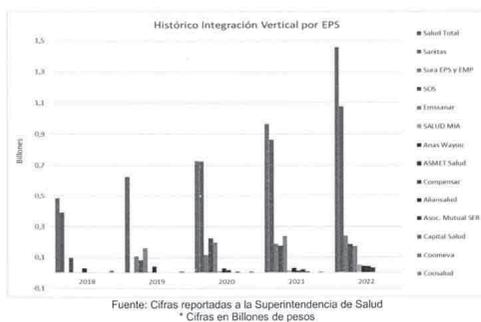
Según las cifras reportadas por las EPS a la Superintendencia de Salud frente al gasto en integración vertical, este rubro se triplicó en el periodo comprendido entre 2018- 2022, representando para el 2022 cerca de \$3,31 billones de pesos, frente a los \$8,1 billones que las EPS que integran verticalmente destinaron para el gasto en salud, no obstante, esta cifra puede estar subestimada por falta de información dado el carácter de auto reporte por parte de las EPS, como es el caso del año 2019, donde no se cuenta con el reporte de la EPS Sanitas.

Figura 37. Histórico Integración Vertical



Entre el 2018-2022 16 EPS reportaron rubros de integración vertical bajo las condiciones de IPS propia mencionadas, siendo Salud Total, Sanitas y Sura las EPS que integran el mayor valor. Sin embargo, al observar el porcentaje del gasto en salud para el año 2022, Salud Mía encabeza el listado con un gasto en Salud con IPS propias del 69%, seguido de Salud Total con el 29%, Anas Wayuu con el 19%, SOS con el 16% y Sanitas con el 15%.

Figura 38. Histórico Integración Vertical por EPS



Fuente: Cifras reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud
* Cifras en Billones de pesos

5.9 Flexibilidad en la Normatividad expedida sobre habilitación financiera de EPS

A continuación se mostrará cómo la normatividad realizada para facilitar el cumplimiento de estándares financieros y de solvencia por parte de las EPS ha sido prolija durante toda la existencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Lo que además genera serias dudas y cuestionamientos de fondo a la flexibilización de los requerimientos financieros y de solvencia de la EPS que podrían incluso estar desatendiendo tratados internacionales como el de Basilea.

Según fallo del Tribunal Administrativo de Cundinamarca la flexibilización de los requerimientos financieros y de solvencia ha provocado la vulneración de los derechos e intereses colectivos al patrimonio público y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna. De igual manera, en este fallo se evidencia una especie de captura del regulador, donde particulares han incidido en la expedición de normas según sus intereses.

Por lo tanto, continuar flexibilizando los requisitos financieros y de solvencia de la EPS no es una medida eficaz, ya que alterar artificialmente estos requerimientos no implica que la realidad operacional y financiera se ajuste a éstos; los hechos han evidenciado todo lo contrario: se incrementa la negación de los servicios, se retrasan más las autorizaciones de tratamientos, se aumentan las tutelas, las quejas y reclamos, así como también crecen las cuentas por pagar a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías.

5.9.1 Normatividad expedida desde 1994 hasta el 2014

La definición del margen de solvencia y demás condiciones financieras que deben cumplir las entidades promotoras de salud, en términos generales, ha sido flexible por cuanto, las reglas mínimas establecidas en el Decreto 1485 de 1994, en función del patrimonio mínimo y número de afiliados, fueron modificadas en el Decreto 882 de 1998 para definir el margen de solvencia como un margen de liquidez para el pago de las obligaciones con terceros, incluidas las de servicios de salud y, para definir las consecuencias por el no pago oportuno de las obligaciones, esta norma imperó por casi una década.

Ante la necesidad de establecer unas condiciones técnicas que estuvieran acorde con la naturaleza de las entidades responsables del aseguramiento, a partir del año 2007 se expiden dieciocho (18) decretos⁵⁶, con los cuales se modifican las condiciones de cumplimiento para la autorización y funcionamiento, se autorizan inversiones o disposición de recursos, o se amplían los plazos para su acreditación, es decir, de manera sistemática se ha sido laxo en las exigencias de los requisitos financieros aplicables a las funciones a cargo de las entidades promotoras de salud.

Con el Decreto 574 de 2007, en el marco del Sistema Único de Habilitación de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y de las entidades adaptadas, se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia definido este último como el

⁵⁶ Ver entre otros decretos, 574 y 1698 de 2007, 2353 de 2008, 4789 de 2009, 970 de 2011, 1921 de 2013, 2702 de 2014, 2117 de 2016, 718 y 1848 de 2017, 682 de 2018, 1424 y 1683 de 2019, 1711 y 1811 de 2020, 995, 1492 y 1600 de 2022.

cumplimiento del monto mínimo establecido para el margen de solvencia que atiende el patrimonio técnico primario y secundario, la constitución de las reservas técnicas (para autorizaciones de servicios, servicios cobrados, eventos ocurridos no avisados y posibles pérdidas) según la metodología establecida para el efecto, la inversión de estas reservas en los instrumentos autorizados con límites y tiempo de maduración y, las acciones a cargo de la entidad de control, como definición de indicadores, categorización del riesgo y, acciones correctivas tempranas.

Con posterioridad, a través del Decreto 1698 de 2007: i) se modifica la forma de cálculo del margen de solvencia e introduce la opción de implementación de un sistema de administración de riesgos auditado por un tercero y para esta alternativa disminuye el factor de riesgo, ii) los porcentajes de deducción de las inversiones por infraestructura del patrimonio técnico primario, iii) adiciona la fórmula de cálculo de la reserva para eventos ocurridos no avisados durante los primeros tres años cuando las EPS inicien operaciones, iv) amplía el plazo de ajuste para la constitución de las reservas técnicas, v) modifica el régimen de inversiones para admitir el valor de los recobros presentados al entonces Fosyga y como disponible los depósitos en cuentas corrientes y de ahorros y, vi) adiciona las inversiones en fondos de valores y de inversión administrados por entidades vigiladas por la Superfinanciera o por participaciones en fondos comunes especiales administrados por entidades fiduciarias, así como los pagos en efectivo realizados en forma anticipada por servicios de salud a IPS no vinculadas económicamente.

El Decreto 2353 de 2008 amplía al doble, el plazo para la constitución de las reservas técnicas.

A través del Decreto 4789 de 2009 nuevamente se modifica la forma de cálculo del margen de solvencia, establece un término para diferir las pérdidas generadas en la diferencia en el valor de los recobros y el valor efectivamente recibido cuando se hubiere conciliado con el Fosyga, extiende en un año más el plazo para la constitución de las reservas técnicas y, señala el límite y tiempo de inversión del saldo disponible en caja o en cuentas de ahorro del valor que por concepto de recobros se hubiere conciliado con el Fosyga.

Mediante el Decreto 970 de 2011 se amplía en otro año más el plazo para la constitución de las reservas técnicas, pero en dicho año, en virtud de las facultades extraordinarias otorgadas en la Ley 1444 de 2011, también se expide el Decreto Legislativo 4185 de 2011, norma de rango legal a través de las cuales se ordenó la reasignación de las funciones de inspección, vigilancia y control de las entidades promotoras de salud en relación con la administración del riesgo financiero a la Superintendencia Financiera de Colombia, siempre que cumpliera o llegaren a cumplir las normas que rigen para las entidades aseguradoras y para cuya asunción de competencia se otorgó un plazo no mayor a un (1) año, esta orden en la práctica no se cumplió porque exigía el cumplimiento de las normas prudenciales aplicables a las entidades aseguradoras y por ello se mantuvo la inspección, vigilancia y control en la Superintendencia Nacional de Salud.

Mediante el Decreto 1921 de 2013, se modifica nuevamente el monto del margen de solvencia para establecer las consecuencias de su incumplimiento cuando se ha adoptado la opción de implementación de un sistema de administración de riesgos, pero con concepto favorable del tercero que ha auditado y, para ese año, frente a las entidades que no

cumplieron el margen de solvencia al 31 de marzo, ordena la obligación de mantener el patrimonio técnico para garantizar el margen de solvencia alcanzado a dicha fecha.

5.9.2 Memorandos de advertencia de la Contraloría General de la República

En este punto vale la pena observar los reparos que a manera de memorandos de advertencia hace la Contraloría General de República -CGR- entre los cuales se destacan, los emitidos en las fechas: agosto 9 de 2012 sobre situación financiera de las EPS, Vigencia 2011 y el 11 de julio de 2014 Función de Advertencia por Incumplimiento de Decretos 574 de 2007 y Decreto 4185 de noviembre 3 de 2011 y omisión seguimiento a función de advertencia 2012EE53867.

En estos memorandos de advertencia la CGR reiteraba la crisis sistémica en ambos regímenes de salud, sin avizorar medidas de parte del gobierno nacional para su resolución. Asimismo la CGR cuestionaba la flexibilización de las normas y el pasar por alto acuerdos internacionales como el de Basilea

"...en el caso del Sector Salud se ha buscado flexibilizar los requisitos de cumplimiento, creando regímenes de transición, a través de sucesivas reformas al Decreto 574 de 2007, cómo si estos fueran meras formalidades".
"Resultado que la realidad operacional es neutra, es apolítica, es implacable y es inexorable. Al alterar artificialmente (con todas las formalidades legales) los requisitos no implica que la realidad operacional se va a ajustar a éstos; todo lo contrario va a suceder: crecerá la frecuencia de negación de servicios, se dilatarán más las aprobaciones, crecerán en general todas las prácticas que muestran un crecimiento cada vez mayor en los "RPQ" reportados y, a su vez, crecerá el saldo insoluto de las deudas por pagar a los proveedores"⁵⁶ (...)

5.9.3 Normatividad expedida entre el año 2014 y 2017.

El gobierno nacional a través del Decreto 2702 de 2014 actualiza y unifica las condiciones financieras y de solvencia de las EPS y los criterios generales para que la información financiera sea consistente, con la pretensión de hacerlas más exigentes y para su cumplimiento otorga unos plazos. En tal medida, incrementa el capital mínimo y establece un monto mínimo para cada uno de los regímenes y planes complementarios si los administra la entidad, fija las reglas de indexación y, los elementos que lo integran, según la naturaleza de la entidad; define y establece la forma de cálculo del patrimonio técnico y del patrimonio adecuado; ordena la constitución de reservas técnicas; señala las inversiones admisibles de las reservas técnicas y sus límites en la composición del portafolio; prevé un período de transición para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia para lo cual establece unos porcentajes de cubrimiento del defecto en siete (7) años.

⁵⁶ Función de Advertencia Incumplimiento Decretos 574 de 2007 y Decreto 4185 de noviembre 3 de 2011 y omisión seguimiento a función de advertencia 2012EE53867 de agosto 9 de 2012 sobre situación financiera de las EPS -Vigencia 2011.

<p>En el Decreto 1681 de 2015, al regular la subcuenta de garantías del Fosyga, se autoriza la utilización de estos recursos para fortalecer patrimonialmente a las EPS a través del denominado "contrato de capital de garantía" o mediante la adquisición de títulos representativos de deuda subordinada emitidos por las EPS, y en uno u otro caso, dichos valores eran computables como parte del capital mínimo y del capital primario, para efectos del cumplimiento de las condiciones financieras y de margen de solvencia de estas entidades.</p> <p>A los dos años se expide el Decreto 2117 de 2016, el cual faculta la disminución del porcentaje del patrimonio adecuado en dos puntos porcentuales si se cumplen los requisitos establecidos en la misma norma, adicióna como inversión computable de las reservas técnicas el certificado de reconocimiento de deuda por servicios No POS emitido por el Fosyga o la ADRES, define límites a las inversiones computables, y, establece las condiciones para acceder a los plazos y tratamiento financiero especial para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia, con lo cual, en la práctica, autoriza la elaboración de un plan de ajuste y un incremento del plazo a diez (10) años.</p> <p>A escasos 5 meses se expide el Decreto 718 de 2017, a través del cual se flexibiliza el requisito de capital y el plazo del plan de ajuste para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia para aquellas entidades que soliciten Procesos de Reorganización Institucional -PRI- a las cuales, el plazo de diez (10) años se cuenta a partir de la aprobación de la entidad de control</p> <p>5.9.4 Cuestionamientos a esta normatividad.</p> <p>El Tribunal Administrativo de Cundinamarca Sección Primera Subsección "A" en el fallo del 10 de abril de 2019, expediente 25000-23-24-000-2017-00885-00, y luego de un trámite exhaustivo, el cual contó con la participación de la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República, identifica varias situaciones cuestionables relacionadas con la normatividad expedida, entre las cuales se destacan: la participación de particulares en la expedición de esta regulación, la flexibilización de los requerimientos financieros y de solvencia, los hechos que se facilitaron con esta normatividad, especialmente la vulneración de los derechos e intereses colectivos al patrimonio público y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna.</p> <p>Seguidamente se detallan los apartes del fallo más relevantes relacionados con las normas en comento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el fallo se relatan los hechos que facilitaron la expedición de estas normas al afirmar: <p><i>"El Decreto 2117 del 22 de diciembre de 2016 en su artículo 1° modificó el artículo 2.1.13.9 de Decreto 780 de 2016, y el Decreto 718 del 4 de mayo de 2017 adicionó dos párrafos al artículo .1.13.9 del Decreto 780 del 2016, el cual fue modificado por el Decreto 2117 del 2016.</i></p> <p><i>El Decreto 718 de 2017 fue expedido con anterioridad a la creación de MEDIMÁS EPS. En tal sentido, dicha EPS fue cobijada con las dos modificaciones, es decir que CAFESALUD EPS no requerirá cumplir con el requisito de participación en el capital de la entidad resultante del proceso de reorganización (MEDIMÁS), y que</i></p> 	<p>adicionalmente MEDIMÁS podía presentar propuesta para el cumplimiento de condiciones financieras y de solvencia durante un plazo de cumplimiento de hasta 10 años contados a partir de la aprobación del plan de ajuste que realice a Superintendencia Nacional de Salud."</p> <p>"MEDIMÁS encontró el respaldo jurídico que le permitió desprenderse de la participación accionaria de CAFESALUD EPS, contar con el término de 10 años, desde el 1° de agosto de 2017 para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia durante un plazo de cumplimiento de hasta 10 años."</p> <ul style="list-style-type: none"> - Este fallo del Tribunal Administrativo de Cundinamarca da cuenta de la participación de particulares en la expedición de esta regulación y de cómo se "flexibilizan" los requerimientos de patrimonio adecuado, entre otros: <p><i>"Por otra parte, el señor Augusto Acosta, en su testimonio manifestó que participó en la estructuración de los Decretos modificatorios del Decreto No 2117 de 2016, señalando:</i></p> <p><i>"(...) Posteriormente también tuve la oportunidad de hacer aportes profesionales en lo que fue el Decreto 2117 del año 2016, que flexibilizó de alguna manera la forma como las EPS debían cumplir con los requerimientos de aportes de capital para cumplir con la norma de patrimonio adecuado y de recursos de liquidez para cumplir con la norma del 2702 referida a la liquidez de las reservas técnicas que tendrían que tener las EPS. Finalmente como parte pues de este proceso de actualización de la regulación respecto de normas de habilitación financiera, tuve también la oportunidad de conocer y participar de alguna manera indirecta en la preparación del Decreto 718 del año 2017 que completó en alguna forma la regulación correspondiente a la manera como la EPS podían reorganizarse en su estructura societaria, podían facilitarse también algunas transferencias de propiedad y se podía dar la oportunidad para que los distintos interesados fueran sus actuales accionistas o fueran otros, pudieran repetir ir recuperando paulatinamente los indicadores de solvencia financiera y de liquidez de reservas técnicas que eran necesarios"</i></p> <p><i>"Así, se encuentra probado que LAZARD S.A.S. junto con sus asesores tuvieron reuniones con el Ministerio de Salud y de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud en la estructuración de la transacción para la venta de los activos de CAFESALUD. Por otra parte el señor Augusto Acosta al tiempo que se desempeñaba como consultor de LAZARD S.A.S. también participó en las reuniones para la preparación del Decreto 718 de 2017 modificador del Decreto 2117 de 2016 (en el cual también había participado en su construcción en los términos descritos en el testimonio).</i></p> <p><i>Como se analizará en detalle más adelante, tal aspecto cobra especial trascendencia si se tiene en cuenta que la modificación introducida en el Decreto 718 de 2017 habilitó legalmente a la reorganización institucional de CAFESALUD en los términos pretendidos por SALUDCOOP en Liquidación y por su equipo asesor desde el diseño del Reglamento de Venta."</i></p>
<p><i>"En ese orden, si para la estructuración del proceso de venta diseñado por LAZARD S.A.S. y su equipo asesor, y aprobado por SALUDCOOP EPS, se llevaron a cabo reuniones con la Superintendencia Nacional de Salud y con el Ministerio de Salud y de la Protección Social, es difícil desligar de las resultas de estas reuniones la expedición del Decreto No. 718 de 2017 como la Circular No. 00005 de 2017, que habilitaron jurídicamente el proceso de reorganización institucional de CAFESALUD EPS, en los términos que previamente habían sido diseñados por los intervinientes en la estructuración del negocio."</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La principal conclusión del Tribunal se hace explícita así: <p><i>"En conclusión, la Sala evidencia que la vulneración de los derechos intereses colectivos al patrimonio público y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna, tiene su origen en la expedición del artículo 1° del Decreto 718 de 2017 que adicionó el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016"</i></p> - Asimismo, el fallo define, entre las responsabilidades de los demandados, en la vulneración de derechos e intereses colectivos, la siguiente: <p>"a) MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL</p> <p><i>El Gobierno Nacional - Ministerio de Salud y de la Protección Social es responsable de la vulneración al expedir el Decreto 718 de 2017, que constituyó la génesis de la vulneración sistemática de los derechos e intereses colectivos al patrimonio público, y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna, al facilitar el marco legal con el cual se permitió la reorganización institucional de CAFESALUD ES en los términos pretendidos por SALUDCOOP EPS en liquidación, y que ya fue objeto de pronunciamiento por la Sala.</i></p> <p><i>Nótese que la expedición de este Decreto fue posterior a las reuniones sostenidas entre el Ministerio junto con la Superintendencia Nacional de Salud, y SALUDCOOP EPS con su equipo asesor, para aclarar y definir los temas concernientes al proceso de venta de activos, pasivos y contratos de CAFESALUD EPS y de las acciones de ESIMED S.A., sin que pueda desconocerse la relación entre tales reuniones y la norma expedida por parte del Ministerio."</i></p> - Finalmente, el fallo del Tribunal destaca en su parte resolutoria, lo siguiente: <p>"SEGUNDO: DECLARAR que con la expedición del artículo 1° del Decreto 718 de 2017 que adicionó el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016, se vulneraron los derechos e intereses colectivos al patrimonio público y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna.</p> <p><i>Sería del caso anular la referida norma, si no fuera por la prohibición prevista en el inciso 2° del artículo 144 del CPACA. En su lugar, INSTASE al Gobierno Nacional - Ministerio de Salud y de la Protección Social a revocar, derogar o demandar el artículo 1° del Decreto 718 de 2017 que adicionó el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016"</i></p> 	<p>5.9.5 Eficacia de la figura del Plan de Reorganización Institucional – PRI – y Plan de Ajuste Financiero</p> <p>Las EPS que han estado ejecutando Plan de Reorganización Institucional o Plan de Ajuste Financiero, en su gran mayoría han empeorado su operación, incluso están en proceso de liquidación Coomeva, Cafesalud y Medimas EPS, así mismo las EPS Asmet Salud, Ecoopsos y Emssanar, con corte a diciembre de 2022, están categorizadas en alto riesgo por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Es evidente la poca eficacia de estos planes y los riesgos que está asumiendo el Estado colombiano al otorgar más plazos a las EPS para que cumplan con los indicadores financieros y de solvencia.</p> <p>Cabe recordar que los recursos que manejan las Empresas Promotoras de Salud son de naturaleza pública, como lo ha reiterado la honorable Corte Constitucional en lo que respecta al carácter público que se le atribuye a los recursos de salud, esta Corporación ha precisado, en reiteradas ocasiones, que dicho peculio es de índole parafiscal, aspecto que refuerza su naturaleza pública²⁷. Por tanto es deber del Estado ejercer el debido control para que estos recursos se apliquen a su destinación específica, sin desvíos y sin dilaciones.</p> <p>5.9.6 Normatividad expedida entre 2018 y 2021</p> <p>El Decreto 682 de 2018 establece las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las EPS y mantiene para las nuevas entidades o entidades en procesos de reorganización institucional, las condiciones financieras y de solvencia.</p> <p>Se aprueba la Ley 1929 de 2018, a través de la cual se autoriza la disposición temporal, hasta por cinco años, de un porcentaje de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) administrado por las Cajas de Compensación Familiar para el saneamiento de pasivos por la prestación de servicios de salud o al cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia aplicables a las EPS, según contaran con programas de salud del régimen subsidiado o participaran en el aseguramiento en salud.</p> <p>El Decreto 1424 de 2019, a través del cual se modifica la asignación de afiliados cuando se produzca la liquidación o retiro de las EPS, dispuso para las entidades receptoras de afiliados la disminución temporal del porcentaje del patrimonio adecuado definido para los ingresos operacionales, en función de la variación anual en el número de afiliados hasta el 31 de diciembre, con la correlativa obligación de incrementarlo en 0.5 puntos porcentuales para alcanzar el tope del 8%; y, por efecto de la movilidad, exime a las EPS del régimen subsidiado del cumplimiento de las condiciones de habilitación del régimen contributivo, entre otros, el capital mínimo, pero respecto de estos afiliados deben cumplir las reservas y régimen de inversiones, regla que también aplica para las EPS del régimen contributivo respecto de los afiliados del régimen subsidiado en movilidad, siempre que no supere el 30% del total de afiliados.</p>

El Decreto 1683 de 2019 adiciona como inversiones computables de las reservas técnicas el valor radicado por recobros entre el 1º de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2019, respecto del cual no exista o no se haya notificado el resultado definitivo, las participaciones en fondos de inversión colectiva abiertos sin pacto de permanencia y, redefine los límites; faculta a la Superintendencia Nacional de Salud para descontar el efecto del deterioro de las cuentas por cobrar por lo No PBS en la acreditación del capital mínimo y del capital primario, hasta el 31 de diciembre de 2020.

Con el Decreto 600 de 2020 se autoriza a las EPS para que, durante el término de la emergencia sanitaria por Covid-19, utilicen los recursos de las reservas técnicas invertidos en depósitos a la vista, títulos de renta fija y títulos de deuda pública interna para el pago de deudas o cuentas por pagar de servicios de salud cubiertos con la UPC, registrados como reserva técnica.

Mediante el Decreto 1711 de 2020 se amplía el plazo para el cumplimiento de las condiciones de autorización y habilitación, pero se salvaguardan los términos establecidos para las condiciones de carácter financiero y del margen de solvencia.

A través del Decreto 1811 de 2020 se amplía el plazo al 31 de diciembre de 2021 para que la Superintendencia descunte el efecto del deterioro de las cuentas por cobrar por lo No PBS en la acreditación del capital mínimo y del capital primario.

El Decreto 709 de 2021 establece como requisito para que las EPS sean receptoras de afiliados asignados, por efecto de la liquidación ordenada o autorizada de otras entidades, el cumplimiento del capital mínimo y del patrimonio adecuado, según la certificación expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

5.9.7 Normatividad expedida en el 2022

Decreto 995 del 13 de junio de 2022, el cual adiciona como inversión computable de las reservas técnicas, aplicable también a las EPSI, los denominados "Certificados de los recursos de Unidad de Pago por Capitación — UPC, apropiados por las Entidades Promotoras de Salud y que no han sido distribuidos por la ADRES suscritos por el representante legal de ADRES", los cuales computarán por su valor facial; también adiciona para las EPSI como inversión computable los certificados de reconocimiento de deuda por servicios No PBS emitidos por la ADRES y, nuevamente, autoriza a las EPS que presentan una concentración de deuda mayor al 15% en acreencias que superan los 180 días, para que utilicen, por una única vez y a más tardar el 30 de junio, los recursos de las reservas técnicas invertidos en depósitos a la vista, títulos de renta fija, fondos de inversión colectiva y títulos de deuda pública interna para el pago de deudas o cuentas por pagar de servicios de salud cubiertos con la UPC, registrados como reserva técnica, previa evidencia y solicitud de un plan de pagos por la Superintendencia Nacional de Salud.

Decreto 1492 de 2022 del 3 de agosto, para las entidades receptoras de afiliados, desde el 1 de enero de 2019 al 31 de julio de 2022, modifica la disminución temporal del porcentaje del patrimonio adecuado definido para los ingresos operacionales, en función de la variación anual en el número de afiliados, señalando nuevos intervalos e incrementando el

porcentaje con la correlativa obligación de incrementarlo en un (1) punto porcentual cada año para alcanzar el tope del 8% en el año 2027; no incluye y deja a la discrecionalidad de la Superintendencia Nacional de Salud el señalamiento de la forma como se deben reflejar en el cálculo del patrimonio adecuado, los recursos provenientes de los presupuestos máximos; establece una gradualidad para la inclusión de los recursos adicionales de UPC correspondientes a inclusiones de planes de beneficios que eran financiadas con presupuestos máximos en el cálculo del patrimonio adecuado; establece la regla de no inclusión en el capital mínimo, patrimonio técnico y de las inversiones que respaldan las reservas técnicas el valor correspondiente al déficit de los costos por servicios y tecnologías financiados con presupuestos máximos y el valor efectivamente recibido por este concepto; y, faculta a la Superintendencia para descontar en la verificación de las condiciones de capital mínimo y capital primario, el valor correspondiente al deterioro de las cuentas por cobrar por prestaciones No PBS.

Decreto 1600 del 5 de agosto de 2022, al regular nuevamente los procesos de reorganización institucional de las EPS, previó que la nueva entidad que se cree por efecto de la fusión, escisión o creación como resultante de estos procesos, si bien debe cumplir con el capital mínimo exigido para todas las entidades, el cumplimiento del patrimonio adecuado, reserva legal y reservas técnicas estará sujeto a las condiciones financieras y de solvencia del plan de reorganización institucional que le sea aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

5.10 Deterioro progresivo del cumplimiento financiero de las Entidades Promotoras de Salud

En el año 2017 existían en el país 35 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios⁵⁸ (EAPB); sin embargo, por el incumplimiento de las condiciones financieras para su permanencia en el sistema y luego de los procesos de liquidación definidos por la normatividad vigente, en la actualidad existen 29⁵⁹. En la tabla 12 se observa que la principal salida de EPS se ha dado en el régimen subsidiado; la salida de las EAPB genera cambios en el sistema, que van desde el agravamiento de barreras de acceso a los servicios por la incertidumbre ante los anuncios de intervención, hasta los observados en las entidades receptoras, debido a la afectación en las exigencias operativas, financieras y técnicas.

Tabla 12 EPS autorizadas y liquidadas desde 1994 hasta febrero de 2024

Régimen	Autorizadas	Liquidadas	Vigentes febrero 2024
Subsidiado	122	107	14*
Contributivo	27	17	12**
Subsidiado y Contributivo	8	5	3
TOTAL	157	129	29

*Incluye 5 EPSI

⁵⁸ Total, de EAPB para el año 2017, no incluye (5) EPSI ni (3) que entraron en liquidación el año anterior (Comfabyo – Cafesalud – Manekia. Fuente Superintendencia Nacional de Salud – FT001 y Listado de Entidades Liquidadas.

⁵⁹ Se incluyen 5 Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI) y 2 Entidades Adaptadas para operar el aseguramiento: Ferrocarriles Nacionales y Empresas Públicas de Medellín

A continuación se presenta el cumplimiento de los indicadores financieros, de acuerdo con el informe de cumplimiento realizado por la Superintendencia Nacional de Salud, con corte de 2023⁶⁰.

Tabla 13 Cumplimiento financiero de las EPS Dic. 2020 – Sep. 2023

	CAPITAL MÍNIMO				PATRIMONIO ADECUADO				INVERSIÓN DE RESERVA TÉCNICA			
	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Sep. 2023	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Sep. 2023	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Sep. 2023
REGIMEN CONTRIBUTIVO												
SURA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
ALIANZASALUD	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
SANITAS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
COMF. – VALLE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
COMPENSAR	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
SALUD TOTAL	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
SALUD MIA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
SALUD BOLIVAR	-	-	SI	SI	-	-	SI	SI	-	-	-	SI
FAMISANAR	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
S.O.S	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
FERRICARRILES	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
EPM	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
REGIMEN SUBSIDIADO												
COMFAORIENTE	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI
CAPITAL SALUD	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
COMFACHOCO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
SAVIA SALUD	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CAPRESOCA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO												
MUTUAL SER	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
COOSALUD S.A	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
EPS CON PLAN DE REORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL Y/O AJUSTE												
CAJACOPI S.A.S.	-	-	SI	SI	-	-	SI	SI	-	-	-	-
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	-	-	SI	SI	-	-	SI	SI	-	-	-	SI
NUUEVA EPS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
EMSANAR	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
ASMET S.A.S	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud

Como puede observarse, ha sido progresivo el incumplimiento de los indicadores, donde más se concentra es en régimen subsidiado, en las EPS con plan de reorganización institucional y el indicador de mayor incumplimiento es el régimen de inversión de reservas técnicas.

⁶⁰ Informe de evaluación del cumplimiento de los indicadores de capital mínimo, patrimonio adecuado y régimen de inversión de la reserva técnica – septiembre de 2023. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Supervision/Riesgos/Estadisticas/EPSPRegimenContributivo/INFORME%20DE%20EVALUACION%20DE%20LOS%20INDICADORES%20DE%20CM%20PA%20Y%20R%20-%20%20SEPTIEMBRE%20DE%202023.pdf>

5.11 Informe sobre reserva técnica y régimen de inversiones de la reserva técnica

En el Informe Reserva Técnica y Régimen de Inversiones de la Reserva Técnica de la SNS (2023)⁶¹, se establece al decreto 780 de 2016 como el regulador de las condiciones financieras y de solvencia que las EPS habilitadas deben cumplir. De manera puntual, el artículo 2.5.2.1.9 de este decreto, señala que las EPS tienen la obligación de calcular, constituir, mantener y reconocer mensualmente en el pasivo de la entidad, las reservas técnicas.

Su relevancia para el sistema puede explicarse a la luz de lo señalado por la Resolución 00412 de 2015: "Las reservas técnicas permiten determinar la capacidad de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud para hacer frente a sus obligaciones actuales o eventuales contraídas en virtud de su actividad y se constituyen como fuente principal para atender el pago de las mismas".

El artículo citado anteriormente, hace distinción entre tres tipos de reservas técnicas:

1. La reserva de obligaciones pendientes y conocidas se debe constituir en el momento en que la entidad se entere por cualquier medio, del hecho generador o potencialmente generador de la obligación. El monto de la reserva a constituir debe corresponder al valor estimado o facturado de la obligación de acuerdo con la información con la que se cuente para el efecto.
2. Reserva para obligaciones pendientes. Tiene como propósito mantener una provisión adecuada para garantizar el pago de la prestación de servicios de salud del Sistema de Seguridad Social en Salud que están a cargo de las entidades. Esta reserva comprende tanto los servicios de salud ya conocidos por la entidad como los ocurridos, pero aún no conocidos, que hagan parte del plan obligatorio de salud y de los planes complementarios, así como las incapacidades por enfermedad general.
3. La reserva de obligaciones pendientes aún no conocidas, corresponde a la estimación del monto de recursos que debe destinar la entidad para atender obligaciones a su cargo ya causadas pero que la entidad desconoce.

De igual forma el artículo 2.5.2.1.10, establece el régimen de inversiones de la reserva técnica y estipula que las EPS deben constituir inversiones en activos por las reservas técnicas que respalden y que cuenten con la más alta liquidez y seguridad. Garantizando que al generarse la obligación de pago al prestador de servicios de salud por parte de la EPS, existan recursos que respalden la obligación financiera. Dentro del conjunto de inversiones computables se encuentran: títulos de deuda pública interna, títulos de renta fija, depósitos a la vista, certificados de reconocimiento de deuda no POS, entre otros.

⁶¹ Informe Reserva Técnica y Régimen de Inversiones de la Reserva Técnica. Planes de Beneficios de Salud – PBS y Planes de Atención Complementaria – PAC. Decreto 780 de 2016. Superintendencia Nacional de Salud. Delegatura para Entidades de Aseguramiento en Salud. 4 de octubre de 2023. Disponible en: <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2023/11/Informe-reservas-tecnicas-corte-junio-2023-supersalud.pdf>

La ley estipula que las EPS deberán mantener inversiones de al menos el 100% del saldo de sus reservas técnicas del mes calendario inmediatamente anterior, con excepción de las que se encuentran en Plan de Reorganización Institucional (PRI) o Plan de Ajuste Financiero (PAF). De ahí que el Requerimiento de Reservas Técnicas sea calculado de la siguiente manera:

$$\text{Requerimiento de Reservas Técnicas} = \text{Saldo actual de las reservas técnicas} \times \% \text{transición}$$

t= Período actual de medición (Ej: Junio 2023)
 %transición = Porcentaje de cumplimiento exigible en el período actual

Y que para el indicador de reservas técnicas se deba cumplir la siguiente condición:

$$\text{Inversiones} \geq \text{Requerimiento de Reservas Técnicas}$$

Bajo estos criterios de análisis, el informe de la SNS al corte de junio de 2023 utilizó la información reportada por las EPS a través del Sistema de Recepción y Validación de Datos de Vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud (nRVCC). Concluyendo que del total de las 24 EPS (4 Cajas de Compensación Familiar, 2 adaptadas y 18 EPS) que deben cumplir con el indicador del régimen de inversiones de la reserva técnica, 14 no cumplen con este indicador. Reportando una reserva técnica por valor de \$14.072.562 millones, con un requerimiento de reserva técnica por efecto de los PRI – PAF por valor de \$11.769.979 millones, frente a \$5.436.254 millones como inversión que respalda dicha reserva (\$3.155.599 millones de Impactos transitorios + \$2.280.655 millones de inversiones líquidas) y un déficit de \$6.333.725 millones, resultado de sustraer a la reserva técnica, los impactos transitorios y las inversiones líquidas.

Para las 10 EPS que cumplen con el indicador, se reportó una reserva técnica por valor de \$4.709.620 millones, con un requerimiento de reserva técnica por efecto de los PRI – PAF por valor de \$4.665.275 millones, frente a \$5.505.744 millones como inversión que respalda dicha reserva (\$1.427.624 millones de Impactos transitorios + \$4.078.121 millones de inversiones líquidas), para un superávit de \$840.175 millones. Tomando esto en cuenta, las EPS tienen la obligación de cumplir con un requerimiento de reserva técnica de \$18.782.182 millones, que por efecto de los PRI y PAF, tiene el valor de \$16.435.551 millones y para respaldarla sólo cuentan con \$10.941.999 millones, presentando un déficit por valor de \$5.493.552 millones

Tabla 14 Resultados Consolidados – Régimen de Inversiones de la Reserva Técnica. Junio 2023

EPS	Reserva Técnica	Reserva Técnica Requerida	Impactos Transitorios	Inversiones Líquidas	Déficit / Superávit	Cumplimiento
ALIANSSALUD	104.106	104.106	27.854	140.248	63.996	SI
COMFACHOCÓ	24.242	24.242	21.030	10.121	6.909	SI
COMFAORIENTE	46.336	46.336	4.729	41.121	92	SI

EPS	Reserva Técnica	Reserva Técnica Requerida	Impactos Transitorios	Inversiones Líquidas	Déficit / Superávit	Cumplimiento
COMFAORIENTE	46.336	41.698	-4.638	NO		
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA *	46.367	16.581	-29.786	NO		
MUTUAL SER	399.457	304.122	-95.335	NO		
SALUD TOTAL ***	1.884.804	1.784.542	-100.262	NO		
SURA ***	1.791.574	1.315.361	-476.213	NO		
ASMET S.A.S.	950.560	0	-950.560	NO		
CAJACOPI SAS *	102.876	3.900	-98.976	NO		
CAPITAL SALUD	373.201	215.858	-151.343	NO		
CAPRESOCA	176.753	117	-176.636	NO		
COMPENALCO VALLE	65.199	3.928	-61.271	NO		
COMPENSAR ***	987.818	476.540	-511.278	NO		
EMSSANAR S.A.S *	1.586.980	8.553	-1.578.427	NO		
EPM	22.020	0	-22.020	NO		
FAMISANAR ***	2.017.219	179.436	-1.837.783	NO		
FERRONAL	27.732	0	-27.732	NO		
NUEVA EPS***	5.137.713	595.002	-4.542.711	NO		
SANITAS ***	1.390.152	795.897	-594.255	NO		
SAVIASALUD	806.014	54	-805.960	NO		
SOS ***	428.325	1.371	-426.954	NO		
Total general	18.782.182	6.358.776	-12.423.406			

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud (2023)
 * EPS que tienen PRI Aprobado
 ** EPS que tienen PAF Aprobado
 *** EPS que tienen Plan de atención complementaria PAC

5.12 Informe de la Contraloría General de la República sobre cartera de las EPS

La Contraloría General de la República - CGR, en el informe titulado: "Situación de cartera de 26 EPS con las IPS y proveedores de la Red de Prestadores de Servicios de Salud con corte a octubre de 2023", da cuenta de la revisión y análisis de los estados financieros reportados por 26 EPS, con el fin de determinar el cumplimiento de los indicadores financieros establecidos en la normatividad del sector salud.

Con el fin de profundizar en análisis la CGR aborda el informe desde la perspectiva del pasivo o deudas de las EPS con las IPS y proveedores servicios de salud, su incidencia en el margen de solvencia, liquidez, posteriormente aborda el tema de las reservas técnicas, como condiciones financieras que las EPS deben cumplir para poder operar de acuerdo con lo establecido en el Decreto 780 de 2016 y finalmente muestra el impacto de la situación financiera y de la cartera de las EPS sobre los servicios y la atención en salud.

5.12.1 Pasivos (Deudas de las 26 EPS con IPS, proveedores de medicamentos y tecnologías en salud).

Tal y como se muestra en la tabla 10 del informe los pasivos registrados por las EPS corresponden a la cartera por los gastos en salud y los cobros por los servicios prestados por parte de las IPS, proveedores de medicamentos y tecnologías en salud cuyo cargo se realiza a la UPC y presupuestos máximos.

EPS	Reserva Técnica	Reserva Técnica Requerida	Impactos Transitorios	Inversiones Líquidas	Déficit / Superávit	Cumplimiento
COOSALUD S.A.	401.496	401.496	168.290	429.312	196.106	SI
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	46.367	2.318	4.822	16.581	19.085	SI
MUTUAL SER	399.457	399.457	157.607	304.122	62.272	SI
SALUD BOLIVAR EPS	389	389	10	24.220	23.841	SI
SALUD MIA EPS	10.849	10.849	5.917	11.915	7.993	SI
SALUD TOTAL ***	1.884.804	1.884.804	501.007	1.784.542	400.746	SI
SURA ***	1.791.574	1.791.574	535.359	1.315.361	59.145	SI
ASMET S.A.S*	950.560	475.280	79.584	-	-395.695	NO
CAJACOPI SAS *	102.876	33.126	4.153	3.900	-25.073	NO
CAPITAL SALUD	373.201	373.201	23.813	215.858	-133.530	NO
CAPRESOCA	176.753	176.753	18.599	117	-158.037	NO
COMPENALCO VALE	65.199	66.199	17.216	3.928	-44.056	NO
COMPENSAR ***	987.818	987.818	152.339	476.540	-358.938	NO
EMSSANAR S.A.S *	1.586.980	856.969	155.714	8.553	-692.702	NO
EPM	22.020	22.020	-	-	-22.020	NO
FAMISANAR ***	2.017.219	2.017.219	198.661	179.436	-1.639.103	NO
FERRONAL	27.732	27.732	146	-	-27.586	NO
NUEVA EPS ***	5.137.713	4.110.171	1.928.994	595.002	-1.586.175	NO
SANITAS ***	1.390.152	1.390.152	509.004	795.897	-85.250	NO
SAVIASALUD	806.014	806.014	65	54	-805.896	NO
SOS ***	428.325	428.325	67.291	1.371	-359.664	NO
Total general	18.782.182	16.435.551	4.583.223	6.358.776	-5.493.552	

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud (2023)
 * EPS que tienen PRI Aprobado
 ** EPS que tienen PAF Aprobado
 *** EPS que tienen Plan de atención complementaria PAC

La situación empeora al hacer una evaluación de solo los recursos líquidos disponibles para cubrir los pasivos. Pues al descontar los impactos transitorios y tomando como base el 100% del requerimiento de reserva técnica, solo 4 EPS cumplen con el indicador. Al corte de junio 2023, las 24 EPS activas reportaron una reserva técnica por valor \$18.782.182 millones de pesos y como respaldo, cuentan únicamente con \$6.358.776 millones de pesos en inversiones líquidas, presentando un déficit por valor de \$12.423.406 millones. Evidenciando que este faltante histórico ha venido creciendo como consecuencia de la falta de capitalización o fortalecimiento patrimonial. Pues al momento de entrar en vigor el Decreto 2702 de 2014, las EPS acumulaban un déficit cercano a los \$5 billones (patrimonio adecuado), el cual deberían haber ido corrigiendo a través del fortalecimiento patrimonial según lo indica la SNS. También es importante mencionar que como se explicó en la tabla anterior, al computarse los \$ 4,5 billones en impactos transitorios normativos, el número de entidades que cumplen con el indicador aumenta significativamente, pero ese monto no representa liquidez para responder por los pasivos, esto frente a lo dispuesto en la Resolución 5118 de 2017, Decreto 600 de 2020, Circular externa 013 de 2020 y los Decretos 1492 y 995 de 2022.

Tabla 15 Régimen de inversiones de la Reserva Técnica – Junio 2023

EPS	Reserva Técnica	Inversiones Líquidas	Déficit / Superávit	Cumplimiento
ALIANSSALUD	104.106	140.248	36.142	SI
COOSALUD S.A.	401.496	429.312	27.816	SI
SALUD BOLIVAR EPS	389	24.220	23.831	SI
SALUD MIA EPS	10.849	11.915	1.066	SI
COMFACHOCÓ	24.242	10.121	-14.121	NO

Tabla 16 Total de la deuda de las 26 EPS con las IPS

#	Entidad	Valor (\$)
1	Famisantar	2.205.273.538.107
2	Sanitas	2.028.906.649.497
3	Emsanar	1.510.054.322.938
4	Nueva EPS	903.973.691.657
5	Asmet Salud	832.139.532.537
6	Sura	782.410.499.032
7	Salud Total	738.855.262.050
8	SOS	643.835.409.453
9	Coosalud	270.515.632.012
10	Dusakawi	248.789.510.277
11	Mallamas	221.095.066.462
12	Capital Salud	136.560.861.766
13	Compentalco Valle	135.216.070.864
14	Capresoca	129.675.305.965
15	Cajacopi	123.697.113.928
16	Piejos Salud	123.697.113.928
17	EPS Familiar	88.589.653.669
18	Ecoopsos	87.906.323.348
19	Wayu	22.958.461.912
20	EPM	21.984.733.220
21	Aliansalud	20.073.673.251
22	Comfachocó	15.033.667.985
23	Salud Mía	9.407.096.459
24	Fondo de Pasivo Ferrocarriles	4.065.169.179
25	Compensar	3.967.349.817
26	Salud Bolívar	1.437.635.571
	TOTAL 26 EPS	11.310.119.344.892

Fuente: Informe CGR. Estados financieros de las EPS con corte a octubre 2023

El total de la deuda es de \$11,3 billones de pesos, de la que el 60% se encuentra distribuida en 6 EPS: FAMISANAR EPS, SANITAS, EMSANAR, NUEVA EPS, ASMET SALUD y SURA.

En la siguiente tabla se diferencian los pasivos (deuda) entre corriente (menor a un año) y no corriente (mayor a un año).

Tabla 17 Total de la Deuda corriente y no corriente de 26 EPS con IPS

#	Entidad	Corriente	%	No corriente	%	Valor Total
1	Famisantar	2.115.519.125.569	20	89.754.412.538	12	2.205.273.538.107
2	Sanitas	2.028.906.649.497	19	-	0	2.028.906.649.497
3	Emsanar	1.310.439.304.226	12	199.615.018.712	27	1.510.054.322.938
4	Nueva EPS	1.310.439.304.226	8	25.754.233.868	4	903.973.691.657
5	Asmet Salud	878.219.457.789	6	147.203.952.969	20	832.139.532.537
6	Sura	773.573.901.916	7	8.836.597.116	1	782.410.499.032
7	Salud Total	738.855.262.059	7	-	0	738.855.262.059
8	SOS	588.478.582.185	6	55.356.827.268	8	643.835.409.453

#	Entidad	Corriente	%	No corriente	%	Valor Total
9	Coosalud	239.494.800.135	2	31.020.831.677	4	270.515.632.012
10	Dusakawi	244.484.831.057	2	4.304.579.220	1	248.789.510.277
11	Mallamas	199.553.492.572	2	21.541.573.890	3	221.095.066.462
12	Capital Salud	123.515.715.098	1	13.045.146.668	2	136.560.861.766
13	Comfenalco Valle	102.348.304.314	1	32.867.766.550	5	135.216.070.864
14	Capresoca	62.157.749.222	1	67.517.556.743	9	129.675.305.965
15	Cajacopi	106.937.905.486	1	16.759.208.442	2	123.697.113.928
16	Pijaos Salud	106.937.905.486	1	16.759.208.442	2	123.697.113.928
17	EPS Familiar	105.728.521.442	1	17.138.867.773	-2	88.589.653.669
18	Ecoopos	74.652.427.806	1	13.253.895.542	2	87.906.323.348
18	Wayuu	22.379.189.920	0	579.271.992	0	22.958.461.912
20	EPM	21.984.733.733	0	-	0	21.984.733.220
21	Aliansalud	20.262.149.943	0	188.476.592	0	20.073.673.251
22	Comfachocó	14.596.239.226	0	438.374.759	0	15.033.667.984
23	Salud Mia	9.407.056.031	0	40.428	0	9.407.096.459
24	Fondo de Pasivo Ferrocarriles	2.476.902.497	0	1.588.266.682	0	4.055.169.179
25	Compensar	3.731.350.715	0	235.999.102	0	3.967.349.817
26	Salud Bolívar	1.437.635.571	0	-	100	1.437.635.571
TOTAL		10.581.013.826.449	100	729.105.518.443	100	11.310.119.344.892

Fuente: Informe CGR. Estados financieros de las EPS con corte a octubre 2023

A pesar de que el 93.5% del pasivo corriente reportado por las EPS corresponde a deuda corriente, esto puede suponer un riesgo en caso de exigibilidad de pago de las obligaciones en el corto plazo, es por esta razón que la CGR combina el análisis de cartera con el tamaño de los activos reportados.

5.12.2 Impacto de los pasivos en la liquidez y solvencia de las EPS

Como se mencionó anteriormente la CGR buscaba determinar que tanto la deuda de corto plazo (corriente) puede incidir en la salud financiera de las EPS en caso de que se haga la exigibilidad de pago de la misma en un periodo inferior a un año. Al indicador que muestra la cantidad de recursos que se pueden hacer líquidos en menos de un año para cumplir con sus obligaciones (pasivos) en menos de un año se le denomina indicador de liquidez y técnicamente se calcula así: Activo corriente / Pasivo corriente. El indicador arrojará un resultado satisfactorio si el resultado es mayor o igual que 1. (Tablas 18 y 19)

Tabla 18 EPS con indicador de liquidez satisfactorio

#	Nombre de la Entidad	Activo Corriente (millones de \$)	Pasivo Corriente (millones de \$)	Indicador de liquidez
1	Ferrocarriles Nacionales	105.081	3.741	28,09
2	Salud Bolívar	24.547	2.976	8,25
3	Fundación Salud Mia	25.646	11.152	2,30
4	Coosalud	938.261	451.256	2,08
5	Aliansalud	158.212	127.911	1,24
6	Capital Salud	415.304	346.877	1,20
7	Anas Wayuu EPSI	140.878	121.691	1,16
8	Salud Total EPS	2.806.025	2.504.881	1,12
9	Mutual Ser	516.867	456.816	1,13
10	Nueva EPS	6.513.327	6.301.181	1,03

#	Nombre de la Entidad	Activo Corriente (millones de \$)	Pasivo Corriente (millones de \$)	Indicador de liquidez
TOTAL 10 EPS		11.644.148	10.328.382	1,13

Fuente: Informe CGR. Estados financieros de las EPS con corte a octubre 2023

Tabla 19 EPS con indicador de liquidez menor da 1

#	Nombre de la Entidad	Activo Corriente (millones de \$)	Pasivo Corriente (millones de \$)	Indicador de liquidez
1	EPS Sura	2.238.016	2.275.464	0,98
2	EPS Famisanar	72.503	85.495	0,85
3	Sanitas EPS	1.908.438	2.259.201	0,84
4	EPS Salud	17.938	21.985	0,82
5	Compensar	834.357	1.030.360	0,81
6	Comfenalco Valle	97.762	150.845	0,65
7	Dusakawi	115.147	252.656	0,46
8	Ecoopos	114.704	285.925	0,40
9	Comfachocó	8.791	26.203	0,34
10	Capresoca EPS	15.924	50.224	0,32
11	Asmet Salud EPS	232.520	852.124	0,27
12	Emsanar	322.898	1.691.047	0,19
13	Famisanar	507.801	2.371.513	0,21
14	EPS SOS S.A.	60.224	746.346	0,08
15	EPSI Mallamás	18.084	225.232	0,08
16	Pijaos Salud EPSI	5.294	130.413	0,04
		6.570.401	12.455.033	

Fuente: Informe CGR. Estados financieros de las EPS con corte a octubre 2023

El margen de solvencia hace referencia a la capacidad que tendrá la EPS para pagar todas sus deudas incluyendo las de largo de plazo con la liquidación de todos sus activos, es así como su cálculo se realiza así: Total del activo / Total del pasivo. El indicador arrojará un resultado satisfactorio si el resultado es mayor o igual que 1. (Tablas 20 y 21)

Tabla 20 EPS que cumplen con el indicador de margen de solvencia

#	Nombre de la Entidad	Activo Total (millones de \$)	Pasivo Total (millones de \$)	Margen de solvencia (activo / pasivo) Millones de \$
1	Salud Bolívar	24.547	2.976	8,25
2	Fundación Salud Mia	27.502	11.152	2,47
3	EPM Salud	41.166	21.985	1,87
4	Coosalud	964.339	665.234	1,45
5	Aliansalud	198.878	136.718	1,45
6	Ferrocarriles Nacionales	121.703	85.636	1,42
7	Capital Salud	441.055	359.545	1,23
8	Mutual Ser	604.260	474.246	1,27
9	Anas Wayuu EPSI	148.596	122.411	1,21
10	Salud Total EPS	3.120.067	2.715.048	1,15
11	Nueva EPS	6.699.884	6.301.181	1,06

Fuente: Informe CGR. Estados financieros de las EPS con corte a octubre 2023

Tabla 21 EPS con indicador de margen de solvencia no satisfactorio

#	Nombre de la Entidad	Activo Total (millones de \$)	Pasivo Total (millones de \$)	Margen de solvencia (activo / pasivo) Millones de \$
1	EPS Sura	2.312.925	2.327.626	0,99
2	Sanitas EPS	2.557.343	2.635.557	0,97
3	Compensar	907.109	1.063.670	0,85
4	Capresoca	129.999	152.679	0,85
5	EPS Famisanar	76.482	95.253	0,80
6	Comfachocó	19.422	27.762	0,69
7	Comfenalco Valle	117.363	188.437	0,62
8	Dusakawi	123.425	253.168	0,49
9	Famisanar	935.587	2.388.193	0,39
10	Ecoopos	115.731	294.374	0,39
11	EPS SOS S.A.	280.089	856.297	0,33
12	Asmet Salud	308.368	1.158.826	0,27
13	Emsanar	358.831	1.815.109	0,20
14	EPSI Mallamás	29.554	234.566	0,13
15	Pijaos Salud EPSI	8.871	130.413	0,07
	TOTAL	8.280.760	13.621.930	

Fuente: Informe CGR. Estados financieros de las EPS con corte a octubre 2023

Al combinar el tamaño de los pasivos el indicador de liquidez y margen de solvencia se encuentra que; de las 26 EPS 15 no cumplen ninguno de los indicadores, es decir que no alcanzan a cubrir sus deudas ni en el corto ni en largo plazo, 1 EPS cumple con el Margen de Solvencia pero no con el de liquidez, es decir que no tiene la capacidad para cumplir con sus obligaciones en el corto plazo en caso de que le sean exigidas de manera inmediata, pero puede cumplir con las obligaciones a largo plazo. Y finalmente 10 EPS no cumplen con ninguno de los dos indicadores analizados por la CGR en la siguiente tabla:

Tabla 22 EPS que no cumplen indicadores financieros

#	Nombre EPS	Total Cartera	Ind. Liquidez	M. Solvencia
1	Famisanar EPS	2.205.273.538.106	No cumple	No cumple
2	Sanitas	2.028.906.646.497	No cumple	No cumple
3	Emsanar	1.510.054.322.937	No cumple	No cumple
4	Asmet Salud	832.139.532.537	No cumple	No cumple
5	Sura	782.410.499.032	No cumple	No cumple
6	SOS	643.835.409.453	No cumple	No cumple
7	Dusakawi	248.789.510.277	No cumple	No cumple
8	Mallamás	221.095.066.462	No cumple	No cumple
9	Comfenalco	135.216.070.864	No cumple	No cumple
10	Capresoca	129.675.305.966	No cumple	No cumple
11	Pijaos Salud	123.697.113.928	No cumple	No cumple
12	EPS Familiar	88.589.653.669	No cumple	No cumple
13	Ecoopos	87.906.323.348	No cumple	No cumple
14	Comfachocó	15.033.667.984	No cumple	No cumple
15	Compensar	3.967.349.817	No cumple	No cumple

#	Nombre EPS	Total Cartera	Ind. Liquidez	M. Solvencia
16	EPM	21.984.733.220	No cumple	Cumple
PASIVO EPS QUE NO CUMPLEN INDICADORES		3.334.340.236.557		3.312.355.503.337
1	Nueva EPS	905.973.691.656	Cumple	Cumple
2	Salud Total	738.855.262.059	Cumple	Cumple
3	Coosalud	270.515.632.012	Cumple	Cumple
4	Capital Salud	136.560.861.766	Cumple	Cumple
5	Cajacopi	123.697.113.928	Cumple	Cumple
6	Wayuu	22.958.461.912	Cumple	Cumple
7	Aliansalud	20.073.673.251	Cumple	Cumple
8	Salud Mia	9.407.096.459	Cumple	Cumple
9	Ferrocarriles	4.065.169.179	Cumple	Cumple
10	Salud Bolívar	1.437.635.571	Cumple	Cumple
TOTALES		1.310.119.341.890		

Fuente: Informe CGR. Estados financieros de las EPS con corte a octubre 2023

5.12.3 Las reservas técnicas

De acuerdo con el Decreto 780 de 2016, las provisiones o reservas técnicas: Son las sumas de dinero apropiadas por las EPS para atender las obligaciones conocidas, no liquidadas y pendientes de pago, de otro lado, por las obligaciones no conocidas, no liquidadas y pendientes de pago. En suma, estas son las llamadas Reservas técnicas que deben constituir las aseguradoras en salud.

La reserva de obligaciones pendientes y conocidas se debe constituir en el momento en que la EPS se entere por cualquier medio, del hecho generador o potencialmente generador de la obligación.

La reserva de obligaciones pendientes aún no conocidas corresponde a la estimación del monto de recursos que debe destinar la EPS para atender obligaciones a su cargo ya causadas pero que desconoce.

De acuerdo a lo anterior y con el fin de atender dichas obligaciones las reservas técnicas se constituyen con una suerte de provisión en los estados financieros y al mismo tiempo deben generar un activo de inversión, ya que por su naturaleza de atención de siniestros dicha inversión debe realizar en activos líquidos.

Es así como la CGR encontró que 21 EPS tienen un faltante de \$12.4 de pesos entre lo reportado como provisión del pasivo reservas técnicas y el valor de activos de inversión, lo que según la CGR constituye un incumplimiento al régimen de inversiones de reservas técnicas establecido en el decreto 780 de 2016 que especifica que el monto de la provisión del pasivo debe invertirse en un 100%.

Tabla 23 EPS que no cumplen con activos de inversión a octubre de 2023

#	Nombre de Entidad	Provisión Pasivo Reserva Técnica (millones \$)	Activo Inversión (millones \$)	Faltante en Activo Inversión (millones \$)	Observaciones
1	Nueva EPS	5.851.775	315.092	5.536.683	No cumple, tiene CxC como anticipos
2	Sanitas EPS	916.018	446.608	469.410	No cumple, no se refleja en la R. técnica
3	Coosalud	431.627	40.000	391.627	No cumple
4	Famisanar	2.254.207	10.054	2.244.153	No cumple
5	Emsanar	678.863	0	678.863	No cumple
6	Compensar	919.228	356.718	562.510	No cumple
7	Asmet Salud EPS	832.510	22	823.488	No cumple
8	Capital Salud	196.278	156	196.122	No cumple/ en bancos ctas a \$304.895
9	EPS SOS S.A.	635.239	1.066	634.173	No cumple
10	EPSI Mallamás	8.937	1.562	7.375	No cumple / en bancos ctas \$11.578
11	EPS Familiar de Colombia	75.628	0	75.628	No cumple / en bancos \$20.909
12	Ecoopos	185.237	5	185.232	No cumple
13	Pijaos Salud	27.184	612	26.572	No cumple
14	Salud Mia EPS	7.331	0	7.331	No cumple / en bancos \$ 22.943
15	Comfenalco	142	0	142	No cumple
16	Aliansalud	58.591	25.221	33.370	No cumple / en bancos \$87.024
17	Anas Wayuu	96.332	0	96.332	No cumple / \$ 132.830
18	Salud Bolívar	1.211	0	1.211	No cumple
19	Mutual Ser	412.647	126.752	285.895	No cumple / en bancos \$ 132.830
20	Ferrocarriles Nacionales	81.151	0	81.151	No cumple / No hay detalle reserva técnica eb bce
21	Dusakawi	91.237	0	91.237	No cumple / en bancos ctas \$ 12.887
		13.761.373	1.323.868	12.437.505	

Fuente: Informe CGR. Estados financieros de las EPS con corte a octubre 2023

De acuerdo con lo explorado hasta el momento y de acuerdo con la CGR, el pasivo o deudas de las EPS con las IPS, proveedores de medicamentos y tecnologías en salud asciende a \$25 billones de pesos, \$13,7 billones de reservas técnicas que deberían encontrarse invertidos en su totalidad y \$11,3 billones de pasivo total.

Tabla 24 EPS que cumplen con las reservas técnicas

#	Nombre de Entidad	Provisión Pasivo (millones \$)	Activo Inversión	Excedente Activo Inversión	# Afiliados
1	Salud Total EPS	2.158.824	2.398.154	239.330	4.758.125
2	Comfachocó	4.715	6.862	2.147	174.582
3	Capresoca	207.754	593.721	385.967	176.667
4	EPM Salud	18.669	23.228	4.559	7.427
5	EPS Sura	1.173.959	1.374.921	200.962	5.400.400
	Total	3.563.921	4.396.886	832.965	10.517.261

Fuente: Informe CGR. Estados financieros de las EPS con corte a octubre 2023

De acuerdo con la CGR, y como se observa en la tabla 24, se observa cómo sólo cinco EPS cumplen al 100 % con la provisión y con la inversión de sus reservas técnicas, esto es, los recursos económicos apropiados para el efecto fueron depositados en títulos a la vista, de alta rentabilidad o en bonos de deuda pública.

5.12.4 Impacto de la situación financiera y de la cartera hospitalaria de las EPS hacia las IPS sobre los servicios y la atención en salud

Uno de los mecanismos de medición directa y más diciente del deterioro y de la mala calidad en la prestación de servicios a la población, se manifiesta por medio de las PQRD presentadas ante la Superintendencia Nacional de Salud, por los usuarios a las EPS, como puede verse a continuación:

Tabla 25 Número de PQRD por periodo y por regimenes – Vigencia 2018 a 2022

PQRD	2018	2019	2020	2021	2022	Total PQRD periodo
Régimen contributivo	221.307	276.270	443.908	550.436	799.119	2.291.040
Régimen subsidiado	161.111	222.466	196.248	258.930	333.565	1.172.319
Régimen Organizaciones Indígenas	2.475	2.872	2.664	2.664	5.600	16.275
TOTAL	384.893	501.607	642.820	812.030	1.138.284	3.479.634

Afiliados	2018	2019	2020	2021	2022	Promedio de afiliados durante el periodo
Régimen contributivo	16.558.059	18.451.181	21.313.039	24.233.533	27.419.987	21.595.160
Régimen subsidiado	18.386.760	19.097.630	20.724.914	21.931.912	23.875.113	20.803.266
Régimen Organizaciones Indígenas	1.282.351	1.383.864	1.420.861	1.477.889	1.590.754	1.431.144
TOTAL	36.227.170	38.932.675	43.458.814	47.643.334	52.885.855	43.829.569

	2018	2019	2020	2021	2022	Promedio anual de PQRD por 10.000 afiliados
Régimen contributivo	133,7	149,7	208,3	227,1	291,4	202,0
Régimen subsidiado	87,6	116,5	94,7	118,1	139,7	111,3
Régimen Organizaciones Indígenas	19,3	20,8	18,7	18,0	35,2	22,4
TOTAL	106,2	128,8	147,9	170,4	215,2	153,7

Fuente: Supersalud 2023

La tabla 19 muestra cómo las PQRD, al igual que el número de afiliados a las EPS, fueron en aumento desde el año 2018 al 2022. Sin embargo, no debe considerarse válido que el aumento en el número de afiliados sea necesariamente la causa del aumento en el número de PQRD, así como considerar este indicador como único, toda vez que, vía tutela los usuarios acceden a este mecanismo para lograr la prestación efectiva y oportuna de los servicios de salud; por tanto, se concluye que la calidad en la prestación de servicios de salud a la población se ha deteriorado a través del tiempo.

En la tabla 20 se evidencia, en primer lugar, cómo existe una gran diferencia entre el número de PQRD presentadas por los usuarios del Régimen Contributivo, comparadas con las presentadas por los usuarios del Régimen Subsidiado, entre las vigencias 2018 y 2022, siendo las de este último régimen mucho menores a las del primero; y, mucho más, si se considera que se están comparando 10 EPS del Régimen Contributivo contra 16 EPS del Régimen Subsidiado.

Tabla 26 PQRD, por cada diez mil afiliados a 10 EPS del régimen contributivo 2018 – 2022

EPS	2018	2019	2020	2021	2022	Promedio anual	Crecimiento anual
Régimen Contributivo							
Aliansalud	77,7	101,1	175,2	180,9	239,0	154,8	28,1
Comfenalco Valle	212,6	205,4	256,6	289,7	359,1	264,7	13,1
Compensar	134,6	154,3	230,4	251,9	296,2	213,5	19,7
EPS Sura	65,6	87,8	134,9	176,3	266,0	146,1	35,0
Famisanar	166,3	193,1	219,6	232,9	296,9	221,8	14,5
Fundación Salud Mia	8,2	153,7	116,9	113,6	196,2	117,7	79,3
Nueva EPS	155,5	177,3	267,1	270,0	316,7	237,3	17,8
Salud Total	142,0	153,3	205,5	226,5	285,3	202,5	17,5
Sanitas	99,0	110,7	165,7	180,6	250,9	161,4	23,3
S.O.S	248,0	262,9	325,7	377,8	439,9	330,9	14,3
Total	133,7	149,7	208,3	227,1	291,4	202,0	19,5
Régimen Subsidiado							
Asmet Salud	50,9	82,7	65,5	94,5	146,2	88,0	26,4
Capital Salud	161,7	239,6	273,3	316,1	350,0	286,1	19,3
Capresoca	35,0	37,4	44,9	95,6	148,1	72,2	36,0
Cajacopl	53,5	49,1	49,2	62,6	74,8	57,9	8,4
Comfachocó	29,8	44,3	35,8	51,1	54,4	45,1	15,0
CCF de La Guajira	22,7	22,9	26,8	31,9	48,1	30,5	18,8
CCF de Sucre	66,2	50,4	55,2	79,2	130,1	76,2	16,9
Comfamiliar Huila	95,9	139,5	85,9	113,4	163,7	119,7	13,4
Comfaorienté	22,6	34,0	49,5	58,9	77,9	48,6	30,9
Convida	95,4	149,1	138,2	151,0	186,8	144,1	16,8
Coosalud	19,6	28,5	32,6	49,0	76,0	41,1	33,9
Ecoopos	174,4	135,5	126,1	133,1	286,6	171,1	12,4
Emsanar	51,2	70,2	105,8	187,3	277,6	138,4	42,3
Mutual Ser	47,0	43,5	42,0	53,8	58,1	48,9	5,3
Nueva EPS	91,6	96,7	86,8	111,9	145,4	106,5	11,5
Savia Salud EPS	89,1	104,1	123,0	167,0	214,6	139,6	22,0
Total	87,6	116,5	94,7	118,1	139,7	111,3	11,7

Fuente: Supersalud 2023

5.12.5 Conclusiones

Con base en sus análisis, la Contraloría General de la República, concluye que:

- La deuda de las EPS reconocida es de 25 billones de pesos, \$11,3 billones de pesos de pasivos correspondiente a la cartera corriente y no corriente y \$13,7 billones de pesos que corresponde al pasivo de las reservas técnicas.
- Para 21 EPS, se observa que, del pasivo de Reservas Técnicas de \$13,7 billones de pesos, solo están respaldados \$1,3 billones de COP en inversiones (Bonos de deuda pública, títulos a la vista de alta liquidez y otros), evidenciando un faltante \$12,4 billones de pesos, lo cual constituye un incumplimiento al Régimen de Inversiones de Reservas Técnicas que exige la inversión del 100% de los recursos, de acuerdo con el Decreto 780 de 2016.
- Solo cinco (5) EPS cumplen con la provisión y con la inversión de sus reservas técnicas: Salud total EPS, Sura EPS, Comfachocó, Capresoca y EPM Salud.
- 21 EPS, equivalente al 80,7% no cumplen con la provisión ni con la inversión de sus reservas técnicas, lo que demuestra una grave falta contra la norma y un riesgo para el sistema por cuanto, al no constituir las reservas a que están obligadas, no apalancan sus obligaciones para atender los gastos.
- Solo 10 EPS, equivalentes al 38,4%, tienen sus indicadores de liquidez y de margen de solvencia satisfactorios, lo que permite concluir que su situación financiera es satisfactoria y les posibilita, por tanto, garantizar la prestación de servicios de salud a sus afiliados.
- Como conclusión de fondo, se establece que 16 EPS, equivalente al 61,5%, cuentan con indicadores de liquidez y de margen de solvencia no satisfactorios, además no cumplen con la provisión ni con el Régimen de Inversión de las Reservas Técnicas, incumpliendo así los tres requisitos para operar en el país, como son: contar con el capital mínimo, el patrimonio adecuado y las reservas técnicas.

5.13 Tendencia de los principales indicadores financieros de las EPS 2019 - 2028

Con base en el comportamiento financiero de las EPS entre el periodo 2018 – septiembre de 2023 se realiza la proyección de tendencia que tendrán sus indicadores financieros para los próximos años. La metodología para la estimación de los indicadores se basa en información que proviene del catálogo de cuentas de las EPS publicado por la Superintendencia Nacional de Salud, se utilizaron los datos entre 2018 y 2020 como base para los pronósticos de cada indicador. El pronóstico se realizó mediante la fórmula pronostico.est, que está basado en un algoritmo de suavizado exponencial triple, tomando los valores para los años entre 2018 y 2023 como base de cálculo de la tendencia que tendría el indicador en los próximos 5 años.

Las EPS se ordenan en cuatro grupos: régimen contributivo RC (9 EPS), régimen subsidiado RS (5 EPS), cajas de compensación familiar con programa de salud en RS (4 EPS) y EPS que operan en los dos regímenes de salud (3 EPS).

Se analizan cuatro indicadores para cada EPS en cada grupo y el índice de CAMEL de riesgo financiero:

1. Utilidad neta. Valor apropiado por encima de 0
2. Margen de utilidad. Valor apropiado por encima de 0
3. Patrimonio. valor apropiado por encima de 0
4. % de cuentas por pagar / activo. Valor apropiado por debajo de 0%
5. El indicador CAMEL⁶² de riesgo financiero. Calificación de 5 es muy alto riesgo financiero y 1 muy bajo.

⁶² CAMEL obedece a las cinco categorías de evalúa: Capital (C), calidad del activo (A), administración (M), rentabilidad (E) y liquidez (L).

Tabla 27 Pronóstico de la utilidad neta, del margen de utilidad, patrimonio, % cuentas por pagar e índice de CAMEL de EPS del Régimen Contributivo. 2023 - 2028

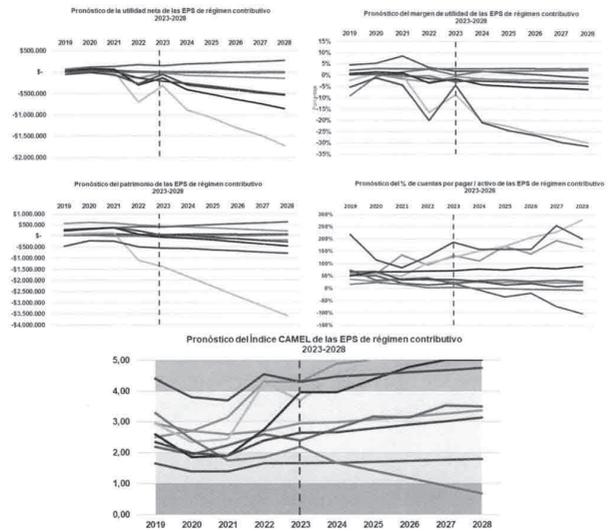


Tabla 28 Pronóstico de utilidad neta, del margen de utilidad, patrimonio, % de cuentas por pagar e índice de CAMEL de EPS de doble Régimen. 2023 - 2028

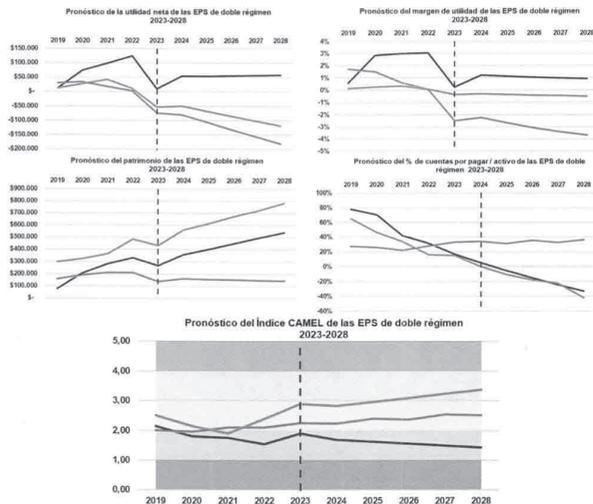


Tabla 29 Pronóstico de utilidad neta, margen de utilidad, patrimonio, % de cuentas por pagar e índice de CAMEL de las EPS del Régimen subsidiado 2023 - 2028

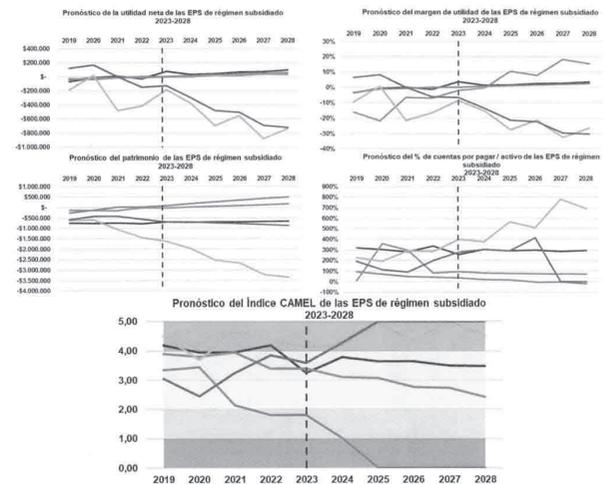
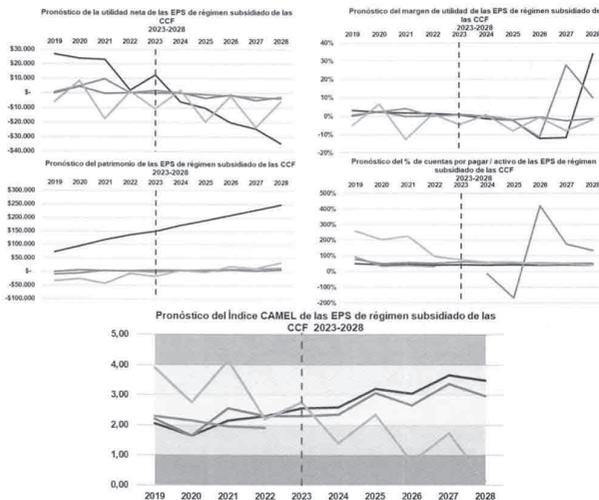


Tabla 30 Pronóstico de utilidad neta, margen de utilidad, patrimonio, % de cuentas por pagar e Índice de CAMEL del Régimen subsidiado de las Cajas de Compensación Familiar, 2023 - 2028



Los resultados centrales del análisis son:

- En el grupo de las 5 EPS del Régimen Contributivo, las tendencias muestran: al menos 3 de 5, tienen indicadores de inviabilidad actual y futura: pérdidas sostenidas, patrimonio negativo, incapacidad de pago de cuentas, y se ubican en la franja "roja" de inviabilidad por alto y muy alto riesgo financiero. En su conjunto este grupo resulta con tendencia a la inviabilidad franca.
- En el grupo de las 3 EPS de las Cajas de Compensación Familiar con Régimen Subsidiado, 2 muestran tendencias similares a las del grupo anterior.
- En el grupo de 9 EPS del RC, se observa: una tendencia general a la pérdida en los próximos 5 años, aunque algunas mantengan patrimonios positivos, la capacidad de contar activos para solventar las cuentas por pagar se incumplen en la mayoría. El índice de riesgo financiero muestra una tendencia de deterioro en 7 de ellas. Este grupo tiene un comportamiento diverso, pero existe una fuerte tendencia a la inviabilidad.
- En el grupo de las 3 EPS que operan en ambos regímenes de salud: es el grupo que muestra los mejores resultados en la tendencia, observándose que las 3 entidades tienen indicadores de sostenibilidad y bajo riesgo financiero en la tendencia.

5.14 Precariedad laboral del talento humano en salud

Las estructurales condiciones de inestabilidad y precariedad que caracterizan al mercado laboral colombiano, y que se han profundizado con el paquete de reformas que se han desplegado en función de la llamada "apertura económica" (leyes 50 de 1990 y 789 de 2002, entre otras), se replican con especial fuerza en un sector salud, que es especialmente sensible a las condiciones laborales para la vida digna del trabajador y la prestación de un servicio en condiciones de calidad, eficiencia y suficiencia.

Tratándose de un tipo de trabajo que tiene un alto componente emocional, derivado de la especial relación del trabajador de la salud con el paciente, las condiciones de trabajo del primero, su situación de contratación, la estabilidad de su vínculo laboral, la relación (indirecta o tercerizada) con la empresa para la que labora, las condiciones de salud y seguridad en el lugar de trabajo y, por último, las condiciones de remuneración, son condiciones sine qua non de la vida digna del empleado de salud y, a la postre, de un desempeño en su profesión que coadyuve a una mejor calidad e integralidad de la atención de los pacientes o, en un sistema de promoción y prevención como el que propone la reforma a la salud, del conjunto de la población. En tal sentido, no se puede hacer abstracción de la problemática laboral en las consideraciones que rodean el proyecto de reforma a la salud que se tramita en el congreso, y que busca una reforma estructural a un sistema que, con sus múltiples contradicciones, viene haciendo aguas por todas sus costuras.

Ahora bien, aunque la cantidad y calidad de información que se dispone en relación con las condiciones laborales en el sector de la salud es insuficiente, con los datos a la mano es posible hacer una estimación plausible de la situación laboral de los trabajadores de la salud en el país, y el panorama no es para nada satisfactorio y edificante.

En octubre del año 2020 la Procuraduría emitió una circular, la 007, acerca de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud empleados en IPS públicas. Los datos recabados por la procuraduría en dicho informe son lapidarios sobre la cuestión: un total de 926 Empresas Sociales del Estado (ESE) empleaban en 2020 a 163.116 personas, de las cuales solo 46.715 tenían contratos directos con las IPS, mientras que otras 116.401 personas se hallaban vinculadas a través de figuras de intermediación laboral, tales como contratos sindicales, cooperativas de trabajo asociado, contratos de prestación de servicio y otras figuras similares. Así, según el ministerio público, solo el 28.63% del personal de las ESE tenían un vínculo directo con estas instituciones, al tiempo que el 71.37% estaban tercerizadas.

Las consecuencias de la tercerización laboral en la situación de los trabajadores en general están ampliamente documentadas en el país: menores salarios, jornadas laborales excesivas, escasa o nula colización a seguridad social, ausencia de prestaciones sociales y dotación, e imposibilidad de organizarse sindicalmente para reclamar mejores condiciones de trabajo y económicas por parte de los trabajadores. A esto se le debe sumar un elemento muy importante para el caso de los trabajadores de la salud, a saber: que este es un trabajo donde los turnos excesivos, con jornadas nocturnas, horas extras y trabajo dominical y festivo es bastante común, por lo que, con la predominancia de la intermediación laboral y de la ley 789 de 2002, que recortó la jornada diurna y disminuyó los pagos por horas extras, dominicales y festivos, la situación de los trabajadores de la salud solo pudo ir a peor.

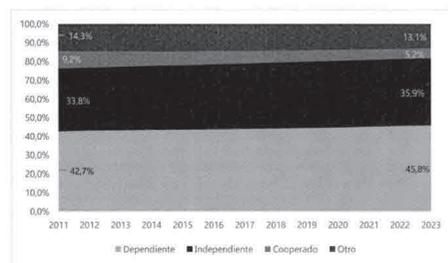
Como bien advierte la procuraduría en la circular mencionada, el artículo 103 de la ley 1438 de 2011 ordenaba que los trabajadores misionales de la salud en el sector público sean contratados directamente por las ESE, y en tal sentido la predominancia de la intermediación laboral es una clara violación de la legislación, en grave perjuicio de la calidad de vida de los trabajadores, y con efectos incuantificables en la calidad del servicio prestado a los pacientes. Desafortunadamente, la Circular no recoge datos del sector privado de salud, del cual hay muy poca información, lo que no permite profundizar en las condiciones de trabajo en el segmento donde laboral la mayoría de los trabajadores de la salud, teniendo en cuenta que la mayoría de las IPS del país son privadas, no públicas.

A pesar de esta ausencia de información, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Observatorio de Talento Humano en Salud, y haciendo uso de la información disponible a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) y el Registro del Talento Humano en Salud (RETHUS), ha logrado recabar datos sustanciales en cuanto a la situación actual y dinámica de estos trabajadores, y los resultados, que replican y refuerzan a los de la Procuraduría, son inequívocos.

De acuerdo con los informes del Ministerio, la situación de contratación laboral de los trabajadores de la salud apenas si ha mejorado en los últimos lustros. En efecto, si para 2011 el 42.7% de los trabajadores de la salud tenían una vinculación laboral formal, en calidad de trabajadores dependientes, para 2022 esta cifra apenas se elevó en 3.1 puntos

porcentuales, hasta llegar al 45.8% de los trabajadores de la salud. Por el contrario, el número de trabajadores "independientes" creció de 33.8% a 35.9% y los trabajadores bajo formas de intermediación laboral tales como CTA u otras apenas si decreció en 5.2 puntos porcentuales, pasando de 23.5% en 2011 a 18.3% en 2022. Teniendo en cuenta que una gran proporción, incuantificable, de trabajadores denominados como "independientes" son en realidad empleados precarizados bajo figuras tales como Contratos de Prestación de Servicios, se hace meridianamente claro que la situación laboral de los empleados de la salud, en al menos la última década, apenas si ha mejorado marginalmente, y que lo que predomina es la precariedad e inestabilidad en las relaciones laborales.

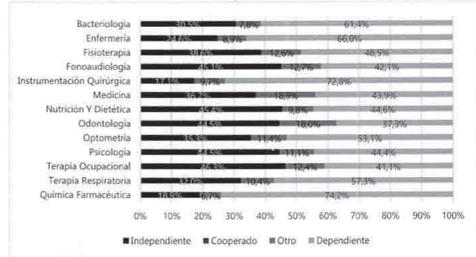
Figura 39. Proporción de aportantes según tipo de vinculación laboral reportada en PILA, THS de nivel Universitario, Colombia 2011 - 2023



Fuente: Registro Único de Talento Humano en Salud disponible en cubos SISPRO

La precariedad laboral, bajo los múltiples rostros de la intermediación laboral y de la contratación civil, abarca a todas las profesiones, pero es especialmente grave en profesiones como la fonoaudiología, la fisioterapia, la medicina y la odontología, labores todas que son misionales y permanentes en los servicios de salud.

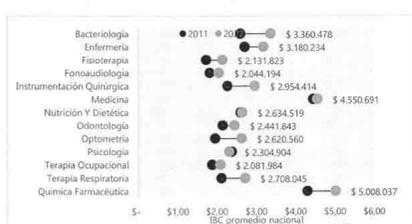
Figura 40. Proporción de aportantes según tipo de vinculación laboral reportada en PILA, Colombia 2022



Fuente: Registro Único de Talento Humano en Salud disponible en cubos SISPRO

Estas condiciones atípicas, por no decir ilegales, de contratación laboral del personal de la salud, se reflejan en la evolución salarial de los profesionales del sector, que cuando mínimo debe calificarse de insatisfactoria. En efecto, el incremento salarial real, ajustado por inflación, de los trabajadores de la salud entre 2011 y 2022 apenas ha sido de \$35.915 anuales (Figura 36 y Tabla 31), algo bastante cuestionable, teniendo en cuenta el consenso general de la opinión pública, al menos desde 2020 cuando estalló la pandemia de la Covid-19, acerca de la labor heroica de los trabajadores de la salud, cuyo sentido laboral de su vida consiste, básicamente, en cuidar y proteger la vida de toda la ciudadanía. Llama fuertemente la atención, entre todas las profesiones, el escaso incremento salarial de los profesionales de medicina y nutrición y dietética, profesiones fuertemente relacionadas tanto con las labores de promoción y prevención como de atención a la enfermedad, e incluso es de destacar el caso de los profesionales de psicología, cuyo ingreso real ha de hecho disminuido entre 2011 y 2022.

Figura 41. Ingreso Base de Cotización (IBC) promedio de profesionales de la salud (precios constantes 2022). Colombia, 2011 – 2022



Fuente: Cálculos propios con base en Registro Único de Talento Humano en Salud disponible en cubos SISPRO (2023) y calculadora de inflación MinTrabajo (2023) (El eje x de la gráfica está escalado en millones de pesos)

Tabla 31. Variación en el Ingreso Base de Cotización (IBC) promedio de profesionales de la salud ajustados por inflación. Colombia, 2011 – 2022

Perfil	IBC 2011 (promedio)	IBC 2022 (promedio)	Ajuste IPC		Ajuste Interés compuesto		Incremento anual medio (real)
			Dif Abs	Dif Rel	Dif Abs	Dif Rel	
Bacteriología	\$ 1.625.081	\$ 3.360.478	\$ 771.250	47,5%	\$ 771.087	47,5%	\$ 70.099
Enfermería	\$ 1.684.139	\$ 3.180.234	\$ 480.976	28,6%	\$ 480.805	28,6%	\$ 43.710
Fisioterapia	\$ 1.081.511	\$ 2.131.823	\$ 408.661	37,8%	\$ 408.552	37,8%	\$ 37.141
Fonoaudiología	\$ 1.136.288	\$ 2.044.194	\$ 233.756	20,6%	\$ 233.642	20,6%	\$ 21.240
Instrumentación Quirúrgica	\$ 1.420.122	\$ 2.954.414	\$ 691.746	49,4%	\$ 691.603	49,4%	\$ 62.873
Medicina	\$ 2.791.316	\$ 4.550.691	\$ 1.033.111	37,0%	\$ 1.033.030	37,0%	\$ 9.366
Nutrición y Dietética	\$ 1.630.362	\$ 2.634.519	\$ 36.876	2,3%	\$ 36.712	2,3%	\$ 3.337
Odonatología	\$ 1.348.241	\$ 2.441.843	\$ 300.075	22,3%	\$ 299.940	22,3%	\$ 27.267
Optometría	\$ 1.224.725	\$ 2.620.560	\$ 669.215	54,7%	\$ 669.052	54,7%	\$ 60.827
Psicología	\$ 1.490.547	\$ 2.304.904	\$ -69.971	-4,7%	\$ -70.121	-4,7%	\$ -6.375
Terapia Ocupacional	\$ 1.176.437	\$ 2.081.984	\$ 207.577	17,7%	\$ 207.459	17,7%	\$ 18.860
Terapia Respiratoria	\$ 1.324.376	\$ 2.708.045	\$ 597.927	45,1%	\$ 597.794	45,1%	\$ 54.345
Química Farmacéutica	\$ 2.699.684	\$ 5.008.037	\$ 706.653	26,2%	\$ 706.382	26,2%	\$ 64.217

Fuente: Cálculos propios con base en Registro Único de Talento Humano en Salud disponible en cubos SISPRO (2023) y calculadora de inflación MinTrabajo (2023)

Los datos expuestos son suficientemente indicativos de una situación de profunda e ilegal precariedad laboral de los trabajadores de la salud, que se salda en fenómenos como el multiempleo y, en general, las magras condiciones de vida de los trabajadores del sector. A este respecto basta con un dato adicional: la Encuesta Nacional de Situación Laboral en Salud del Colegio Médico Colombiano en 2019, evidencia que el 32% de los médicos generales trabaja entre 48 y 66 horas por semana, y el 14% trabaja más de 66 horas semanales. En el caso de los médicos rurales, el 40% trabaja entre 48 y 66 horas semanales, mientras que el 20% trabaja más de 66 horas. Para los especialistas, el 33% trabaja entre 48 y 66 horas semanales, y el 14% trabaja más de 66 horas por semana⁶³.

Esta situación estructural de precariedad laboral en el sector de la salud comporta algunas consecuencias adicionales potencial o actualmente peligrosas para el desenvolvimiento del sector: en primer lugar, el costo de oportunidad asociado a estudiar una carrera del área de la salud se ha incrementado, por lo que se presenta un incremento en el tiempo necesario para que los profesionales de la salud recuperen la inversión realizada en su formación, lo que desestimula el estudio de estas carreras y pueden afectar a corto y mediano plazo la disponibilidad de trabajadores especializados en el sector. En segundo lugar, las malas condiciones laborales en el sector llevan a los profesionales a concentrar sus actividades y vida laboral en las grandes ciudades, donde las ofertas de empleo y sus condiciones son relativamente mejores, lo cual se salda con escasez y desmejora en la atención de la población en ciudades de menor tamaño y en poblaciones rurales y dispersas.

La conclusión es, por lo tanto, inequívoca: el sistema de salud debe transformarse estructuralmente en lo relacionado con mejorar las condiciones laborales y de ingresos de

⁶³ Torres-Tovar, M. (2023). ¿Es posible superar la precariedad laboral de las trabajadoras y los trabajadores del sector salud? Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 43(1).

los trabajadores de la salud; lo que además, se debe combinar con una mejora de las condiciones de ingresos de las IPS, que deben ser las contratantes directas y últimas de estos trabajadores, lo cual apunta en la dirección del giro directo universal y temprano, tal y como lo contempla el proyecto de reforma. Sin estas dos condiciones, la mejora de las condiciones de trabajo de los empleados de la salud será prácticamente imposible, y de rebote el peligro en la calidad de la atención de la población solo podrá ir *in crescendo*.

5.15 Cálculos financieros de la reforma

Las prioridades establecidas en la reforma a la salud, tales como el énfasis y desarrollo de la atención primaria, el fortalecimiento de la red pública, la recuperación de los derechos laborales de los trabajadores, o las necesidades de inversión y formación de los profesionales, suponen la construcción de unos escenarios de gasto a diez años donde, en primer lugar, se plasmen los recursos necesarios para lograr estos objetivos centrales. Como quiera que la reforma no contempla nuevos impuestos o recursos para el funcionamiento del Sistema, debería ser posible orientar los recursos de los que se prevé mayor crecimiento a estos propósitos fundamentales, así como dar cabida a otros objetivos señalados en el articulado inicial o introducidos en el trámite legislativo, dentro del marco fiscal de mediano plazo y las proyecciones de ingresos para los próximos diez años. En la formulación de la proyección de ingresos participaron reconocidos economistas del país, además de expertos en finanzas del Estado del Departamento Nacional de Planeación y todo un equipo del Ministerio Hacienda y Crédito Público, que incluyó personas expertas en temas sectoriales, presupuesto, impuestos y finanzas públicas. La siguiente tabla muestra los ingresos del año 2023 y las proyecciones consolidadas 2024-2033.

Tabla 32. Ingresos del año 2023 y las proyecciones consolidadas 2024 – 2033

Fuente	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Fuente	29.947	30.410	31.334	32.349	33.397	34.479	35.596	36.750	37.940	39.170	40.439
Coligaciones + REX + adic.	12.822	15.506	17.873	20.999	23.333	24.515	25.148	25.739	26.461	27.308	28.181
SGP	30.569	35.339	40.154	43.254	46.403	47.908	49.458	51.061	52.715	54.423	56.186
Aporte Nación	7.875	7.716	7.901	8.094	8.278	8.459	8.663	8.865	9.072	9.284	9.501
Otros Fuentes	11.213	11.213	11.213	11.213	11.213	11.213	11.213	11.213	11.213	11.213	11.213
Total	61.213	68.971	77.263	104.695	111.411	118.370	118.868	122.414	126.169	130.108	134.307

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Escenario de factibilidad - Proyecto de Ley 339 de 2023 (Cámara) acumulado con los proyectos de Ley 340 de 2023 (Cámara), 341 de 2023 (Cámara), y 344 de 2023 (Cámara)

El escenario general de ingresos resultante para la próxima década es muy positivo, en virtud de la aprobación de la reforma tributaria de 2022 propuesta por el actual Gobierno y aprobada por el Congreso. Se destaca también el mayor crecimiento del Sistema General de Participaciones en los primeros cinco años, que se calcula de acuerdo con la norma constitucional de crecimiento de esta fuente de financiación del sector salud, a partir de los Ingresos Corrientes de la Nación. El resultado de la proyección fue un crecimiento de los ingresos del Sistema en pesos constantes de 2023, desde el partidor inicial de 81,2 billones, hasta 134,3 billones en 2033, que constituía el marco o límite de gastos de una reforma que no contempla nuevas fuentes de financiación. El crecimiento de recursos en términos reales alcanza un 65%, porcentaje de incremento muy significativo y que da espacio para el propósito de crecer en los rubros de gasto que la reforma plantea como fundamentales.

Un trabajo de muchas semanas del equipo interdisciplinario e interinstitucional, acompañado de los equipos de trabajo del Ministerio de Salud y la ADRES tuvo lugar en dos etapas, la primera para construir los escenarios de usos de estos recursos o gasto para la propuesta presentada al Congreso de la República en febrero de 2023 y la segunda para ajustar el escenario al texto del proyecto de ley con las importantes modificaciones introducidas en la Comisión VII de la Cámara. El resultado de este segundo trabajo conjunto fue el siguiente:

Tabla 33. Usos de los recursos del sistema de salud en el escenario de Reforma al sistema, de acuerdo con el texto aprobado en Comisión VII de Cámara

Concepto	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Atención Primaria en Salud	17.512	19.945	23.119	24.836	25.486	26.265	26.890	27.450	28.243	29.070
Mediana y alta complejidad	65.341	67.906	69.996	72.135	74.320	76.561	78.870	81.245	83.677	86.165
Prestaciones económicas	2.461	2.560	2.669	2.782	2.900	3.023	3.151	3.285	3.424	3.569
Fortalecimiento de la red pública	465	1.928	2.542	3.126	3.710	3.788	3.863	3.938	4.020	4.104
Otros	1.040	1.056	1.072	1.087	1.104	1.120	1.136	1.154	1.170	1.188
Infraestructura CAPS	500	500	500	500	500	500	1.000	1.000	1.000	1.000
Sistema de información	121	148	182	173	173	173	173	173	173	173
Becas	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
Fortalecimientos institucionales	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Fondo de desastres	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Migrantes irregulares	303	305	307	309	311	313	314	316	317	319
SOAT - Rangos diferenciales	457	471	486	502	518	535	552	570	589	608
Pasivos pendientes	1894	600	-	-	-	-	-	-	-	-
SGP - E.T.	1.451	1.787	2.100	2.333	2.452	2.515	2.574	2.646	2.731	2.818
Gastos directos	91.745	97.476	103.243	108.203	112.604	115.463	118.693	121.947	125.514	129.184

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Escenario de factibilidad - Proyecto de Ley 339 de 2023 (Cámara) acumulado con los proyectos de Ley 340 de 2023 (Cámara), 341 de 2023 (Cámara), y 344 de 2023 (Cámara)

Es preciso aclarar la exigencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público para que en el escenario se registrarán todos los gastos del Sistema, no sólo los gastos derivados de la reforma, para poder confrontarlos con la totalidad de los ingresos. En el cuadro se puede observar el importante crecimiento de los recursos que en virtud de la reforma el país destinará a la Atención Primaria en Salud. De un estimado inicial de 17,5 billones en el 2023 hasta alcanzar 29,07 billones de pesos en 2033. En el año 2023 los recursos orientados a la atención primaria representan el 21,5% del gasto total en atenciones (suma de atención primaria más gasto en servicios de mediana y alta complejidad) y para 2033 representa el 25,2% del gasto total en atenciones. Esto significa que crecimiento del gasto en atención primaria en pesos constantes es de 49% para el acumulado de los diez años de las proyecciones elaboradas.

Si bien no se logra alcanzar la meta propuesta de la Organización Mundial de la Salud de destinar el 30% de los recursos del Sistema a la Atención Primaria, si permite avanzar al país notoriamente en esta dirección. Los estudios del Ministerio de Salud y Protección Social estiman un costo inicial de cobertura plena, con garantía de acceso a servicios básicos, programas de prevención, equipos de salud comunitaria y cuidado de la salud para toda la población, incluida las poblaciones dispersas y todas las que actualmente presentan dificultades de acceso y que concentran la morbilidad y mortalidad prevenible, de aproximadamente 26 billones para el país, que sería posible lograr para 2029.

Es pertinente señalar que los recursos del SGP, que son los que más crecen, pertenecen constitucionalmente a los municipios. La reforma garantiza que estos recursos no se concentren en el gasto de mediana y alta complejidad en los grandes centros urbanos y se queden en su totalidad para el gasto en atención primaria de los municipios, recursos que serán destinados y girados directamente desde la ADRES a los Centros de Atención Primaria de todos los municipios del país.

Cabe destacar que los recursos dirigidos a la mediana y alta complejidad también crecen, en el escenario financiero, desde 65,3 billones en el año inicial hasta 86,16 billones en 2033 en pesos constantes, lo que significa un crecimiento real del 32% en el periodo acumulado de diez años, de modo que se garanticen los recursos necesarios para asumir el incremento del gasto originado por el envejecimiento poblacional y la inclusión de nuevas tecnologías. En el escenario se netean el incremento de demanda con la reducción del uso de urgencias en instituciones de mediana y alta complejidad, que se da actualmente por la deficiencia de la atención primaria. A mediano y largo plazo, se supone, como en cualquier sistema de salud, que un alto nivel de desarrollo de la prevención impedirá que se sigan utilizando ineficientemente estos niveles en el país, como estima el BID (BID, 2023)⁶⁴.

El tercer punto a destacar es la creación del rubro de financiamiento para el fortalecimiento de la red pública hospitalaria, rubro que debe permitir alcanzar a mediano plazo la garantía de un presupuesto estable y suficiente a los hospitales públicos (y que incluye la recuperación de los derechos del personal hospitalario), especialmente aquellas instituciones que atienden poblaciones rurales y dispersas, las que presentan mayor imposibilidad de garantizar su financiamiento únicamente por facturación de servicios y que significan la única posibilidad de acceso a los servicios en muchos territorios.

La estrategia detrás del rubro es devolver progresivamente los recursos de salud departamentales, hoy recogidos en la ADRES, para dirigirlos a cofinanciar los hospitales públicos, más algunos aportes de la nación para las regiones más dispersas. El rubro total para este propósito, que se sumará al facturado a la ADRES por prestación de servicios, es relativamente pequeño, pero clave para los propósitos de la reforma.

Cabe destacar algunos rubros adicionales, importantes para la reforma. En primer lugar, el de inversión en infraestructura de CAPS, necesario para el desarrollo de la estrategia de atención primaria en los próximos diez años, inversión que se concentrará en poblaciones urbanas marginadas y donde quiera que no llegue la inversión privada, la cual suele concentrarse alrededor de las poblaciones urbanas de mayor poder adquisitivo.

En segundo lugar, el rubro de becas, para garantizar la formación de profesionales especializados, dado el déficit actual del país para poder mejorar el acceso de toda la población a estos servicios.

En tercer lugar, la creación de un Fondo para Desastres y Epidemias, con una partida anual que irá desarrollando, junto con los rendimientos financieros, el ahorro necesario para

⁶⁴ (BID, 2023) Gutiérrez, Catalina; Palacio, Santiago; Gleidion, Ursula; Distrutti, Marcella. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. Septiembre 2023.

enfrentar una catástrofe o una nueva epidemia. El país ya no puede desestimar esta posibilidad y debe prepararse con anticipación para enfrentarla.

Finalmente, los rubros de fortalecimiento institucional de los organismos de Dirección del Sistema, que incluyen Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia de Salud, ADRES, Invíma e Instituto Nacional de Salud, así como lo correspondiente al desarrollo del Sistema Unificado e Interoperable de Información Interoperable. Los demás rubros contabilizados atienden otras obligaciones actualmente contempladas como incapacidades y licencias, la atención de migrantes, SOAT y otros.

Adicionalmente, en el escenario, se requería incluir otros gastos no directamente atribuibles a la reforma, o gastos indirectos, que deben ser sumados a los originados en la misma, como son el saneamiento de los pasivos de los hospitales públicos, para dar inicio a un proceso de reforma en mejores condiciones (que se requieren con o sin reforma), los gastos de inversión en la red hospitalaria ya contemplados para el vigencia en el Plan Nacional de Desarrollo y la capitalización de la Nueva EPS, para poder recibir los afiliados de EPS en liquidación, aunque el artículo del proyecto de ley con este último concepto de gasto no fue aprobado finalmente en la Plenaria de Cámara.

Tabla 34 Gastos del sector no atribuibles a la reforma

Concepto	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Infraestructura y equipamiento	507	1.204	1.000	-	-	-	-	-	-	-
Capitalización Nueva EPS	-	655	655	-	-	-	-	-	-	-
Saneamiento hospitales	1200	1200	1200	-	-	-	-	-	-	-
Gastos indirectos	507	3.059	2.855	1.200	-	-	-	-	-	-
Licencias de maternidad	781	790	803	816	829	841	854	867	880	
Incentivos de calidad	-	896	1.422	1.939	1.996	2.057	2.115	2.174	2.238	2.305
Unidades Zonales de Planeación	582	758	970	998	1.028	1.058	1.087	1.119	1.152	
Gastos de trámite legislativo	-	2.259	2.970	3.712	3.810	3.914	4.014	4.115	4.224	4.337

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Escenario de factibilidad - Proyecto de Ley 339 de 2023 (Cámara) acumulado con los proyectos de Ley 340 de 2023 (Cámara), 341 de 2023 (Cámara), y 344 de 2023 (Cámara)

Por último, el trámite del proyecto de Ley en la Comisión Séptima de la Cámara incluyó artículos que originan nuevos gastos, entre ellos la prestación económica por maternidad para las mujeres no cotizantes, los incentivos de calidad para todas las entidades del Sistema, Gestoras, IPS, redes y territorios y el desarrollo de las Unidades Zonales de Planeación para asesorar y evaluar la gestión en salud de los pequeños municipios en cada subdivisión territorial de los departamentos y los distritos, junto con el desarrollo de los laboratorios de Salud Pública. Estos gastos debieron ser incluidos en el escenario financiero, lo que supuso la reducción de otros rubros, dada la inmovilidad de los ingresos estimados.

Al restar los gastos de los ingresos se produjo un balance final que supone un déficit de recursos los primeros años de la reforma, déficit controlable dado que para el año en que el déficit resulta mayor, tan solo alcanza el 0,3% del PIB.

Tabla 35 Balance del sector salud 2024 – 2033

Concepto	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Total gastos	92.252	102.794	109.068	113.115	115.854	119.377	122.707	126.062	129.738	133.521
Usos con reforma (% PIB)	5,7%	6,1%	6,3%	6,3%	6,3%	6,3%	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%
Total fuentes	88.971	97.283	104.695	111.411	115.370	118.865	122.414	126.189	130.185	134.307
Fuentes (% PIB)	5,5%	5,8%	6,0%	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%
Balance	-3.281	-5.511	-4.373	-1.704	-483	-510	-293	128	446	786
% PIB 2023	-0,2%	-0,3%	-0,3%	-0,1%	-0,1%	-0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Escenario de factibilidad - Proyecto de Ley 339 de 2023 (Cámara) acumulado con los proyectos de Ley 340 de 2023 (Cámara), 341 de 2023 (Cámara), y 344 de 2023 (Cámara)

El gasto total asciende moderadamente, de 5,7 puntos porcentuales del PIB en 2024, a 6,3 puntos en 2026 y se posteriormente se estabilizan en 6,2. Por su parte, los ingresos ascienden de 5,5 a 6,2 en tres años y después se estabilizan en 6,2. El desfase resultante del ejercicio de balance entre los ingresos y gastos proyectados, supone que es el Gobierno actual el que debe realizar el mayor esfuerzo financiero en el inicio de la reforma, pero muestra un balance positivo después de 2030.

Tabla 36 Balance del sector salud con reforma, como porcentaje del PIB

Fuentes y usos (%PIB)	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Fuentes	5,5	5,8	6,0	6,2	6,2	6,2	6,2	6,2	6,2	6,2
Usos con reforma	5,7	6,1	6,3	6,3	6,3	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2
Diferencia (2) - (1)	-0,2%	-0,3%	-0,3%	-0,1%	-0,1%	-0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Escenario de factibilidad - Proyecto de Ley 339 de 2023 (Cámara) acumulado con los proyectos de Ley 340 de 2023 (Cámara), 341 de 2023 (Cámara), y 344 de 2023 (Cámara)

Hasta este punto, los cálculos descritos consideran que la mayoría de los gastos directos e indirectos incluidos en el trámite del proyecto de ley son consecuencia exclusiva de la reforma. No obstante, es de aclarar que al proyectarse un escenario sin reforma, deben ser incluidos costos en los que la Nación tiene que incurrir independiente de la aprobación del proyecto de ley; por ejemplo, aquellos concernientes al fortalecimiento institucional y el desarrollo de un sistema de información, por cuenta de ser disposiciones incluidas en las bases del Plan Nacional de Desarrollo ya vigente. En lo que respecta a gastos indirectos, el escenario sin reforma también debe incluir costos relacionados con los gastos en infraestructura y equipamiento, y la capitalización de la Nueva EPS.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Ministerio de Hacienda presentó las sendas de gasto a mediano plazo con y sin reforma, estableciendo el costo de esta última como la diferencia entre ambas sendas de gasto. Aquello también permite incluir en las cuentas el impacto del ahorro proyectado en los gastos en salud para la próxima década fruto del articulado propuesto, principalmente en razón de una reducción en las erogaciones destinadas hacia la mediana y alta complejidad por cuenta del fortalecimiento de la capacidad resolutoria de la Atención Primaria en Salud; de no incluirse dicho ahorro en el cálculo, se sobreestimaría el costo de la reforma.

Así las cosas, el Ministerio de Hacienda concluye que en un escenario con reforma el costo adicional durante la próxima década llegaría a un **valor anual máximo del 0,6% del PIB**

en el 2027, para posteriormente iniciar una senda decreciente hasta alcanzar el 0,18% del PIB en el 2033.

Tabla 37 Balance del sector salud con y sin reforma

Balances	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Balance con reforma	-3.280	-5.532	-4.373	-1.704	-483	-510	-293	128	446	786
Balance sin reforma	-2.351	-1.483	-5.241	9.082	8.732	7.890	6.967	6.114	5.355	4.611
Impacto reforma (\$mm)	929	7.016	9.613	10.786	9.215	8.400	7.261	5.985	4.908	3.825
Impacto reforma (%)	0,06%	0,42%	0,55%	0,59%	0,50%	0,44%	0,37%	0,29%	0,23%	0,18%

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Escenario de factibilidad - Proyecto de Ley 339 de 2023 (Cámara) acumulado con los proyectos de Ley 340 de 2023 (Cámara), 341 de 2023 (Cámara), y 344 de 2023 (Cámara)

La cartera de Hacienda agregó como comentario final en su informe a la Plenaria de la Cámara, que el escenario de viabilidad construido indica que hacer la reforma tiene costo para el Estado los primeros años, los expresados en el déficit, pero que sus proyecciones señalan que más allá del 2035, el escenario financiero sin reforma puede ser peor, dado el crecimiento sin control de la mediana y alta complejidad, por la ausencia de una atención primaria y una prevención en salud eficaz, como también señala el documento del BID.

Finalmente, es importante resaltar que en el citado estudio de factibilidad, el Ministerio de Hacienda, a través de la estimación del balance del sector con y sin reforma, llega a la misma estimación consignada en el documento del Marco Fiscal de Mediano Plazo 2023⁶⁵, emitido en junio 2023, que se realizó con base en el articulado originalmente radicado en el Congreso. Para ambos casos, **durante la próxima década, en ningún año la reforma excede un costo fiscal del 0,6% del PIB y, con base en dicha cifra, la cartera de Hacienda concluyó que todas las disposiciones contenidas en la reforma son consistentes con el estricto cumplimiento de la Regla Fiscal, el Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP) y el Marco de Gasto de Mediano Plazo (MGMP)**⁶⁶. Así mismo, la cartera destaca que, de manera complementaria a los impactos positivos en el bienestar de la población, la reforma redundará en efectos favorables en el crecimiento y la productividad de la economía, asociados a la mayor inversión en temas relacionados con ciencia, tecnología e innovación, y el estímulo a la formación del capital humano del Talento Humano en Salud.

⁶⁵ Ministerio de Hacienda y crédito Público (2023). Marco Fiscal de Mediano Plazo 2023. Disponible en: <https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/portal/EntidadesFinancieras/paginas/EntidadesFinancieras/marcofiscalmediano plazo/marcofiscalmediano plazo2023>

⁶⁶ Ibidem.

6. PLIEGO DE MODIFICACIONES					
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>TÍTULO I OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN</p>	<p>TÍTULO I OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN</p>	<p>Artículo sin cambios</p>	<p>condiciones de trabajo digno y fija las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Sistema de Aseguramiento Social en Salud.</p>	<p>institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Sistema de Aseguramiento Social en Salud</p>	<p>Artículo sin cambios</p>
<p>Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud.</p> <p>Desarrolla un modelo de salud en el marco de la atención primaria, organiza sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articula a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganiza los destinos y usos de los recursos financieros, establece un sistema público unificado e interoperable de información, fortalece la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; define criterios para el desarrollo de políticas en ciencia, tecnología e innovación en salud, así como de formación y</p>	<p>Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud.</p> <p>Desarrolla un modelo de salud en el marco de la atención primaria, organiza sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articula a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganiza los destinos y usos de los recursos financieros, establece un sistema público unificado e interoperable de información, fortalece la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; define criterios para el desarrollo de políticas en ciencia, tecnología e innovación en salud, así como de formación y condiciones de trabajo digno y fija las reglas de transición y evolución de la</p>	<p>Artículo sin cambios</p>	<p>Artículo 2. Aseguramiento social en salud. El aseguramiento social en salud es entendido como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, desarrolla los medios, fuentes de financiamiento, la mancomunación de los recursos financieros del sistema de salud, con criterios de equidad, así como un sistema de gestión de riesgos de salud y financieros con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de salud y vida.</p>	<p>Artículo 2. Aseguramiento social en salud. El aseguramiento social en salud es entendido como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, desarrolla los medios, fuentes de financiamiento, la mancomunación de los recursos financieros del sistema de salud, con criterios de equidad, así como un sistema de gestión de riesgos de salud y financieros con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de salud y vida</p>	<p>Artículo sin cambios</p>
<p>Artículo 3. Fines de la intervención del Estado. El Estado intervendrá en el servicio público esencial de salud y el aseguramiento</p>	<p>Artículo 3. Fines de la intervención del Estado. El Estado intervendrá en el servicio público esencial de salud y el aseguramiento</p>	<p>Se elimina el artículo</p>	<p>Artículo 3. Fines de la intervención del Estado. El Estado intervendrá en el servicio público esencial de salud y el aseguramiento</p>	<p>Artículo 3. Fines de la intervención del Estado. El Estado intervendrá en el servicio público esencial de salud y el aseguramiento</p>	<p>Se elimina el artículo</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>social en salud, conforme a las competencias de que trata esta Ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la Constitución Política.</p> <p>Dicha intervención buscará principalmente el logro de los siguientes fines:</p> <ol style="list-style-type: none"> Garantizar la observancia de los principios consagrados en la Constitución y en la presente Ley. Asegurar el carácter obligatorio del aseguramiento social en salud y su naturaleza de derecho para todos los habitantes de Colombia. Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control del aseguramiento social en salud de la prestación de los servicios de salud. Lograr el aseguramiento social en salud, como un sistema público, único, universal, eficiente y solidario, a través de prestadores públicos, privados y mixtos permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de 	<p>social en salud, conforme a las competencias de que trata esta Ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la Constitución Política.</p> <p>Dicha intervención buscará principalmente el logro de los siguientes fines:</p> <ol style="list-style-type: none"> Garantizar la observancia de los principios consagrados en la Constitución y en la presente Ley. Asegurar el carácter obligatorio del aseguramiento social en salud y su naturaleza de derecho para todos los habitantes de Colombia. Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control del aseguramiento social en salud de la prestación de los servicios de salud. Lograr el aseguramiento social en salud, como un sistema público, único, universal, eficiente y solidario, a través de prestadores públicos, privados y mixtos permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y 	<p>Justificación</p>	<p>educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país.</p> <ol style="list-style-type: none"> Dirigir y orientar políticas de salud pública para prevenir enfermedades, promover la salud, analizar determinantes sociales e intervenirlos y fortalecer sistemas de información, vigilancia y control de indicadores en salud para la toma de decisiones. Evitar que los recursos destinados al aseguramiento social en salud y al sistema de salud se destinen a fines diferentes. Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público esencial de salud y el aseguramiento social en salud, como parte fundamental del gasto público social. 	<p>fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país.</p> <ol style="list-style-type: none"> Dirigir y orientar políticas de salud pública para prevenir enfermedades, promover la salud, analizar determinantes sociales e intervenirlos y fortalecer sistemas de información, vigilancia y control de indicadores en salud para la toma de decisiones. Evitar que los recursos destinados al aseguramiento social en salud y al sistema de salud se destinen a fines diferentes. Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público esencial de salud y el aseguramiento social en salud, como parte fundamental del gasto público social. 	<p>Justificación</p>
<p>TÍTULO II MODELO DE SALUD BASADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD</p>	<p>TÍTULO II MODELO DE SALUD BASADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD</p>	<p>Artículo 4. Definición del modelo de salud. El modelo de salud preventivo,</p>	<p>TÍTULO II MODELO DE SALUD BASADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD</p>	<p>TÍTULO II MODELO DE SALUD BASADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD</p>	<p>Se reubica dentro del título II, queda con el</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>predictivo y resolutorio se fundamenta en la Atención Primaria en Salud universal, centrado en las personas, las familias y las comunidades, integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación, el enfoque de diferencia y de género y la dignidad, e implementa las estrategias de atención primaria en salud integral, salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad.</p> <p>Desarrolla una configuración territorial para la organización de la respuesta a las necesidades, potencialidades y expectativas de la población, ordena las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.</p> <p>El modelo de salud establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en</p>	<p>predictivo y resolutorio se fundamenta en la Atención Primaria en Salud universal, familias y las comunidades, integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación, el enfoque diferencial y de género y la dignidad, e implementa las estrategias de atención primaria en salud integral, salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad.</p> <p>Desarrolla una configuración territorial para la organización de la respuesta a las necesidades, potencialidades y expectativas de la población, ordena las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.</p> <p>El modelo de salud establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el territorio, con un nivel primario constituido con equipos de salud territorial y centros de atención primaria en salud como el primer</p>	<p>mismo número, se corrige error de tipo.</p>	<p>el territorio, con un nivel primario constituido con equipos de salud territorial y centros de atención primaria en salud como el primer contacto con el sistema de salud, que integra y coordina la atención incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos, en el contexto de las redes integrales e integradas de servicios de salud.</p> <p>El modelo es preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la carga de la enfermedad; predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desenlaces o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud; y resolutorio porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.</p> <p>Artículo 5. Ejes centrales del modelo de salud. La promoción de la salud, la</p>	<p>contacto con el sistema de salud, que integra y coordina la atención incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos, en el contexto de las redes integrales e integradas de servicios de salud.</p> <p>El modelo es preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la carga de la enfermedad; predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desenlaces o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud; y resolutorio porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.</p> <p>Artículo 5. Ejes centrales del modelo de salud. La promoción de la salud, la</p>	<p>Se elimina en parágrafo puesto que la humanización en salud es</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>prevención de la enfermedad y la predicción basada en información y la atención integral en salud constituyen los ejes centrales del Modelo de atención y las políticas transectoriales para la calidad de vida y el bienestar, con enfoque territorial y diferencial.</p> <p>La promoción de la salud es un proceso que comprende acciones orientadas a fortalecer las capacidades de las personas, familias y comunidades y la transformación positiva de las condiciones y entornos de desarrollo mediante la participación transectorial y el empoderamiento comunitario y el autocuidado. La prevención es el conjunto de acciones, estrategias y medidas socio sanitarias, orientadas a disminuir oportunamente la aparición y desarrollo de una enfermedad o situación de desequilibrio mental o físico en las personas y comunidades.</p> <p>La predicción se refiere a que el modelo, con base en información sociodemográfica, epidemiológica, de cartografía y participación social e intersectorial,</p>	<p>prevención de la enfermedad y la predicción basada en información y la atención integral en salud constituyen los ejes centrales del Modelo de atención y las políticas transectoriales para la calidad de vida y el bienestar, con enfoque territorial y diferencial.</p> <p>La promoción de la salud es un proceso que comprende acciones orientadas a fortalecer las capacidades de las personas, familias y comunidades y la transformación positiva de las condiciones y entornos de desarrollo mediante la participación transectorial y el empoderamiento comunitario y el autocuidado. La prevención es el conjunto de acciones, estrategias y medidas socio sanitarias, orientadas a disminuir oportunamente la aparición y desarrollo de una enfermedad o situación de desequilibrio mental o físico en las personas y comunidades.</p> <p>La predicción se refiere a que el modelo, con base en información sociodemográfica, epidemiológica, de cartografía y participación social e intersectorial,</p>	<p>un asunto transversal al sistema como un atributo de calidad y así se tiene previsto su desarrollo</p>	<p>cartografía y participación social e intersectorial, identifica e interviene con anticipación las dinámicas protectoras y aquellas que vulneran la vida y la salud de una población en un territorio, a partir de la gestión de la salud pública liderada y conducida por la autoridad sanitaria a través de políticas, planes, programas y proyectos en forma dinámica, integral, sistemática y participativa, siendo fundamental para la operación del modelo de salud.</p> <p>La atención integral en salud es un proceso que comprende la provisión de servicios en salud de forma eficaz, segura y centrada en las personas, y que comprende el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidado paliativos.</p> <p>Parágrafo. 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</p>	<p>identifica e interviene con anticipación las dinámicas protectoras y aquellas que vulneran la vida y la salud de una población en un territorio, a partir de la gestión de la salud pública liderada y conducida por la autoridad sanitaria a través de políticas, planes, programas y proyectos en forma dinámica, integral, sistemática y participativa, siendo fundamental para la operación del modelo de salud.</p> <p>La atención integral en salud es un proceso que comprende la provisión de servicios en salud de forma eficaz, segura y centrada en las personas, y que comprende el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidado paliativos.</p> <p>Parágrafo. 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</p>	<p></p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Artículo 6. Atención Primaria en Salud (APS). La Atención Primaria en Salud se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Se encuentra constituida de manera integrada e interdependiente por la acción transectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las redes integrales e integradas de servicios de salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemática, permanente y resolutive e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Es transversal al sistema de salud y todos los integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, lo cual debe evidenciarse en cada interacción del sistema con las personas, familias y comunidades.</p> <p>El desarrollo de la atención primaria en salud</p>	<p>Artículo 6 3. Atención Primaria en Salud (APS). La Atención Primaria en Salud se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Se encuentra constituida de manera integrada e interdependiente por la acción transectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las redes integrales e integradas de servicios de salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemática, permanente y resolutive e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Es transversal al sistema de salud y todos los integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, lo cual debe evidenciarse en cada interacción del sistema con las personas, familias y comunidades.</p> <p>El desarrollo de la atención primaria en salud contemplará, entre otros aspectos, los siguientes:</p>	<p>El artículo se reubica al inicio del título II, quedando así con el número 3. Se hacen ajustes en la redacción.</p>	<p>contemplará, entre otros aspectos, los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación, con participación comunitaria, de las condiciones sociales que inciden en la calidad de vida y en la salud, así como de las inequidades existentes entre grupos de población según su ubicación territorial. 2. Formulación, con participación comunitaria, de políticas y planes transectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, espacio público, salud ocupacional y control de violencia interpersonal, de género e intrafamiliar. 3. La provisión integral e integrada, con financiación del sistema de salud, de los servicios de salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación, con participación comunitaria, de las condiciones sociales que inciden en la calidad de vida y en la salud, así como de las inequidades existentes entre grupos de población según su ubicación territorial. 2. Formulación, con participación comunitaria, de políticas y planes transectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, espacio público, salud ocupacional y control de violencia interpersonal, de género e intrafamiliar. 3. La provisión integral e integrada, con financiación del sistema de salud, de los servicios de salud 4. La atención domiciliaria y en los entornos comunitario, escolar, laboral e institucional en salud a través de equipos 	
<p>Textos definitivos Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. La atención domiciliaria y en los entornos comunitario, escolar, laboral e institucional en salud a través de equipos de salud territorial con el propósito de eliminar barreras de acceso a los servicios de salud, a toda la población del territorio nacional, incluyendo la atención de personas con dependencia funcional por discapacidad, curso de vida, o situaciones de salud agudas o crónicas. En caso de procedimientos que requieran el desplazamiento a instituciones de salud se garantizará el traslado requerido del paciente y cuidador, siempre y cuando el primero tenga alta dependencia funcional. 5. El fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia y seguimiento de las personas asegurando así la continuidad de la atención y coordinando la adecuada derivación 	<p>de salud territorial con el propósito de eliminar barreras de acceso a los servicios de salud, a toda la población del territorio nacional, incluyendo la atención de personas con dependencia funcional por discapacidad, curso de vida, o situaciones de salud agudas o crónicas. En caso de procedimientos que requieran el desplazamiento a instituciones de salud se garantizará el traslado requerido del paciente y cuidador, siempre y cuando el primero tenga alta dependencia funcional.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. El fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia y seguimiento de las personas asegurando así la continuidad de la atención y coordinando la adecuada derivación a los equipos de salud territorial. 6. La coordinación con otros sectores para su integración en el sistema de referencia y contrarreferencia y generación de respuestas transectoriales según 		<p>Textos definitivos Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. La coordinación con otros sectores para su integración en el sistema de referencia y contrarreferencia y generación de respuestas transectoriales según caracterización de salud familiar y comunitaria. 7. Se tendrá una perspectiva de salud mental en todas las actuaciones sectoriales y transectoriales y se buscará el fortalecimiento de las capacidades de las personas, familias y comunidades en todo el curso de vida, para transitar la vida cotidiana, establecer relaciones significativas y ser productivos para sí mismos y sus comunidades. Garantizando el componente predictivo y preventivo en la atención de salud mental. 7. Se tendrá una perspectiva de salud mental en todas las actuaciones sectoriales y transectoriales y se buscará el fortalecimiento de las capacidades de las personas, familias y comunidades en todo el curso de vida, para transitar la vida cotidiana, establecer relaciones significativas y ser productivos para sí mismos y sus comunidades. Garantizando el componente predictivo y preventivo en la atención de salud mental. 8. Implementar las disposiciones de la Política Nacional de Cuidado y el Sistema Nacional de Cuidado, según competencia, incluyendo los enfoques diferencial y de género. 9. Garantizar la información requerida para la atención primaria en salud, permanente en línea y en tiempo real a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. 	<p>caracterización de salud familiar y comunitaria.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Se tendrá una perspectiva de salud mental en todas las actuaciones sectoriales y transectoriales y se buscará el fortalecimiento de las capacidades de las personas, familias y comunidades en todo el curso de vida, para transitar la vida cotidiana, establecer relaciones significativas y ser productivos para sí mismos y sus comunidades. Garantizando el componente predictivo y preventivo en la atención de salud mental. 8. Implementar las disposiciones de la Política Nacional de Cuidado y el Sistema Nacional de Cuidado, según competencia, incluyendo los enfoques diferencial y de género. 9. Garantizar la información requerida para la atención primaria en salud, permanente en línea y en tiempo real a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. 	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
<p>según competencia, incluyendo los enfoques diferencial y de género.</p> <p>9. Garantizar la información requerida para la atención primaria en salud, permanente en línea y en tiempo real a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p> <p>10. Fortalecimiento al acceso efectivo a servicios de salud, en especial, en zonas rurales, zonas con población dispersas, con vulnerabilidades socioeconómicas y desigualdades en salud, y poblaciones con presencia de grupos étnicos.</p> <p>11. La Atención Primaria en Salud integrará los enfoques familiar, comunitario, diferencial, territorial y de género.</p> <p>12. La provisión integral de los servicios y medicamentos que sean requeridos para el tratamiento de una enfermedad o condición médica.</p>	<p>10. Fortalecimiento al acceso efectivo a servicios de salud, en especial, en zonas rurales, zonas con población dispersas, con vulnerabilidades socioeconómicas y desigualdades en salud, y poblaciones con presencia de grupos étnicos.</p> <p>11. La Atención Primaria en Salud integrará los enfoques familiar, comunitario, diferencial, territorial y de género.</p> <p>12. La provisión integral de los servicios y medicamentos que sean requeridos para el tratamiento de una enfermedad o condición médica.</p> <p>Parágrafo 1. El componente predictivo del modelo estará desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y los prestadores de Salud.</p>		<p>Parágrafo 1. El componente predictivo del modelo estará desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y los prestadores de Salud.</p> <p>Parágrafo 2. El diseño, implementación y mantenimiento del Modelo de Atención en Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo al igual que las intervenciones de los Equipos Territoriales de Salud deberán estar basadas en la evidencia y demás recursos disponibles, contar con un sistema de monitoreo y evaluación de coberturas y resultados, en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) y hacer uso eficiente y transparente de los recursos.</p> <p>Artículo 7. Identificación de determinantes sociales de la salud. Para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud el Estado incidirá</p>	<p>Parágrafo 2. El diseño, implementación y mantenimiento del Modelo de Atención en Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo al igual que las intervenciones de los Equipos Territoriales de Salud deberán estar basadas en la evidencia y demás recursos disponibles, contar con un sistema de monitoreo y evaluación de coberturas y resultados, en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) y hacer uso eficiente y transparente de los recursos.</p> <p>Artículo 7 6. Identificación de determinantes sociales de la salud. Para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud el Estado incidirá</p>	<p>Se ajusta numeración, quedando con el número 6</p>
<p>coordinadamente sobre los determinantes sociales de la salud, con el fin de mejorar las condiciones generales, familiares e individuales de vida de los habitantes del territorio nacional; reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades y disminuir su carga socio económica; elevar el nivel de la calidad de vida de la población; y alcanzar y preservar la salud en cada territorio.</p> <p>Son determinantes sociales de la salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> Acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas. Seguridad y soberanía alimentaria, que conlleva la accesibilidad y suficiencia de alimentos sanos y nutritivos para una buena y adecuada nutrición. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas. Ambiente sano. Acceso al transporte. Acceso a la educación. Acceso a la educación. Enfoques diferenciales. 	<p>coordinadamente sobre los determinantes sociales de la salud, con el fin de mejorar las condiciones generales, familiares e individuales de vida de los habitantes del territorio nacional; reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades y disminuir su carga socio económica; elevar el nivel de la calidad de vida de la población; y alcanzar y preservar la salud en cada territorio.</p> <p>Son determinantes sociales de la salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> Acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas. Seguridad y soberanía alimentaria, que conlleva la accesibilidad y suficiencia de alimentos sanos y nutritivos para una buena y adecuada nutrición. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas. Ambiente sano. Acceso al transporte. Acceso a la educación. Enfoques diferenciales. Enfoques de interseccionalidad. 		<p>9. Enfoques de interseccionalidad.</p> <p>10. Control de vectores, control zoonosis y tenencia adecuada de mascotas.</p> <p>11. Los demás que tengan incidencia sobre la salud.</p> <p>Parágrafo. Por lo cual podrán establecerse nuevos determinantes que exijan su reconocimiento por su relación con el derecho fundamental a la salud de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública y sus expresiones en el ámbito territorial.</p> <p>Artículo 8. Territorio para la gestión en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá Territorios para la Gestión en Salud, como estructuras funcionales, promoviendo el fortalecimiento del diseño y aplicación de 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. Los agentes del</p>	<p>10. Control de vectores, control zoonosis y tenencia adecuada de mascotas.</p> <p>11. Los demás que tengan incidencia sobre la salud.</p> <p>Parágrafo. Por lo cual podrán establecerse nuevos determinantes que exijan su reconocimiento por su relación con el derecho fundamental a la salud de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública y sus expresiones en el ámbito territorial.</p> <p>Artículo 8 7. Territorio para la gestión en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá Territorios para la Gestión en Salud, como estructuras funcionales, promoviendo el fortalecimiento del diseño y aplicación de 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. Los agentes del</p>	<p>Se ajusta numeración, quedando con el número 7.</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>sistema de salud desarrollarán sus funciones desde las acciones promocionales de salud, pasando por la prestación de servicios de salud, operado en Redes Integrales e Integradas, el aseguramiento social en salud, hasta la definición de intervenciones y metas, las cuales se ajustarán a las distintas necesidades y problemas en salud de las personas, familias y comunidades que allí habitan.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social en un término no superior a un año posterior a la entrada en vigencia de la presente ley definirá los Territorios de gestión de salud, usando métodos y algoritmos de estadística espacial que incluyan como mínimo los siguientes elementos: i) organización de tipologías de municipios y distritos usando variables socio económicas, ii) ajuste de modelos de territorialización basados en distancias entre municipios o distritos de distintas tipologías, iii) validación de divisiones territoriales basadas en distancias y diferencias de</p>	<p>sistema de salud desarrollarán sus funciones desde las acciones promocionales de salud, pasando por la prestación de servicios de salud, operado en Redes Integrales e Integradas, el aseguramiento social en salud, hasta la definición de intervenciones y metas, las cuales se ajustarán a las distintas necesidades y problemas en salud de las personas, familias y comunidades que allí habitan.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social en un término no superior a un año posterior a la entrada en vigencia de la presente ley definirá los Territorios de gestión de salud, usando métodos y algoritmos de estadística espacial que incluyan como mínimo los siguientes elementos: i) organización de tipologías de municipios y distritos usando variables socio económicas, ii) ajuste de modelos de territorialización basados en distancias entre municipios o distritos de distintas tipologías, iii) validación de divisiones territoriales basadas en distancias y diferencias de capacidades territoriales, y iv) criterios a partir de los cuales se definen</p>		<p>capacidades territoriales, y iv) criterios a partir de los cuales se definen los territorios PDET y ZOMAC.</p> <p>Parágrafo 2. Los Territorios para la gestión en salud podrán acudir a esquemas asociativos territoriales, de conformidad con lo previsto en la ley 1454 de 2011 o la norma que la sustituya, derogue o modifique, que garanticen la cooperación, coordinación integración y articulación de las acciones y redes de servicios requeridos para la materialización del derecho fundamental a la salud de la población.</p>	<p>los territorios PDET y ZOMAC.</p> <p>Parágrafo 2. Los Territorios para la gestión en salud podrán acudir a esquemas asociativos territoriales, de conformidad con lo previsto en la ley 1454 de 2011 o la norma que la sustituya, derogue o modifique, que garanticen la cooperación, coordinación integración y articulación de las acciones y redes de servicios requeridos para la materialización del derecho fundamental a la salud de la población.</p>	
			<p>Artículo 9. Centro de Atención Primaria en Salud. 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 de Servicios de Salud; junto con los equipos de salud territoriales se constituyen en la puerta de entrada de la población al sistema de salud. Todos los CAPS de naturaleza pública, privada y mixta serán financiados por oferta.</p>	<p>Artículo 9 13. Centro de Atención Primaria en Salud. 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 de Servicios de Salud; junto con los equipos de salud territoriales se constituyen en la puerta de entrada el primer contacto de la población al sistema de salud. Todos los CAPS de naturaleza pública, privada y mixta serán financiados por oferta.</p>	<p>Se reubica artículo dentro del título II, se ajusta numeración quedando con el número 13, se hacen ajustes de redacción.</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Los CAPS hacen parte de la territorialización del accionar del sector salud partiendo del reconocimiento de las necesidades, características y potencialidades del territorio y la persona, familias y comunidades, la articulación para facilitar el acceso de la población adscrita a otros sectores del Estado, y la promoción de la participación social y comunitaria.</p> <p>Las acciones de los CAPS, incluidas las de los equipos de salud territoriales son universales, territoriales, sistemáticas y permanentes, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales, y en el marco del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo del que trata esta ley.</p> <p>Los CAPS desarrollarán los procesos de adscripción poblacional, administración y atención al ciudadano, prestación de servicios de salud, vigilancia en salud pública, gestión intersectorial y participación social y darán cumplimiento a todos los programas de</p>	<p>Los CAPS hacen parte de la territorialización del accionar del sector salud partiendo del reconocimiento de las necesidades, características y potencialidades del territorio y la persona, familias y comunidades, la articulación para facilitar el acceso de la población adscrita a otros sectores del Estado, y la promoción de la participación social y comunitaria.</p> <p>Las acciones de los CAPS, incluidas las de los equipos de salud territoriales son universales, territoriales, sistemáticas y permanentes, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales, y en el marco del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo del que trata esta ley.</p> <p>Los CAPS desarrollarán los procesos de adscripción poblacional, administración y atención al ciudadano, prestación de servicios de salud, vigilancia en salud pública, gestión intersectorial y participación social y darán cumplimiento a todos los programas de</p>		<p>promoción de la salud y prevención de la enfermedad normados por el Ministerio de Salud y Protección Social</p> <p>Los CAPS prestan servicios de salud individuales, servicios de salud colectivos y de salud ambiental en cualquiera de las modalidades contempladas en la norma de habilitación, y podrán apoyarse en todas las formas de telesalud. Así mismo, podrán incluir progresivamente especialidades básicas, medicina familiar y se articulan con los servicios sociosanitarios y de cuidado disponibles en el territorio.</p> <p>El Gobierno Nacional dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, reglamentará su conformación, tipologías, funcionamiento e integración en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios</p>	<p>Los CAPS en conjunto con las Coordinaciones Departamentales y Distritales de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, asumirán las funciones asignadas a las Gestoras de Salud y Vida, en las zonas del territorio nacional donde éstas no tengan presencia, el Ministerio de Salud reglamentará la materia en un término de seis (6) meses de entrada vigencia de la presente ley.</p> <p>Los CAPS prestan servicios de salud individuales, servicios de salud colectivos y de salud ambiental en cualquiera de las modalidades contempladas en la norma de habilitación, y podrán apoyarse en todas las formas de telesalud. Así mismo, podrán incluir progresivamente especialidades básicas, medicina familiar y se articulan con los servicios sociosanitarios y de cuidado disponibles en el territorio.</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>y de los trabajadores de la salud.</p> <p>La financiación de los CAPS se hará con recursos a la oferta, provenientes de la Cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de acuerdo con presupuestos estándar que financie 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.</p> <p>Para el cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los CAPS, se realizarán las correspondientes auditorías integrales a los servicios en salud que estos presten, 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.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro del año siguiente a la entrada en</p>	<p>El Gobierno Nacional Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, reglamentará su conformación, tipologías, localización, funcionamiento e integración en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud 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. Los CAPS serán autorizados y habilitados por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>La financiación de los CAPS se hará con recursos a la oferta, provenientes de la Cuenta de Atención Primaria Integral-Resolutiva en Salud de acuerdo con presupuestos estándar que financie 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.</p>		<p>vigencia de la presente ley el rol de los CAPS de naturaleza privada o mixta incluidas las que sean propiedad de las Gestoras de Salud y Vida en el cumplimiento de las funciones de salud pública y prestación de servicios de conformidad con la normativa vigente a la expedición de la presente Ley.</p> <p>Parágrafo 2. Los Centros de Atención Primaria en Salud de naturaleza pública se organizarán como Instituciones de Salud del Estado - ISE del nivel primario, podrán tener y operar sedes en el ámbito de su territorio y población adscrita para garantizar el acceso a servicios de salud y podrán ser una unidad funcional de otra Institución de Salud del Estado, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley.</p> <p>Parágrafo 3. Los Centros de Atención Primaria en Salud, que sean determinados en el marco</p>	<p>Para el cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los CAPS, se realizarán las correspondientes auditorías integrales a los servicios en salud que estos presten, 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.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley el rol de los CAPS de naturaleza privada o mixta incluidas las que sean propiedad de las Gestoras de Salud y Vida en el cumplimiento de las funciones de salud pública y prestación de servicios de conformidad con la normativa vigente a la expedición de la presente Ley.</p> <p>Parágrafo 2. Los Centros de Atención Primaria en Salud de naturaleza pública se organizarán como Instituciones de Salud del Estado - ISE del nivel primario, podrán tener y operar sedes en el ámbito de su territorio y población</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>del derecho fundamental a la consulta previa con los grupos étnicos, tendrán naturaleza pública, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.</p> <p>Parágrafo 3. Los Centros de Atención Primaria en Salud, que sean determinados en el marco del derecho fundamental a la consulta previa con los grupos étnicos, tendrán naturaleza pública, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.</p> <p>Parágrafo 4. En el caso de los CAPS privados y mixtos los presupuestos se asignarán según los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>adscrita para garantizar el acceso a servicios de salud y podrán ser una unidad funcional de otra Institución de Salud del Estado, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley.</p>		<p>público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:</p> <p>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 de residencia. 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, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>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.</p> <p>Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo,</p>	<p>público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:</p> <p>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 de residencia. 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, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>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.</p> <p>Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, debe adscribirse en el CAPS del respectivo municipio, localidad, comuna</p>	
<p>Artículo 10. 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</p>	<p>Artículo 10 14. 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</p>	<p>Se reubica artículo dentro del título II, se ajusta numeración quedando con el número 14, se hacen ajustes de redacción.</p>			

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>debe 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 cambios en la población del territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita.</p> <p>2. Prestación de servicios de salud:</p> <p>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.</p> <p>b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria y mental, con base en necesidades y potencialidades identificadas, teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género.</p> <p>c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos</p>	<p>o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán al CAPS cambios en la población del territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita.</p> <p>2. Prestación de servicios de salud:</p> <p>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.</p> <p>b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria y mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas, teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género.</p> <p>c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco</p>		<p>en el marco de la atención primaria en salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales y aquellos asociados a la salud mental autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos con apoyo de los operadores farmacéuticos.</p> <p>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.</p> <p>f. Contribuir a la ejecución de los</p>	<p>de la atención primaria en salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales y aquellos asociados a la salud mental autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos con apoyo de los operadores farmacéuticos.</p> <p>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</p>	
<p>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.</p> <p>g. Brindar y articular en las RIISS la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes, incluyendo los enfoques territorial y de género.</p> <p>h. Asegurar la pertinencia sociocultural de los servicios de salud a las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.</p>	<p>del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>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.</p> <p>g. Brindar y articular en las RIISS la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes, incluyendo los enfoques territorial y de género.</p>		<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Además, en el marco de este proceso serán responsables de:</p> <p>a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género.</p> <p>b. Organizar la operación del CAPS en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio.</p>	<p>h. Asegurar la pertinencia sociocultural de los servicios de salud a las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Además, en el marco de este proceso serán responsables de:</p> <p>a. Gestionar la información relacionada con las</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad en articulación con las Gestoras de Salud y Vida cuando aplique.</p> <p>4. Gestión intersectorial y participación social:</p> <p>a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio.</p> <p>b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.</p> <p>c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente.</p> <p>5. Articulación y coordinación del CAPS con las Gestoras de Salud y Vida:</p> <p>a. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia teniendo en cuenta el Sistema Público</p>	<p>condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género.</p> <p>b. Organizar la operación del CAPS en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio.</p> <p>c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad en articulación con las Gestoras de Salud y Vida cuando aplique.</p> <p>4. Gestión intersectorial y participación social:</p> <p>a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio.</p> <p>b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.</p> <p>c. Dar cumplimiento a las acciones de salud</p>		<p>Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>d. Establecer un 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 RIISS establecidas 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.</p> <p>e. Los CAPS desarrollarán</p>	<p>pública según la normativa vigente.</p> <p>5. Articulación y coordinación del CAPS con las Gestoras de Salud y Vida:</p> <p>a. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia teniendo en cuenta el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>d. Establecer un sistema de referencia y</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>mecanismos de coordinación de las redes integrales e integradas de servicios de salud RIISS, 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.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará dentro de los primeros seis (6) meses de entrada en vigencia de la presente Ley, el procedimiento que cualquier ciudadano, familia o grupo deberá realizar para notificar y recibir atención médica por motivos de viaje dentro del territorio nacional.</p> <p>Parágrafo 2. 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 ellos privilegiarán el uso de las</p>	<p>contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las RIISS establecidas 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.</p> <p>e. Los CAPS desarrollarán mecanismos de coordinación de las redes integrales e integradas de servicios de salud RIISS, 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.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará dentro de los primeros seis (6) meses de entrada en vigencia de la</p>		<p>tecnología de la información cuando presente Ley, el procedimiento que cualquier ciudadano, familia o grupo deberá realizar para notificar y recibir atención médica por motivos de viaje dentro del territorio nacional.</p> <p>Parágrafo 2. 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 ellos privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda.</p> <p>Parágrafo 3. Los CAPS privados y mixtos, se garantizará la participación de la comunidad y de las y los trabajadores. El Gobierno Nacional reglamentará la materia</p> <p>Artículo 11. Equipos de salud territorial. Los equipos de salud territorial son grupos interdisciplinarios conformados por personas con perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especializados para el</p>	<p>presente Ley, el procedimiento que cualquier ciudadano, familia o grupo deberá realizar para notificar y recibir atención médica por motivos de viaje dentro del territorio nacional.</p> <p>Parágrafo 2. 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 ellos privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda.</p> <p>Parágrafo 3. Los CAPS privados y mixtos, se garantizará la participación de la comunidad y de las y los trabajadores. El Gobierno Nacional reglamentará la materia</p> <p>Artículo 14 15. Equipos de salud territorial. Los equipos de salud territorial son grupos interdisciplinarios conformados por personas con perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especializados para el cuidado integral de la salud de</p>	<p>Se reubica artículo dentro del título II, se ajusta numeración quedando con el número 15, se hacen ajustes de redacción</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades de manera permanente, sistemática, continua y contigua en territorios determinados y sus entornos de la vida cotidiana, en los diferentes momentos del curso de la vida, considerando la diversidad poblacional, los enfoques y principios del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud.</p> <p>Cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio, donde el número de familias variará según condiciones de dispersión geográfica, ruralidad, aspectos socio culturales, ambientales, demográficas, entre otros. La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias.</p> <p>La asignación del equipo de salud territorial a un grupo de personas, familias y comunidades favorece un mayor conocimiento de las dinámicas de salud y bienestar de dichas</p>	<p>las personas, familias y comunidades de manera permanente, sistemática, continua y contigua en territorios determinados y sus entornos de la vida cotidiana, en los diferentes momentos del curso de la vida, considerando la diversidad poblacional, los enfoques y principios del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud.</p> <p>Cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio, donde el número de familias variará según condiciones de dispersión geográfica, ruralidad, aspectos socio culturales, ambientales, demográficas, entre otros. La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias.</p> <p>La asignación del equipo de salud territorial a un grupo de personas, familias y comunidades favorece un mayor conocimiento de las dinámicas de salud y bienestar de dichas poblaciones, la integralidad y oportunidad de la atención,</p>		<p>poblaciones, la integralidad y oportunidad de la atención, así como la continuidad del cuidado centrado en las personas en los ámbitos de vida cotidiana.</p> <p>Los equipos de salud territorial son organizados por los Centros de Atención Primaria en Salud y realizan acciones permanentes de caracterización, detección temprana, protección específica, servicios de salud de carácter resolutivo prestados a través de cualquiera de las modalidades consideradas en la norma de habilitación con apoyo en todas las formas de telesalud, intervenciones colectivas, así como procesos de gestión de la salud pública.</p> <p>Los equipos de salud territorial aportan a las dinámicas comunitarias de salud y la organización social del cuidado de la vida, teniendo como eje articulador del trabajo sectorial y transectorial la garantía de los derechos que permiten materializar una vida digna.</p>	<p>así como la continuidad del cuidado centrado en las personas en los ámbitos de vida cotidiana.</p> <p>Los equipos de salud territorial son organizados por los Centros de Atención Primaria en Salud y realizan acciones permanentes de caracterización, detección temprana, protección específica, servicios de salud de carácter resolutivo prestados a través de cualquiera de las modalidades consideradas en la norma de habilitación con apoyo en todas las formas de telesalud, intervenciones colectivas, así como procesos de gestión de la salud pública.</p> <p>Los equipos de salud territorial aportan a las dinámicas comunitarias de salud y la organización social del cuidado de la vida, teniendo como eje articulador del trabajo sectorial y transectorial la garantía de los derechos que permiten materializar una vida digna.</p> <p>La información poblacional y territorial identificada por el equipo de salud territorial permitirá adoptar decisiones sobre la planificación de la salud, predecir posibles</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>La información poblacional y territorial identificada por el equipo de salud territorial permitirá adoptar decisiones sobre la planificación de la salud, predecir posibles afectaciones, gestionar los resultados de salud y contribuir a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud. La información en mención hará parte del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, establecerá las disposiciones normativas y técnicas para la operación de los equipos de salud territorial.</p> <p>Parágrafo. 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</p>	<p>afectaciones, gestionar los resultados de salud y contribuir a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud. La información en mención hará parte del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, establecerá las disposiciones normativas y técnicas para la operación de los equipos de salud territorial.</p> <p>Parágrafo. 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.</p>		<p>requisito en la documentación contractual del trabajador.</p> <p>Artículo 12. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS. La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, equitativos, integrales, integrados, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, con una orientación familiar y comunitaria a una población ubicada en un espacio poblacional determinado. Las redes integradas e integrales, debidamente habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la coordinación de las Entidades Territoriales y las Gestoras de Salud y Vida deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirven, estarán conformadas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud, que se registrarán y</p>	<p>Artículo 42 9. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS. La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, equitativos, integrales, integrados, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, con una orientación familiar y comunitaria a una población ubicada en un espacio poblacional determinado. Las redes integradas e integrales, debidamente habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la coordinación de las Entidades Territoriales y las Gestoras de Salud y Vida deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirven, estarán conformadas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud, <u>sus relaciones serán de cooperación y complementariedad y que se registrarán y certificarán</u></p>	<p>Se reubica artículo, quedando con el número 9; se hacen aclaraciones conceptuales sobre los convenios de desempeño necesarios para hacer parte de la RIISS</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>certificarán 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 y predictivo, basado en la Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria, intercultural, diferencial y de género.</p> <p>Los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, se suministrarán por las Redes con la suficiencia técnica y administrativa necesarias. Sin perjuicio de la adscripción a un Centro de Atención Primaria en Salud -CAPS, las personas podrán acceder a la consulta médica cerca del sitio de trabajo, dentro de la oferta de CAPS disponible del agente público, privado o mixto responsable de la</p>	<p>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, y predictivo y resolutivo, basado en la Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria, intercultural, diferencial y de género. Tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS, y otro complementario, con las instituciones de mediana y alta complejidad.</p> <p>Los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, se suministrarán por las Redes con la suficiencia técnica y administrativa necesarias. Sin perjuicio de la adscripción a un Centro de Atención Primaria en Salud -CAPS, las personas podrán acceder a la</p>		<p>gestión de sus riesgos de salud y financiero.</p> <p>Las Redes se soportarán en las tecnologías de la información y la comunicación, cuya reglamentación técnica y operativa le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, aplicando un enfoque diferencial y territorial para las zonas rurales.</p> <p>Las Gestoras de Salud y Vida desarrollarán mecanismos de coordinación de las redes integrales e integradas de servicios de salud RIISS, en conjunto con entidades territoriales bajo la dirección del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y CAPS se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.</p> <p>Parágrafo 1. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud supervisarán el desempeño de las Redes Integrales e</p>	<p>consulta médica cerca del sitio de trabajo, dentro de la oferta de CAPS disponible del agente público, privado o mixto responsable de la gestión de sus riesgos de salud y financiero.</p> <p>Las Redes se soportarán en las tecnologías de la información y la comunicación, cuya reglamentación técnica y operativa le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, aplicando un enfoque diferencial y territorial para las zonas rurales.</p> <p>Las Gestoras de Salud y Vida desarrollarán mecanismos de coordinación de las redes integrales e integradas de servicios de salud RIISS, en conjunto con entidades territoriales bajo la dirección del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y CAPS se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.</p> <p>Para este efecto, las Entidades Departamentales y Distritales conjuntamente</p>	
<p>Integradas de Servicios de Salud - RIISS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social</p> <p>Parágrafo 1. Las Instituciones de Salud del Estado ISE, se entenderán integradas a las redes que determine el Ministerio de Salud y Protección Social por tratarse de entidades de naturales pública.</p>	<p>con las Gestoras de Salud y Vida establecerán para cada 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 de Servicios de Salud, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas e incentivos, para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos convenios tendrán control por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales establecerán los convenios de desempeño con los CAPS a través de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, las que supervisarán y evaluarán su gestión, en cumplimiento de las</p>		<p>funciones asignadas en la presente ley. Estos convenios tendrán control por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Parágrafo 1. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud supervisarán el desempeño de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social</p> <p>Parágrafo 2. Las Instituciones de Salud del Estado ISE, se entenderán integradas a las redes que determine el Ministerio de Salud y Protección Social por tratarse de entidades de naturales pública.</p> <p>Parágrafo 3: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas también se entenderán integradas en las Redes que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Artículo 13. Criterios determinantes de las redes integrales e integradas de servicios de salud - RIISS. El Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>Se reubica artículo dentro del título II, se ajusta numeración quedando con el número 10, se hacen ajustes de redacción.</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los estándares, criterios y mecanismos para la conformación de las RISS en los Territorios para la gestión de salud. La habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RISS) deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque de resultados en salud y los enfoques diferencial y de género, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá los criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RISS, con fundamento en los siguientes parámetros:</p> <p>1. Modelo de atención. Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales y diferenciales y de género. Establece la</p>	<p>año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los estándares, criterios y mecanismos para la conformación de las RISS en los Territorios para la gestión de salud. La habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RISS) deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque de resultados en salud y los enfoques diferencial y de género, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá los criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RISS, con fundamento en los siguientes parámetros ámbitos de abordaje:</p> <p>1. Modelo de atención. Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales y diferenciales y de género. Establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un</p>		<p>forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental. El modelo contará con un nivel primario como primer contacto que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas, 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.</p> <p>2. Rectoría y Gobernanza de la red. Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las</p>	<p>territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental. El modelo contará con un nivel primario como primer contacto que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas, 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.</p> <p>2. Rectoría y Gobernanza de la red. Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario</p>	
<p>instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario con servicios de mediana y alta complejidad, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las redes se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.</p> <p>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</p>	<p>y el nivel complementario con servicios de mediana y alta complejidad, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las redes se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.</p> <p>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</p>		<p>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.</p> <p>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; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales 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 entre los prestadores, los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida.</p> <p>Se calculará un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores, los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al 3%. Se considerarán:</p>	<p>Información en Salud - SPUIIS.</p> <p>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; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales 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 entre los prestadores, los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida.</p> <p>Se calculará un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores, los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al 3%. Se considerarán:</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>en relación con el total de recursos asignados a los prestadores, los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al 3%. Se considerarán:</p> <p>1. Los resultados en salud dados en los siguientes parámetros:</p> <p>a. Reporte de oportunidad de atención médica a 48 horas</p> <p>b. Reporte de oportunidad de atención odontológica a 48 horas</p> <p>c. Reporte de oportunidad de atención en salud de consulta psiquiatría y terapias de rehabilitación en 72 horas.</p> <p>d. Identificación de la población obesa y remisión a programa integral interdisciplinario de tratamiento correctivo a preventivo.</p> <p>e. Identificación de la población con riesgo de cáncer e ingreso a programa de atención interdisciplinarios de atención correctivo a preventivo.</p>	<p>1. Los resultados en salud dados en los siguientes parámetros:</p> <p>a. Reporte de oportunidad de atención médica a 48 horas</p> <p>b. Reporte de oportunidad de atención odontológica a 48 horas</p> <p>c. Reporte de oportunidad de atención en salud de consulta psiquiatría y terapias de rehabilitación en 72 horas.</p> <p>d. Identificación de la población obesa y remisión a programa integral interdisciplinario de tratamiento correctivo a preventivo.</p> <p>e. Identificación de la población con riesgo de cáncer e ingreso a programa de atención interdisciplinarios de atención correctivo a preventivo.</p> <p>f. Identificación de la población con riesgo de depresión, suicidio e ingreso a programa interdisciplinario de atención correctivo a preventivo.</p> <p>g. Identificación de población con riesgo de enfermedades crónicas y con enfermedad activa con ingreso a</p>		<p>f. Identificación de población con riesgo de depresión, suicidio e ingreso a programa interdisciplinario de atención correctivo a preventivo.</p> <p>g. Identificación de población con riesgo de enfermedades crónicas y con enfermedad activa con ingreso a programa de atención interdisciplinario y tratamiento correctivo a preventivo</p> <p>h. Cumplimiento de indicadores de prevención y promoción de la salud en el marco de atención integral en salud</p> <p>i. Disminución en mortalidad materna.</p> <p>j. Reporte de mortalidad perinatal</p> <p>k. Disminución en mortalidad en menores de 5 años</p> <p>l. Disminución en mortalidad evitable</p> <p>2. Satisfacción del usuario</p> <p>3. Uso eficiente de los recursos</p> <p>5. Resultados. Las Redes Integrales e</p>	<p>programa de atención interdisciplinario y tratamiento correctivo a preventivo</p> <p>h. Cumplimiento de indicadores de prevención y promoción de la salud en el marco de atención integral en salud</p> <p>i. Disminución en mortalidad materna.</p> <p>j. Reporte de mortalidad perinatal</p> <p>k. Disminución en mortalidad en menores de 5 años</p> <p>l. Disminución en mortalidad evitable</p> <p>2. Satisfacción del usuario</p> <p>3. Uso eficiente de los recursos</p> <p>5. Resultados. Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del Sistema Integral para la Calidad en Salud (SICA). Dicha información deberá ser actualizada</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>Integradas de Servicios de Salud deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del Sistema Integral para la Calidad en Salud (SICA). Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.</p> <p>6. Los modelos de acuerdos de voluntades al interior de las redes y las modalidades de pago pactados, deben responder a modelos de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, así</p>	<p>periódicamente y de acceso público.</p> <p>6. Los modelos de acuerdos de voluntades convenio de desempeño al interior de las redes y las modalidades de pago pactados, deben responder a modelos de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, así como los requisitos y condiciones para su organización y conformación.</p> <p>Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de su función de articuladores de las RIISS.</p>		<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>como los requisitos y condiciones para su organización y conformación.</p> <p>Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de su función de articuladores de las RIISS.</p> <p>Artículo 14. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud – RIISS. El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud-RIISS en los territorios para la gestión en salud. En estas RIISS se integrarán los servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Para tal efecto contará con el apoyo de las direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que coordinarán con los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio de Gestión en Salud, en el</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p>Artículo 14 11. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud – RIISS. Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de salud organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, para tal efecto contarán con el apoyo de los Centros de Atención Primaria en Salud y las Gestoras de Salud y Vida. El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud-RIISS en los territorios para la gestión en salud. En estas RIISS se integrarán los servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención,</p>	<p>Justificación</p> <p>Se reubica artículo dentro del título II, se ajusta numeración quedando con el número 11, se hacen ajustes de redacción y se incorporan elementos sobre aclaran la competencia de la autoridad sanitaria en la Organización y Conformación de las RIISS, en desarrollo del artículo 2 de la Ley 1571 de 2015 y del 49 de la Constitución Política de Colombia</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>marco de la operación mixta. Las RISS se deberán registrar en el aplicativo que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Todas las instituciones de Salud del Estado de carácter universitarios, deberá contar con asesoría y apoyo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con el Ministerio de Educación Nacional, en formación y componentes pedagógicos para los profesionales quienes imparten cátedra o hacen seguimiento y acompañamiento a los estudiantes en dichas instituciones de salud.</p>	<p>tratamiento y rehabilitación en salud mental. Para tal efecto contará con el apoyo de las direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que coordinarán con los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio de Gestión en Salud, en el marco de la operación mixta. Las RISS se deberán registrar en el aplicativo que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Todas las instituciones de Salud del Estado de carácter universitarios, deberá contar con asesoría y apoyo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con el Ministerio de Educación Nacional, en formación y componentes pedagógicos para los profesionales quienes imparten cátedra o hacen seguimiento y acompañamiento a los estudiantes en dichas instituciones de salud.</p>	<p>Se reubica artículo dentro del título II, se ajusta numeración quedando con el número 12 y se hacen ajustes de redacción.</p>	<p>de los sectores sociales, facilita la participación social y la acción intersectorial, y su fortalecimiento constituye el medio y fin para la operación de la atención primaria en salud en el modelo de atención en salud preventivo, predictivo y resolutivo. Para tal efecto, el Gobierno Nacional desarrollará planes, programas y proyectos intersectoriales, territoriales con enfoques diferencial y de género que promuevan condiciones de desarrollo social, cultural, económico, político, ambiental, así como la atención física y mental en salud; para ello se apoyará en tecnologías de la información y la comunicación, equipamiento e infraestructura social, investigación social y clínica aplicada, entre otras.</p>	<p>los sectores sociales, facilita la participación social y la acción intersectorial, y su fortalecimiento constituye el medio y fin para la operación de la atención primaria en salud en el implementación del modelo de atención en salud preventivo, predictivo y resolutivo.</p> <p>Para tal efecto, el Gobierno Nacional desarrollará planes, programas y proyectos intersectoriales, territoriales con enfoques diferencial y de género que promuevan condiciones de desarrollo social, cultural, económico, político, ambiental, así como la atención física y mental en salud; para ello se apoyará en tecnologías de la información y la comunicación, equipamiento e infraestructura social, investigación social y clínica aplicada, entre otras.</p>	<p>Se reubica artículo dentro del título II, se ajusta numeración quedando con el número 16, se integra el contenido con el artículo "Apoyo al interior de las Redes" y se hacen ajustes de redacción</p>
<p>Artículo 15. Fortalecimiento del nivel primario de atención. El nivel primario de atención es el componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias y la comunidad, y con el resto</p>	<p>Artículo 45 12. Fortalecimiento del nivel primario de atención. El nivel primario de atención es el componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias, y la comunidad, y con el resto de</p>	<p>Se reubica artículo dentro del título II, se ajusta numeración quedando con el número 12 y se hacen ajustes de redacción.</p>	<p>Artículo 16. Acceso y continuidad de la atención en el nivel complementario. El acceso y continuidad de la atención con el nivel complementario de mediana y alta complejidad, se debe establecer teniendo en cuenta la capacidad y los recursos humanos, técnicos para</p>	<p>Artículo 16. Acceso y continuidad de la atención en el nivel complementario. El acceso y continuidad de la atención con el nivel complementario de mediana y alta complejidad, se debe garantizar a lo largo del tiempo, de forma coordinada y sin interrupciones, a todas las personas de establecer</p>	<p>Se reubica artículo dentro del título II, se ajusta numeración quedando con el número 16, se integra el contenido con el artículo "Apoyo al interior de las Redes" y se hacen ajustes de redacción</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>responder a las necesidades de atención especializada de las personas, mediante la gestión clínica e integral basada en el conocimiento científico a lo largo del tiempo, de forma coordinada y sin interrupciones. El acceso y continuidad de la atención con el nivel complementario, de mediana y alta complejidad, se debe brindar a todas las poblaciones, urbanas, rurales y dispersas de un territorio, complementándose con las modalidades de prestación de servicios extramural y telemedicina y el apoyo de telesalud. La atención en salud del nivel complementario debe contemplar a la familia o sus cuidadores como sujetos de atención, y también como criterio de humanización en la continuidad del cuidado de la persona.</p>	<p>teniendo en cuenta la capacidad y los recursos humanos, técnicos y tecnológicos para responder a las necesidades de atención especializada de las personas, mediante la gestión clínica e integral basada en el conocimiento científico a lo largo del tiempo, de forma coordinada y sin interrupciones. El acceso y continuidad de la atención con el nivel complementario, de mediana y alta complejidad, se debe brindar a todas las poblaciones, urbanas, rurales y dispersas, además de un territorio, complementándose con las modalidades de prestación de servicios extramural y telemedicina y el apoyo de telesalud. La atención en salud del nivel complementario debe contemplar a la familia o sus cuidadores como sujetos de atención, y también como criterio de humanización en la continuidad del cuidado de la persona.</p>	<p>Se establecerán por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, los mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud - RISS, con acciones</p>	<p>conjuntas, coordinadas y sinérgicas entre los CAPS con los demás integrantes de la Red, asegurando el continuo de la atención de las personas.</p> <p>Las instituciones de mediana y alta complejidad de las redes integrales e integradas de servicios de salud deberán prestar apoyo permanente a los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS para la mejora continua y permanente de su capacidad resolutiva; para lo cual se apoyarán en todas las modalidades de telesalud, telemedicina o el desplazamiento temporal de profesionales o especialistas requeridos; en cualquier caso, coordinarán con tales instituciones las rutas y protocolos de atención de las enfermedades crónicas, agudas o por accidentes que impactan a la población.</p>	<p>Artículo 17. Apoyo al interior de las redes. Las instituciones de las redes integradas e integrales que presten servicios de mediana complejidad deberán prestar apoyo permanente a los Centros</p>	<p>El contenido de este artículo se integra al de "acceso y continuidad con el nivel complementario".</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>de Atención Primaria en Salud de su área de influencia para fomentar el acercamiento de la tecnología especializada a los pacientes mediante la telesalud. Cuando se trate de la prestación de servicios podrán apoyarse en cualquier modalidad en la telemedicina o telexperticia con el de evitar el traslado innecesario de los pacientes o promoverlo cuando sea pertinente. En cualquier caso, coordinarán con tales centros las rutas y los protocolos de atención de las enfermedades agudas o por accidentes, y de las enfermedades prevalentes, en especial las patologías crónicas. Se establecerán por parte del Ministerio de salud y Protección social, los mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de la Red Integral e Integrada de servicios de salud, con espacios de interlocución y participación que desarrollen acciones conjuntas, coordinadas y sinérgicas entre los CAPS con los demás integrantes de la Red, asegurando el continuo de la atención de los pacientes.</p>	<p>en Salud de su área de influencia para fomentar el acercamiento de la tecnología especializada a los pacientes mediante la telesalud. Cuando se trate de la prestación de servicios podrán apoyarse en cualquier modalidad en la telemedicina o telexperticia con el de evitar el traslado innecesario de los pacientes o promoverlo cuando sea pertinente. En cualquier caso, coordinarán con tales centros las rutas y los protocolos de atención de las enfermedades agudas o por accidentes, y de las enfermedades prevalentes, en especial las patologías crónicas. Se establecerán por parte del Ministerio de salud y Protección social, los mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de la Red Integral e Integrada de servicios de salud, con espacios de interlocución y participación que desarrollen acciones conjuntas, coordinadas y sinérgicas entre los CAPS con los demás integrantes de la Red, asegurando el continuo de la atención de los pacientes.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social fomentará la prestación de servicios especializados para</p>		<p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social fomentará la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades con mayor incidencia y prevalencia en los territorios para la gestión en salud, con el objeto de garantizar y optimizar el diagnóstico preciso y oportuno, así como el tratamiento adecuado; sin importar la ubicación geográfica de los prestadores y del paciente.</p> <p>La prestación de servicios se hará mediante la atención directa a pacientes utilizando la telesalud u otras TIC o por medio de convenios que permitan el desplazamiento temporal de especialistas a territorios con mayor incidencia y prevalencia, para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio.</p> <p>La Administradora de Recursos del Sistema de Salud - ADRES garantizará la financiación de prestación de los servicios para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos de alto costo</p>	<p>personas con enfermedades con mayor incidencia y prevalencia en los territorios para la gestión en salud, con el objeto de garantizar y optimizar el diagnóstico preciso y oportuno, así como el tratamiento adecuado; sin importar la ubicación geográfica de los prestadores y del paciente.</p> <p>La prestación de servicios se hará mediante la atención directa a pacientes utilizando la telesalud u otras TIC o por medio de convenios que permitan el desplazamiento temporal de especialistas a territorios con mayor incidencia y prevalencia, para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio.</p> <p>La Administradora de Recursos del Sistema de Salud - ADRES garantizará la financiación de prestación de los servicios para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos de alto costo indispensables en el tratamiento de estas enfermedades.</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>indispensables en el tratamiento de estas enfermedades.</p> <p>Artículo 18. Sistema de referencia y contrarreferencia. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del término de doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el sistema de referencia y contrarreferencia en el marco de la operación mixta, la organización, gestión y operación de las redes integrales e integradas de servicios de salud mediante instancias de coordinación regional, departamental 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.</p> <p>En el nivel Nacional se conformará una coordinación nacional de la red de servicios especiales para suplir las necesidades de atención que superen los límites regionales, con el fin de coordinar la referencia de pacientes que necesiten tratamientos en</p>	<p>Artículo 18. Sistema de referencia y contrarreferencia. Es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permitirán prestar adecuadamente los servicios de salud de las personas, garantizando la continuidad e integralidad de los servicios en los territorios de gestión en salud</p> <p>Se entiende por resolver una referencia programar y conseguir la atención que el paciente requiere, agenciando debidamente el tránsito a través de la RIISS, 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.</p> <p>Las IPS de los niveles primario y complementario establecerán los</p>	<p>Se introducen elementos aclaratorios sobre competencias y responsabilidades en el proceso de referencia y contrarreferencia.</p>	<p>instituciones especiales que no estén disponibles en el ámbito regional.</p> <p>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.</p>	<p>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 del dicho sistema, lo que incluye la disposición pública y en línea de la agenda de sus servicios y de las listas de espera.</p> <p>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.</p> <p>Las gestoras 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</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
	<p><u>deberán estar disponibles tanto para la coordinación de la RISS como para los CAPS.</u></p> <p><u>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 RISS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso de referencia y contra referencia, garantizado confidencialidad de la información sensible.</u></p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del término de seis (6) doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el sistema de referencia y contrarreferencia en el marco de la operación mixta, la organización, gestión y operación de las redes integrales e integradas de servicios de salud mediante instancias de coordinación regional, departamental y municipal, direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de urgencias y emergencias, las</p>			<p>gestoras de salud y vida y los centros de atención primaria en salud - CAPS.</p> <p>En el nivel Nacional se conformará una coordinación nacional de la red de servicios especiales para suplir las necesidades de atención que superen los límites regionales, con el fin de coordinar la referencia de pacientes que necesiten tratamientos en instituciones especiales que no estén disponibles en el ámbito regional.</p> <p>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.</p>	
			<p>Artículo 19. Servicios y tecnologías de salud en el Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo. El Modelo de salud prevé los servicios y tecnologías de salud que responden a las</p>	<p>Artículo 19. Servicios y tecnologías de salud en el Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo. El Modelo de salud prevé los servicios y tecnologías de salud que responden a las</p>	<p>Se elimina el artículo</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>necesidades de las personas, familias y comunidades desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos, de manera integrada e interdependiente y que se adecuarán según género, etnia, curso de vida, discapacidad u otras condiciones poblacionales y territoriales.</p> <p>Los servicios y tecnologías de salud comprenden los usados en la prestación de servicios de salud, y los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud y las capacidades del talento humano requerido, para garantizar su disponibilidad y mejorar su acceso. Incluye medicinas y terapias alternativas y complementarias, formas propias de cuidado y salud popular, campesinas, étnicas, interculturales, tradicionales, y ancestrales, de acuerdo con la normativa vigente.</p>	<p>necesidades de las personas, familias y comunidades desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos, de manera integrada e interdependiente y que se adecuarán según género, etnia, curso de vida, discapacidad u otras condiciones poblacionales y territoriales.</p> <p>Los servicios y tecnologías de salud comprenden los usados en la prestación de servicios de salud, y los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud y las capacidades del talento humano requerido, para garantizar su disponibilidad y mejorar su acceso. Incluye medicinas y terapias alternativas y complementarias, formas propias de cuidado y salud popular, campesinas, étnicas, interculturales, tradicionales, y ancestrales, de acuerdo con la normativa vigente.</p>	<p>Se ajusta la numeración del artículo, quedando con el número 19, se introducen elementos aclaratorios sobre el lugar de los servicios en las RISS</p>	<p>parte del Sistema de Salud. El estado deberá tomar las medidas adecuadas y necesarias para garantizar que tales servicios estén disponibles en todo el territorio nacional.</p> <p>De acuerdo con la reglamentación que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán inscribirse y demostrar ante las secretarías de salud departamentales o distritales, o la entidad que tenga a cargo, las condiciones esenciales para la prestación del servicio farmacéutico, suficiencia patrimonial y la capacidad técnica-administrativa.</p> <p>El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, elaborará la política farmacéutica nacional en los términos dispuestos en la Ley 1751 de 2015. El Ministerio de Comercio, Industria y Turismo participará en la formulación de la política, en el marco de su competencia.</p>	<p>dispensen medicamentos o tecnologías en salud <u>serán considerados</u> en servicios de salud, <u>por lo tanto cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento, que define el Ministerio de Salud y Protección Social,</u> hacen parte del Sistema de Salud. El Estado deberá tomar las medidas adecuadas y necesarias para garantizar que tales servicios estén disponibles en todo el territorio nacional.</p> <p>De acuerdo con la reglamentación que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán inscribirse y demostrar ante las secretarías de salud departamentales o distritales, o la entidad que tenga a cargo, las condiciones esenciales para la prestación del servicio farmacéutico, suficiencia patrimonial y la capacidad técnica-administrativa.</p>	<p>El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, elaborará la política farmacéutica nacional en los términos dispuestos en la Ley 1751 de 2015. El Ministerio de Comercio, Industria y Turismo</p>
<p>Artículo 20. Servicios Farmacéuticos. Todos los servicios farmacéuticos y establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud son servicios de salud, hacen</p>	<p>Artículo 20 19. Servicios Farmacéuticos. Todos los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los establecimientos farmacéuticos que</p>		<p>Parágrafo 1. Las instituciones encargadas de la prestación de servicios farmacéuticos harán uso de</p>		

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>las tecnologías de la información de manera eficiente, ágil y expedita. En caso de presentarse e identificarse negligencia en la prestación del servicio, se dará aplicación a las sanciones penales y disciplinarias dispuestas en la normativa vigente.</p> <p>Parágrafo 2. Las Gestoras de salud y vida y los Centros de Atención Primaria en Salud harán la gestión y articulación de los servicios farmacéuticos que se garantice progresivamente la eliminación de barreras de acceso a los medicamentos, incluyendo la dispensación a domicilio sin perjuicio de la entrega presencial.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la dispensación a domicilio gratuita a la población vulnerable en condición de discapacidad y/o movilidad reducida o con condiciones y situaciones que lo requieran, así como el cobro por el servicio logístico a quienes no cumplan con el requisito de exención del pago.</p>	<p>participará en la formulación de la política, en el marco de su competencia.</p> <p>Parágrafo 1. Las instituciones encargadas de la prestación de servicios farmacéuticos harán uso de las tecnologías de la información de manera eficiente, ágil y expedita. En caso de presentarse e identificarse negligencia en la prestación del servicio, se dará aplicación a las sanciones penales y disciplinarias dispuestas en la normativa vigente.</p> <p>Parágrafo 2 1. Las Gestoras de salud y vida y los Centros de Atención Primaria en Salud harán la <u>La Coordinación de la Red deberá generar los mecanismos de</u> gestión y articulación de los servicios farmacéuticos <u>para</u> que se garantice progresivamente la eliminación de barreras de acceso, a los medicamentos incluyendo la dispensación a domicilio sin perjuicio de la entrega presencial.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la dispensación a domicilio gratuita a la población vulnerable en condición de discapacidad y/o movilidad reducida o con</p>		<p>Parágrafo 3. Se procurará la entrega de la totalidad de los medicamentos formulados a los pacientes, con el fin de evitar múltiples desplazamientos para los mismos. Cuando la entrega de medicamentos se efectúe por partes, serán el prestador, el proveedor farmacéutico y el CAPS quienes coordinarán el mecanismo para notificar y dispensar al usuario de los medicamentos con la misma autorización médica. En ningún caso se pondrá la carga administrativa al paciente.</p>	<p>condiciones y situaciones que lo requieran; así como el cobro por el servicio logístico a quienes no cumplan con el requisito de exención del pago.</p> <p>Parágrafo 3 2. Se procurará la entrega de la totalidad de los medicamentos formulados <u>prescritos</u> a los pacientes, con el fin de evitar múltiples desplazamientos para los mismos. Cuando la entrega de medicamentos se efectúe por partes, serán el prestador, <u>el proveedor farmacéutico y la Gestora de salud y vida</u> el CAPS quienes <u>deberán</u> coordinar el mecanismo para notificar y dispensar al <u>paciente</u> usuario de los medicamentos con la misma <u>orden</u> autorización médica. En ningún caso se pondrá la carga administrativa al paciente.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la dispensación a domicilio gratuita a la población vulnerable en condición de discapacidad y/o movilidad reducida o con condiciones y situaciones que lo requieran; así como el cobro por el servicio logístico a quienes no cumplan con el</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Artículo 21. Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria. Las Direcciones Municipales con el apoyo del CRUE del nivel seccional y las entidades Distritales de Salud según corresponda, coordinarán la Red de Urgencias y tendrán bajo su responsabilidad el servicio único de atención prehospitalaria de urgencias, que podrá integrarse con otros servicios de emergencia tales como los cuerpos de bomberos o la Cruz Roja, Defensa Civil, entre otros.</p> <p>Artículo 22. Prestación de servicios especializados para personas con enfermedades huérfanas/raras y su prevención. El Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>requisito de exención del pago.</p> <p>Parágrafo 3. A partir de la emisión de la presente ley no se expedirán nuevas credenciales de expendedor de drogas. Se garantizarán los derechos adquiridos de las personas que a la entrada en vigencia de la presente ley cuenten con las credenciales.</p> <p>Artículo 24 20. Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria. Las Direcciones Municipales con el apoyo del CRUE del nivel seccional y las entidades Distritales de Salud según corresponda, coordinarán la Red de Urgencias y tendrán bajo su responsabilidad el servicio único de atención prehospitalaria de urgencias, que podrá integrarse con otros servicios de emergencia tales como los cuerpos de bomberos o la Cruz Roja, Defensa Civil, entre otros.</p> <p>Artículo 22 21. Prestación de servicios especializados para personas con enfermedades huérfanas/raras y su prevención. El Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>Se ajusta la numeración del artículo, no tiene cambios en e contenido</p> <p>Se ajusta la numeración del artículo, no tiene cambios en e contenido.</p>	<p>fomentará y organizará la red de las instituciones y centros de referencia en enfermedades huérfanas/raras, con el objeto de hacer prevención, tamización y optimizar el diagnóstico preciso y oportuno y garantizar el manejo oportuno para estas condiciones de salud, sin importar la ubicación geográfica de la institución no del paciente, así como diseñar e implementar programas de investigación tendientes a generar evidencia en promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento.</p> <p>La prestación de servicios se hará de forma integral mediante un modelo diferencial de atención que incluya prevención, tamización diagnóstico temprano, manejo, rehabilitación, cuidado paliativo y acceso efectivo a tratamientos, terapias y procedimientos que se requieran y que permita la atención directa de pacientes remitidos desde las coordinaciones departamentales y regionales desde el sistema de referencia y contrarreferencia o se</p>	<p>fomentará y organizará la red de las instituciones y centros de referencia en enfermedades huérfanas/raras, con el objeto de hacer prevención, tamización y optimizar el diagnóstico preciso y oportuno y garantizar el manejo oportuno para estas condiciones de salud, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente, así como diseñar e implementar programas de investigación tendientes a generar evidencia en promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento.</p> <p>La prestación de servicios se hará de forma integral mediante un modelo diferencial de atención que incluya prevención, tamización diagnóstico temprano, manejo, rehabilitación, cuidado paliativo y acceso efectivo a tratamientos, terapias y procedimientos que se requieran y que permita la atención directa de pacientes remitidos desde las coordinaciones departamentales y regionales desde el sistema de referencia y contrarreferencia o se apoyará utilizando la</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>apoyará utilizando la tele salud u otras TIC para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio, en articulación con las 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. Este modelo deberá ser diseñado y desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de veinticuatro (24) meses a partir de la entrada en vigencia de esta ley.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de Recursos del Sistema de Salud – ADRES garantizará la financiación de prestación de los servicios de salud para la atención integral de las enfermedades huérfanas/raras, así como la adquisición y la distribución de medicamentos y tecnologías en salud indispensables en el tratamiento de estas enfermedades.</p>	<p>telesalud u otras TIC para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio, en articulación con las 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. Este modelo deberá ser diseñado y desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de veinticuatro (24) meses a partir de la entrada en vigencia de esta ley.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de Recursos del Sistema de Salud – ADRES garantizará la financiación de prestación de los servicios de salud para la atención integral de las enfermedades huérfanas/raras, así como la adquisición y la distribución de medicamentos y tecnologías en salud indispensables en el tratamiento de estas enfermedades.</p> <p>Parágrafo 1. Para el diseño e implementación del modelo se deberá tener en cuenta la participación de la Mesa</p>		<p>Parágrafo 1. 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 lo 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.</p> <p>Parágrafo 2. Mientas 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 como casos sospechosos o casos confirmados.</p> <p>Parágrafo 3. Se deberá diseñar e implementar un programa de capacitación a los profesionales de salud tanto de puerta de entrada como los que hagan parte del proceso de atención</p>	<p>Nacional de Enfermedades Huérfanas/Raras, con todos los actores que lo 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.</p> <p>Parágrafo 2. Mientas 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 como casos sospechosos o casos confirmados.</p> <p>Parágrafo 3. Se deberá diseñar e implementar un programa de capacitación a los profesionales de salud tanto de puerta de entrada como los que hagan parte del proceso de atención para la tamización, diagnóstico temprano de enfermedades huérfanas/raras; y se deberá facilitar la consejería genética.</p>	
<p>para la tamización, diagnóstico temprano de enfermedades huérfanas/raras; y se deberá facilitar la consejería genética.</p> <p>Artículo 23. Laboratorios de salud pública. Los laboratorios de salud pública se fortalecerán con los recursos asignados, de acuerdo con las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001 para los departamentos y distritos en salud, para desarrollar sus capacidades de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, zoonosis, entre otras; la gestión de la calidad e investigación, información fundamental para el desarrollo predictivo de políticas sanitarias.</p> <p>Créese el Sistema Nacional de Laboratorios de Salud Pública bajo la coordinación del Instituto Nacional de Salud – INS, con el fin de articular y fortalecer la vigilancia en salud pública.</p> <p>Artículo 24. Coordinación regional de las Redes. Es una instancia funcional de las Entidades Territoriales que la conforman y autorizada por el Ministerio</p>	<p>Artículo 23 22. Laboratorios de salud pública. Los laboratorios de salud pública se fortalecerán con los recursos asignados, de acuerdo con las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001 para los departamentos y distritos en salud, para desarrollar sus capacidades de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, zoonosis, entre otras; la gestión de la calidad e investigación, información fundamental para el desarrollo predictivo de políticas sanitarias.</p> <p>Créese el Sistema Nacional de Laboratorios de Salud Pública bajo la coordinación del Instituto Nacional de Salud – INS, con el fin de articular y fortalecer la vigilancia en salud pública.</p> <p>Artículo 24 23. Coordinación regional de las Redes. Es una instancia funcional de las Entidades Territoriales que la conforman y autorizada por el Ministerio</p>	<p>Se ajusta la numeración del artículo, no tiene cambios en su contenido</p> <p>Se ajusta la numeración del artículo, y el nombre del Consejo</p>	<p>de Salud y Protección Social, estará conformada por un equipo humano, encabezado por profesionales de la salud en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de alta complejidad.</p> <p>Tendrá permanente y continua comunicación con las coordinaciones departamentales de las RISS para atender los requerimientos de referencia de pacientes, así como con las direcciones médicas de las instituciones sanitarias públicas, privadas y mixtas de atención hospitalaria o ambulatoria que prestan los servicios de alta complejidad en la región o fuera de ella, para garantizar la atención oportuna de los usuarios de salud.</p> <p>Dispondrá de una plataforma tecnológica con funcionamiento permanente que hace parte del Sistema Público Unificado e Interoperable Información en Salud para garantizar la</p>	<p>de Salud y Protección Social, estará conformada por un equipo humano, encabezado por profesionales de la salud en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de alta complejidad.</p> <p>Tendrá permanente y continua comunicación con las coordinaciones departamentales de las RISS para atender los requerimientos de referencia de pacientes, así como con las direcciones médicas de las instituciones sanitarias públicas, privadas y mixtas de atención hospitalaria o ambulatoria que prestan los servicios de alta complejidad en la región o fuera de ella, para garantizar la atención oportuna de los usuarios de salud.</p> <p>Dispondrá de una plataforma tecnológica con funcionamiento permanente que hace parte del Sistema Público Unificado e Interoperable Información en Salud para garantizar la</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>comunicación entre las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud que conforman las redes. La plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contrarreferencia.</p> <p>La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la auditoría médica. Debe tener la capacidad de generar datos que permitan elaborar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe semestral al Consejo Regional de Seguridad Social en Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo relacionado</p>	<p>salud que conforman las redes. La plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contrarreferencia.</p> <p>La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la auditoría médica. Debe tener la capacidad de generar datos que permitan elaborar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe semestral al Consejo Territorial Regional de Seguridad Social en de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo relacionado con la plataforma tecnológica y los perfiles del talento humano responsable de la coordinación de la referencia</p>		<p>con la plataforma tecnológica y los perfiles del talento humano responsable de la coordinación de la referencia y contrarreferencia, de acuerdo con la disponibilidad del talento humano en el país.</p> <p>Parágrafo 2. La coordinación regional de la red de servicios velará por la continuidad de la atención de los pacientes que necesiten tratamiento en instituciones que no están disponibles en el ámbito departamental, conforme a los procesos de referencia y contrarreferencia estructurados por las gestoras de salud y vida a cargo de la población.</p> <p>Artículo 25. Coordinación Departamental o Distrital de las Redes. La Coordinación Departamental o Distrital de las RISS, son unidades funcionales de las Entidades Territoriales Departamentales o Distritales, estará conformada por la instancia institucional y el equipo humano técnico y de comunicaciones, encabezado por</p>	<p>y contrarreferencia, de acuerdo con la disponibilidad del talento humano en el país.</p> <p>Parágrafo 2. La coordinación regional de la red de servicios velará por la continuidad de la atención de los pacientes que necesiten tratamiento en instituciones que no están disponibles en el ámbito departamental, conforme a los procesos de referencia y contrarreferencia estructurados por las gestoras de salud y vida a cargo de la población.</p> <p>Artículo 25 24. Coordinación Departamental o Distrital de las Redes. La Coordinación Departamental o Distrital de las RISS, son unidades funcionales de las Entidades Territoriales Departamentales o Distritales, estará conformada por la instancia institucional y el equipo humano técnico y de comunicaciones, encabezado por profesionales de salud en</p>	<p>Se ajusta la numeración del artículo, no tiene cambios en su contenido.</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>profesionales de salud en áreas de administración de salud o salud pública.</p> <p>Corresponde a las coordinaciones departamentales o distritales de las RISS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Responder a los requerimientos de los Centros de Atención Primaria en Salud. 2. Administrar el sistema de referencia y contrarreferencia según lo dispuesto en la presente Ley. 3. Mantener permanente comunicación con las instituciones que prestan los servicios de mediana y alta complejidad y conforman la red de servicios de salud en el departamento, para organizar y garantizar la atención oportuna. 4. Ofrecer a las instituciones de las RISS comunicación abierta y permanente con la Coordinación Regional para organizar las referencias a las instituciones que prestan servicios de alta complejidad en otros departamentos de la región. 	<p>áreas de administración de salud o salud pública.</p> <p>Corresponde a las coordinaciones departamentales o distritales de las RISS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Responder a los requerimientos de los Centros de Atención Primaria en Salud. 2. Administrar el sistema de referencia y contrarreferencia según lo dispuesto en la presente Ley. 3. Mantener permanente comunicación con las instituciones que prestan los servicios de mediana y alta complejidad y conforman la red de servicios de salud en el departamento, para organizar y garantizar la atención oportuna. 4. Ofrecer a las instituciones de las RISS comunicación abierta y permanente con la Coordinación Regional para organizar las referencias a las instituciones que prestan servicios de alta complejidad en otros departamentos de la región. 5. Disponer de una plataforma tecnológica que 		<p>5. Disponer de una plataforma tecnológica que brinde soporte ininterrumpido para garantizar la intercomunicación entre las diferentes Instituciones de Salud del Estado – ISE, y las instituciones privadas y mixtas que hagan parte de la red.</p> <p>6. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la auditoría médica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe semestral al Consejo de Planeación y Evaluación de la Red de Servicios y al Ministerio de Salud y de Protección Social.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo relacionado con la plataforma tecnológica y los perfiles del talento humano responsable de la</p>	<p>brinde soporte ininterrumpido para garantizar la intercomunicación entre las diferentes Instituciones de Salud del Estado – ISE, y las instituciones privadas y mixtas que hagan parte de la red.</p> <p>6. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la auditoría médica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe semestral al Consejo de Planeación y Evaluación de la Red de Servicios y al Ministerio de Salud y de Protección Social.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo relacionado con la plataforma tecnológica y los perfiles del talento humano responsable de la coordinación de la referencia y contrarreferencia, de acuerdo con la disponibilidad del talento humano en el país.</p>	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023. Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023. Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
<p>coordinación de la referencia y contrarreferencia, de acuerdo con la disponibilidad del talento humano en el país.</p> <p>Parágrafo 2. En la coordinación departamental y distrital de la red de servicios se velará por la continuidad de la atención de los pacientes que necesiten tratamiento en instituciones que no estén disponibles en el ámbito municipal, conforme a los procesos de referencia y contrarreferencia estructurados por las gestoras de salud y vida a cargo de la población.</p>	<p>Parágrafo 2. En la coordinación departamental y distrital de la red de servicios se velará por la continuidad de la atención de los pacientes que necesiten tratamiento en instituciones que no estén disponibles en el ámbito municipal, conforme a los procesos de referencia y contrarreferencia estructurados por las gestoras de salud y vida a cargo de la población.</p>		<p>de Salud y Vida, los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, delegados de la academia, de la sociedad civil y las organizaciones de la comunidad; de conformidad con el reglamento que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Le corresponde al Consejo asesor de planeación y evaluación en salud Departamental o Distrital:</p>	<p>Atención Primaria en Salud CAPS, delegados de la academia, de la sociedad civil y las organizaciones de la comunidad; de conformidad con el reglamento que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	
<p>Artículo 26. Consejo asesor de planeación y evaluación de las RIISS. Las Direcciones Departamentales y Distritales de salud organizarán un Consejo asesor de planeación y evaluación de las RIISS, encabezado por el director territorial de salud, al que asistirán con voz, pero sin voto los directores de las Unidades zonales de planeación y evaluación del respectivo Departamento o Distrito, representantes de los municipios, las Gestoras de</p>	<p>Artículo 26 25. Consejo asesor de planeación y evaluación de las RIISS. Las Direcciones Departamentales y Distritales de salud organizarán un Consejo asesor de planeación y evaluación de las RIISS, encabezado por el director territorial de salud, al que asistirán con voz, pero sin voto los directores de las Unidades zonales de planeación y evaluación del respectivo Departamento o Distrito, representantes de los municipios, las Gestoras de Salud y Vida, los Centros de</p>		<p>1. Realizar una evaluación trimestral del funcionamiento de la red de servicios y de los sistemas de referencia y transporte de pacientes identificando sus deficiencias y fortalezas.</p> <p>2. Efectuar recomendaciones para el desarrollo y adecuación de los sistemas de referencia y transporte de pacientes.</p> <p>3. Proponer las prioridades de financiamiento e inversiones, en busca de garantizar un proceso de mejoramiento permanente de los servicios de mediana y alta complejidad para los habitantes del territorio.</p>	<p>Le corresponde al Consejo asesor de planeación y evaluación en salud Departamental o Distrital:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una evaluación trimestral del funcionamiento de la red de servicios y de los sistemas de referencia y transporte de pacientes identificando sus deficiencias y fortalezas. 2. Efectuar recomendaciones para el desarrollo y adecuación de los sistemas de referencia y transporte de pacientes. 3. Proponer las prioridades de financiamiento e inversiones, en busca de garantizar un proceso de mejoramiento permanente de los servicios de mediana y alta complejidad para los habitantes del territorio. 4. Generar un informe trimestral del funcionamiento de la red de servicios mediante el 	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023. Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023. Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
<p>4. Generar un informe trimestral del funcionamiento de la red de servicios mediante el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS y remitirlo a la autoridad territorial, al Consejo Departamental o Distrital de Salud, a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social. Las bibliotecas de las Instituciones de Educación Superior públicas y privadas en el Departamento o Distrito y los Centros de investigación en salud tendrán acceso a cada informe a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS.</p>	<p>Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS y remitirlo a la autoridad territorial, al Consejo Departamental o Distrital de Salud, a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social. Las bibliotecas de las Instituciones de Educación Superior públicas y privadas en el Departamento o Distrito y los Centros de investigación en salud tendrán acceso a cada informe a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS.</p>		<p>a servicios de salud de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS, el cual estará bajo el marco del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS.</p> <p>El Sistema de Monitoreo de las RIISS deberá ser interoperable con los sistemas de información de la gestión integral del riesgo de salud y prestará especial atención a los siguientes componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguimiento a cohortes de riesgo. 2. Oportunidad de la atención en salud (servicios y procedimientos). 3. Efectividad de la atención en salud. 4. Calidad de la atención en salud. 5. Cobertura de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedad. 6. Acceso oportuno a medicamentos y a tecnologías en salud. <p>El Sistema de monitoreo deberá generar alertas tempranas que permitan actuar oportunamente por parte de los distintos agentes del sistema de salud, evitando</p>	<p>salud de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS, el cual estará bajo el marco del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS.</p> <p>El Sistema de Monitoreo de las RIISS deberá ser interoperable con los sistemas de información de la gestión integral del riesgo de salud y prestará especial atención a los siguientes componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguimiento a cohortes de riesgo. 2. Oportunidad de la atención en salud (servicios y procedimientos). 3. Efectividad de la atención en salud. 4. Calidad de la atención en salud. 5. Cobertura de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedad. 6. Acceso oportuno a medicamentos y a tecnologías en salud. <p>El Sistema de monitoreo deberá generar alertas tempranas que permitan actuar oportunamente por parte de los distintos agentes del sistema de salud, evitando</p>	
<p>Artículo 27. Sistema de monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. 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</p>	<p>Artículo 27. Sistema de monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. 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 servicios de</p>	Artículo sin cambios			

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>tempranas que permitan actuar oportunamente por parte de los distintos agentes del sistema de salud, evitando la vulneración del goce efectivo del derecho fundamental a la salud.</p>	<p>la vulneración del goce efectivo del derecho fundamental a la salud.</p>		<p>corresponde ejercer las competencias a cargo de la Nación que las disposiciones orgánicas y ordinarias le asignen. Para lo anterior, se consolidará un informe que evidencie los resultados obtenidos de dicha evaluación, gestión de procesos y coordinación intersectorial, el cual será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, a efectos de que la ciudadanía pueda acceder a su contenido.</p>	<p>cargo de la Nación que las disposiciones orgánicas y ordinarias le asignen. Para lo anterior, se consolidará un informe que evidencie los resultados obtenidos de dicha evaluación, gestión de procesos y coordinación intersectorial, el cual será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, a efectos de que la ciudadanía pueda acceder a su contenido.</p>	
<p>TÍTULO III ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD</p>	<p>TÍTULO III ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD</p>		<p>En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.</p>	<p>En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.</p>	
<p>CAPÍTULO I. GOBERNANZA Y GESTIÓN PÚBLICA DEL SISTEMA DE SALUD</p>	<p>CAPÍTULO I. GOBERNANZA Y GESTIÓN PÚBLICA DEL SISTEMA DE SALUD</p>		<p>En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.</p>	<p>En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.</p>	
<p>Artículo 28. Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud. La Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector del sector.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social será quien oriente la toma de decisiones en salud; la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud; la gestión de los procesos al interior del sistema; ejerce la coordinación intersectorial y ejecuta las disposiciones legales vigentes. En el ámbito nacional le</p>	<p>Artículo 28 30. Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud. La Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector del sector.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social será quien oriente la toma de decisiones en salud; la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud; la gestión de los procesos al interior del sistema; ejerce la coordinación intersectorial y ejecuta las disposiciones legales vigentes. En el ámbito nacional le corresponde ejercer las competencias a</p>	<p>Se ajusta numeración del artículo, no tiene cambios en el contenido</p>	<p>En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.</p>	<p>En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.</p>	<p>Parágrafo 1. Los órganos de dirección en los ámbitos nacional y territorial deberán,</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Parágrafo 1. Los órganos de dirección en los ámbitos nacional y territorial deberán, atender las recomendaciones que formulen el Consejo Nacional de Salud y los respectivos Consejos Territoriales de Salud, relacionadas con las funciones que para estos Consejos señala la presente Ley.</p> <p>Parágrafo 2. Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales, los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud, prevención primaria de la enfermedad y predicción en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector, la participación de entidades públicas, privados y mixtas y la participación social en la salud, desde los enfoques diferencial, de género y de derechos.</p>	<p>atender las recomendaciones que formulen el Consejo Nacional de Salud y los respectivos Consejos Territoriales de Salud, relacionadas con las funciones que para estos Consejos señala la presente Ley.</p> <p>Parágrafo 2. Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales, los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud, prevención primaria de la enfermedad y predicción en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector, la participación de entidades públicas, privados y mixtas y la participación social en la salud, desde los enfoques diferencial, de género y de derechos.</p>		<p>Artículo 29. Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública. Deróguese el parágrafo primero del artículo 7 de la Ley 1438 de 2011 y créase la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública, modificando, que tendrá por objeto:</p>	<p>Artículo 29 31. Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública. Deróguese el parágrafo primero del artículo 7 de la Ley 1438 de 2011 y créase la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública, modificando, que tendrá por objeto:</p>	<p>Se ajusta la numeración del artículo, se ajusta error de redacción.</p>
<p>Parágrafo 2. Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales, los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud, prevención primaria de la enfermedad y predicción en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector, la participación de entidades públicas, privados y mixtas y la participación social en la salud, desde los enfoques diferencial, de género y de derechos.</p>			<p>1. Establecer las intervenciones y recursos para actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud de acuerdo con la información consolidada y analizada por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>2. Participar en la formulación inicial del Plan Nacional de Desarrollo, de que tratan los artículos 14° y 15° de la Ley 152 de 1994, para proponer las políticas, estrategias y recursos que incidan en los determinantes de salud.</p> <p>3. Evaluar el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud y realizar el seguimiento a los indicadores de salud en los términos que</p>	<p>1. Establecer las intervenciones y recursos para actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud de acuerdo con la información consolidada y analizada por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>2. Participar en la formulación inicial del Plan Nacional de Desarrollo, de que tratan los artículos 14° y 15° de la Ley 152 de 1994, para proponer las políticas, estrategias y recursos que incidan en los determinantes de salud.</p> <p>3. Evaluar el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud y realizar el seguimiento a los indicadores de salud en los términos que establezca el reglamento.</p>	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
<p>establezca el reglamento.</p> <p>4. Informar a las Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales las directrices y lineamientos de la política de los determinantes sociales de la salud. Así mismo, estas comisiones informarán a los municipios de su jurisdicción.</p> <p>5. El Presidente de la República la presidirá y estará integrada por todos los ministros del gabinete y demás miembros que establezca el reglamento.</p> <p>Parágrafo 1. Las acciones para la intervención de los determinantes de la salud son prioridad del Estado colombiano, se financiarán de manera transversal en los presupuestos de las entidades, y se deberán tener en cuenta al momento de realizar la planeación de estas, para los cual se priorizarán grupos poblaciones en condición de vulnerabilidad, así como los territorios cobijados por los</p>	<p>4. Informar a las Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales las directrices y lineamientos de la política de los determinantes sociales de la salud. Así mismo, estas comisiones informarán a los municipios de su jurisdicción.</p> <p>5. El Presidente de la República la presidirá y estará integrada por todos los ministros del gabinete y demás miembros que establezca el reglamento.</p> <p>Parágrafo 1. Las acciones para la intervención de los determinantes de la salud son prioridad del Estado colombiano, se financiarán de manera transversal en los presupuestos de las entidades, y se deberán tener en cuenta al momento de realizar la planeación de estas, para los cual se priorizarán grupos poblaciones en condición de vulnerabilidad, así como los territorios cobijados por los</p> <p>Parágrafo 2. El Gobierno Nacional en los 6 meses</p>		<p>programas de desarrollo con enfoque territorial – PDET.</p> <p>Parágrafo 2. El Gobierno Nacional en los 6 meses siguientes a la expedición de la presente Ley, reglamentará la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de la Salud y Salud Pública para lo cual adoptará las disposiciones a que haya lugar en cuanto a instancias de coordinación intersectorial que le anteceden en la materia. El Ministerio de Salud y Protección Social ejercerá la secretaría técnica. La comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública deberá sesionar al menos dos veces al año.</p> <p>Artículo 30. Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública. Los Gobernadores y Alcaldes conformarán la Comisión Intersectorial de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública en el ámbito de su jurisdicción, dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de</p>	<p>siguientes a la expedición de la presente Ley, reglamentará la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de la Salud y Salud Pública para lo cual adoptará las disposiciones a que haya lugar en cuanto a instancias de coordinación intersectorial que le anteceden en la materia. El Ministerio de Salud y Protección Social ejercerá la secretaría técnica. La comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública deberá sesionar al menos dos veces al año.</p> <p>Artículo 30 32. Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública. Los Gobernadores y Alcaldes conformarán la Comisión Intersectorial de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública en el ámbito de su jurisdicción, dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de</p>	<p>Se ajusta la numeración del artículo, no tiene cambios en el contenido.</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>esta ley, con los secretarios de sus gabinetes. Las comisiones intersectoriales revisarán la información territorial en el ámbito de su jurisdicción, incluyendo el análisis de situación de salud, para establecer los determinantes a intervenir; de igual forma analizarán el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud mediante la evaluación de indicadores de salud y publicarán trimestralmente los resultados en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS. Las decisiones de estas comisiones serán consideradas en el proceso de formulación, seguimiento y monitoreo del Plan de Desarrollo Territorial respectivo en los términos establecidos en los artículos 36, 37 y 39 de la Ley 152 de 1994. Igualmente, las comisiones participarán en la estructuración de los planes de acción de que trata el artículo 41 de la Ley 152 de 1994 y, en las evaluaciones de los planes territoriales.</p> <p>Artículo 31. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de</p>	<p>esta ley, con los secretarios de sus gabinetes. Las comisiones intersectoriales revisarán la información territorial en el ámbito de su jurisdicción, incluyendo el análisis de situación de salud, para establecer los determinantes a intervenir; de igual forma analizarán el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud mediante la evaluación de indicadores de salud y publicarán trimestralmente los resultados en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS. Las decisiones de estas comisiones serán consideradas en el proceso de formulación, seguimiento y monitoreo del Plan de Desarrollo Territorial respectivo en los términos establecidos en los artículos 36, 37 y 39 de la Ley 152 de 1994. Igualmente, las comisiones participarán en la estructuración de los planes de acción de que trata el artículo 41 de la Ley 152 de 1994 y, en las evaluaciones de los planes territoriales.</p> <p>Artículo 34 34. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud</p>	<p>Se ajusta la numeración del artículo, no tiene cambios en el contenido.</p>	<p>Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, que tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de política pública de salud, presentar iniciativas normativas de carácter reglamentario, evaluar y generar informes periódicos sobre el funcionamiento del Sistema de Salud.</p> <p>El Consejo Nacional de Salud estará conformado por seis (6) representantes del Gobierno Nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien lo presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público; el Ministro de Trabajo; el Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible; el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Director de Planeación Nacional y un (1) representante de los gobiernos territoriales.</p> <p>Igualmente se dará representación en la conformación del Consejo a los siguientes estamentos:</p> <p>1. Trabajadores</p>	<p>como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, que tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de política pública de salud, presentar iniciativas normativas de carácter reglamentario, evaluar y generar informes periódicos sobre el funcionamiento del Sistema de Salud.</p> <p>El Consejo Nacional de Salud estará conformado por seis (6) representantes del Gobierno Nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien lo presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público; el Ministro de Trabajo; el Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible; el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Director de Planeación Nacional y un (1) representante de los gobiernos territoriales.</p> <p>Igualmente se dará representación en la conformación del Consejo a los siguientes estamentos:</p> <p>1. Trabajadores 2. Organizaciones representativas de los profesionales de la salud.</p>	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
<p>2. Organizaciones representativas de los profesionales de la salud.</p> <p>3. Pacientes</p> <p>4. Academia, facultades y escuelas de salud</p> <p>5. Empresarios</p> <p>6. Grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado</p> <p>El Superintendente Nacional de Salud y el director de la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES formará parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. A su vez el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes.</p> <p>El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de cinco (5) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando</p>	<p>3. Pacientes</p> <p>4. Academia, facultades y escuelas de salud</p> <p>5. Empresarios</p> <p>6. Grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado</p> <p>El Superintendente Nacional de Salud y el director de la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES formará parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. A su vez el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes.</p> <p>El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de cinco (5) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con diez (10) o más de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría simple.</p>		<p>una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con diez (10) o más de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría simple.</p> <p>Parágrafo 1. El Gobierno Nacional reglamentará el número de integrantes por cada estamento sin que el total supere los 15 integrantes, así como los mecanismos de elección y participación en este consejo. Se procurará la paridad de género en la conformación del mismo. Los representantes no gubernamentales serán elegidos por un período de tres (3) años, y podrán postularse para su reelección por máximo un período; su elección se realizará por cada una de las organizaciones correspondientes, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en principios democráticos, de representatividad, e imparcialidad.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir dicha reglamentación en los seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley. Igualmente, reglamentará la designación de los representantes de los Centros de Atención Primaria en Salud.</p>	<p>Parágrafo 1. El Gobierno Nacional reglamentará el número de integrantes por cada estamento sin que el total supere los 15 integrantes, así como los mecanismos de elección y participación en este consejo. Se procurará la paridad de género en la conformación del mismo. Los representantes no gubernamentales serán elegidos por un período de tres (3) años, y podrán postularse para su reelección por máximo un período; su elección se realizará por cada una de las organizaciones correspondientes, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en principios democráticos, de representatividad, e imparcialidad.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir dicha reglamentación en los seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley. Igualmente, reglamentará la designación de los representantes de los Centros de Atención Primaria en Salud.</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir dicha reglamentación en los seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley. Igualmente, reglamentará la designación de los representantes de los Centros de Atención Primaria en Salud.</p> <p>Parágrafo 2. Los representantes gubernamentales serán los funcionarios que ejerzan el cargo de jefe de la entidad con el derecho a participar en el Consejo Nacional de Salud.</p> <p>Parágrafo 3. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo idóneo, no dependiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito, previa convocatoria pública, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud. La respectiva ley anual definirá un presupuesto de funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros, el soporte técnico, y gastos para comunicación. Los consejeros gubernamentales recibirán los gastos de transporte, hospedaje y alimentación y honorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según el reglamento establecido por el mismo Consejo.</p>	<p>Parágrafo 2. Los representantes gubernamentales serán los funcionarios que ejerzan el cargo de jefe de la entidad con el derecho a participar en el Consejo Nacional de Salud.</p> <p>Parágrafo 3. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo idóneo, no dependiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito, previa convocatoria pública, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros, el soporte técnico, y gastos para comunicación. Los consejeros gubernamentales recibirán los gastos de transporte, hospedaje y alimentación y honorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según el reglamento establecido por el mismo Consejo.</p>		<p>Secretaría Técnica, los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros, el soporte técnico, y gastos para comunicación. Los consejeros gubernamentales recibirán los gastos de transporte, hospedaje y alimentación y honorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según el reglamento establecido por el mismo Consejo.</p> <p>Artículo 32. Funciones del Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recomendar a los distintos sectores y Entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, para la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión. 2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del sistema de salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social. 	<p>Artículo 32 35. Funciones del Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recomendar a los distintos sectores y Entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, para la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión. 2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del sistema de salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social. 	<p>Se ajusta la numeración del artículo, no tiene cambios en el contenido.</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>3. Monitorear el buen funcionamiento del sistema de salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.</p> <p>4. Revisar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.</p> <p>5. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente ley. El Consejo Nacional de Salud, en enero de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales del</p>	<p>3. Monitorear el buen funcionamiento del sistema de salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.</p> <p>4. Revisar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.</p> <p>5. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente ley. El Consejo Nacional de Salud, en enero de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales del</p>		<p>Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente ley.</p> <p>6. Adoptar su propio reglamento.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministro de Salud y Protección Social deberá justificar al Consejo Nacional de Salud su decisión, cuando decida apartarse de las recomendaciones realizadas por el Consejo Nacional de Salud.</p> <p>Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá informar al Consejo Nacional de Salud acerca de las políticas que se hayan aprobado y de la ejecución de las mismas cada año.</p> <p>Artículo 33. Consejos Territoriales de Salud. Los Consejos Territoriales de Salud tendrán una composición similar en sus funciones e integrantes al Consejo Nacional de Salud, teniendo en cuenta las particularidades del territorio correspondiente y los enfoques diferencial y género, y contará con un (1) representante de los Centros de Atención</p>	<p>6. Adoptar su propio reglamento.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministro de Salud y Protección Social deberá justificar al Consejo Nacional de Salud su decisión, cuando decida apartarse de las recomendaciones realizadas por el Consejo Nacional de Salud.</p> <p>Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá informar al Consejo Nacional de Salud acerca de las políticas que se hayan aprobado y de la ejecución de las mismas cada año.</p> <p>Artículo 33 36. Consejos Territoriales de Salud. Los Consejos Territoriales de Salud tendrán una composición similar en sus funciones e integrantes al Consejo Nacional de Salud, teniendo en cuenta las particularidades del territorio correspondiente y los enfoques diferencial y género, y contará con un (1) representante de los Centros de Atención Primaria en Salud</p>	<p>Se ajusta la numeración del artículo, no tiene cambios en el contenido.</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública, mixta o privada. Se procurará la paridad de género en su conformación.</p> <p>Podrán presentar estrategias para garantizar la aplicación territorial de las políticas públicas de salud, en coherencia con el Plan Decenal de Salud Pública de acuerdo con las particularidades de su territorio y adelantarán la coordinación, seguimiento y veeduría para el buen funcionamiento del sistema de salud y sus redes integrales e integradas de salud, así como de sus recursos en el territorio y el seguimiento y monitoreo del Plan Decenal de Salud Pública definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con la Comisión Intersectorial Departamental, Distrital y Municipal de Determinantes Sociales de Salud y Salud Público.</p> <p>El Consejo Departamental, Distrital y municipal de Salud participará en la construcción del Plan Territorial de Salud con enfoque intersectorial, diferencial y participativo, así como el monitoreo y seguimiento trimestral de las</p>	<p>(CAPS) de naturaleza pública, mixta o privada. Se procurará la paridad de género en su conformación.</p> <p>Podrán presentar estrategias para garantizar la aplicación territorial de las políticas públicas de salud, en coherencia con el Plan Decenal de Salud Pública de acuerdo con las particularidades de su territorio y adelantarán la coordinación, seguimiento y veeduría para el buen funcionamiento del sistema de salud y sus redes integrales e integradas de salud, así como de sus recursos en el territorio y el seguimiento y monitoreo del Plan Decenal de Salud Pública definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con la Comisión Intersectorial Departamental, Distrital y Municipal de Determinantes Sociales de Salud y Salud Público.</p> <p>El Consejo Departamental, Distrital y municipal de Salud participará en la construcción del Plan Territorial de Salud con enfoque intersectorial, diferencial y participativo, así como el monitoreo y seguimiento trimestral de las</p>		<p>diferencial y participativo, así como el monitoreo y seguimiento trimestral de las actividades y recursos ejecutados, objetivos y metas alcanzadas.</p> <p>Los informes trimestrales de monitoreo y seguimiento serán entregados a la máxima autoridad territorial y al Ministerio de Salud y Protección Social, así como a los organismos de control y una copia será remitida a las bibliotecas de las Instituciones de Educación Superior en el respectivo ámbito de su jurisdicción, las cuales deberán publicarlo en sus respectivos portales en línea, para garantizar el acceso público a la información.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la operación de los Consejos Territoriales de Salud incluyendo la metodología e instrumentos necesarios para el monitoreo y seguimiento a los Planes Territoriales de Salud.</p> <p>Artículo 34. Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas en la</p>	<p>actividades y recursos ejecutados, objetivos y metas alcanzadas.</p> <p>Los informes trimestrales de monitoreo y seguimiento serán entregados a la máxima autoridad territorial y al Ministerio de Salud y Protección Social, así como a los organismos de control y una copia será remitida a las bibliotecas de las Instituciones de Educación Superior en el respectivo ámbito de su jurisdicción, las cuales deberán publicarlo en sus respectivos portales en línea, para garantizar el acceso público a la información.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la operación de los Consejos Territoriales de Salud incluyendo la metodología e instrumentos necesarios para el monitoreo y seguimiento a los Planes Territoriales de Salud.</p> <p>Artículo 34 17. Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas en la prestación de</p>	<p>Se reubica artículo dentro de Título II, quedando con número 17,</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>prestación de servicios. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud serán públicas, privadas y mixtas. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas podrán formar parte de las redes integrales e integradas de servicios de salud. Los servicios habilitados se prestarán de acuerdo con las necesidades y solicitudes del sistema de referencia, bajo el régimen de tarifas y formas de pago, las condiciones para el pago de dichos servicios y la generación de los reportes de información.</p> <p>Los Centros de Atención Primaria en Salud podrán ser instituciones públicas, privadas y mixtas. Las instituciones privadas y mixtas podrán contratarse para ofrecer los servicios de atención primaria en salud dentro de las Redes integrales e integradas de servicios de salud, a cuyo efecto se tendrán como parámetros los presupuestos estándar con incentivos por dispersión y</p>	<p>servicios. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud serán públicas, privadas y mixtas. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas podrán formar parte de las redes integrales e integradas de servicios de salud. Los servicios habilitados se prestarán de acuerdo con las necesidades y solicitudes del sistema de referencia, bajo el régimen de tarifas y formas de pago, las condiciones para el pago de dichos servicios y la generación de los reportes de información.</p> <p>Los Centros de Atención Primaria en Salud podrán ser instituciones públicas, privadas y mixtas. Las instituciones privadas y mixtas podrán contratarse para ofrecer los servicios de atención primaria en salud dentro de las Redes integrales e integradas de servicios de salud, a cuyo efecto se tendrán como parámetros los presupuestos estándar con incentivos por dispersión y</p>	<p>adicionalmente se hacen ajustes de redacción.</p>	<p>calidad definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dentro de las instituciones privadas y mixtas podrán participar organizaciones campesinas, afros e indígenas.</p> <p>Artículo 35. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). Con el objetivo de garantizar el buen desempeño del Sistema de Salud y otorgarle instrumentos técnicos al ejercicio de la rectoría del Sistema, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) se transformará en el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). El Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de un (1) año, contado a partir de la vigencia de la presente Ley, reglamentará los siguientes componentes:</p> <p>1. Habilitación de los agentes en el nivel nacional, departamental, distrital, municipal y comunitario. El Ministerio de Salud definirá los criterios y estándares mínimos para el ingreso y permanencia en el sistema de salud de las</p>	<p>las instituciones privadas y mixtas podrán participar organizaciones campesinas, afros e indígenas, debidamente habilitadas.</p> <p>Artículo 35 29. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). Con el objetivo de garantizar el buen desempeño del Sistema de Salud y otorgarle instrumentos técnicos al ejercicio de la rectoría del Sistema, el Ministerio de Salud y Protección Social liderará la construcción de la Política de Calidad y del Plan Decenal de Calidad en Salud, que servirán para orientar la transformación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) se transformará en el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). El Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de un (1) año, contado a partir de la vigencia de la presente Ley, reglamentará los siguientes componentes:</p> <p>1. Habilitación de los agentes en el nivel nacional, departamental, distrital, municipal y comunitario. El Ministerio de Salud definirá</p>	<p>Se reubica artículo en Título II, se ajustes técnicos sobre los componentes del sistema y de redacción.</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>Entidades Gestoras de Salud y Vida, los Prestadores de servicios, las RIISS, los proveedores de tecnologías en salud, públicos, privados y mixtos para garantizar la efectividad, la seguridad y aceptabilidad de la atención en salud, así como los elementos para otorgar y mantener la habilitación de operación.</p> <p>2. Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud. Mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación superiores a los que se determinan como básicos en el componente de habilitación.</p> <p>3. Relaciones funcionales entre los agentes del Sistema de Salud. Definirá los incentivos correctos en las relaciones y acuerdos de voluntades entre los distintos agentes del Sistema de Salud. El SICA formulará,</p>	<p>los criterios y estándares mínimos para el ingreso y permanencia en el sistema de salud de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, los Prestadores de servicios, las RIISS, los proveedores de tecnologías en salud, públicos, privados y mixtos para garantizar la efectividad, la seguridad y aceptabilidad de la atención en salud, <u>estos deberán reconocer e incorporar las particularidades territoriales y poblacionales; igualmente definirá</u> así como los elementos para otorgar y mantener la habilitación de operación.</p> <p>2. Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud. <u>Los integrantes del sistema deberán desarrollar modelos analíticos y predictivos en salud para alcanzar los resultados en salud basados en el sistema de información para la calidad.</u> Mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad concordantes con la intencionalidad de los</p>		<p>monitoreará y evaluará los elementos que modularán dichas relaciones con una visión integral de sistema, enfoque diferencial de género, territorial y sociocultural, enfoque en resultados en salud y mejores prácticas de gestión, centrado en las necesidades de los usuarios, calidad de la prestación de servicios y la sostenibilidad del sistema, entre otros.</p> <p>4. Desarrollo de capacidades institucionales y de talento humano en salud. El Estado desarrollará, de forma dinámica, la generación de capacidades institucionales de cuidado integral de salud de las personas, familias y sus comunidades, desde los ámbitos clínicos hasta los propios del Aseguramiento Social en Salud y la política pública. A su vez, promoverá la adecuada formación, y entrenamiento del talento humano en salud, adecuado a las necesidades territoriales del país presentes y</p>	<p>estándares de acreditación superiores a los que se determinan como básicos en el componente de habilitación.</p> <p>3. Sistema de información para la Calidad. En el marco del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIS) el Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará el sistema integrado de información para la calidad, el cual permitirá monitorear el desempeño del sistema y los resultados en salud.</p> <p>4. 3. Relaciones funcionales entre los agentes del Sistema de Salud. Definirá los incentivos correctos en las relaciones y convenios de desempeño acuerdos de voluntades entre los distintos agentes del Sistema de Salud. El SICA formulará, monitoreará y evaluará los elementos que modularán dichas relaciones con una visión integral de sistema, enfoque diferencial de género, territorial y sociocultural, enfoque en resultados en salud y mejores prácticas de gestión, centrado en las</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>futuras, el trato digno y diferencial a los usuarios del sistema y armonizado con las políticas, planes y acciones del sector educación y otros, en esta materia.</p> <p>5. Monitoreo y evaluación del desempeño del Sistema de Salud y sus agentes. Desarrollará un sistema integral de monitoreo y evaluación del desempeño de los distintos agentes del sistema de salud, armonizándose adecuadamente con las diferentes fuentes de información disponibles, el Sistema de Monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIS), bajo el principio de eficiencia en el uso de la información. Este componente garantizará visualizaciones para el acceso de los distintos agentes del sistema y los usuarios, a fin de que den cuenta de manera general y fácil comprensión de sus hallazgos, propendiendo por la optimización</p>	<p>necesidades de los usuarios, calidad de la prestación de servicios y la sostenibilidad del sistema, entre otros.</p> <p>5. <u>Acreditación y Excelencia en Salud. Formulará e implementará políticas, planes, estrategias o acciones tendientes al mejoramiento progresivo y sistemático de la calidad de los agentes del Sistema de Salud, hacia niveles superiores o de excelencia</u></p> <p>6. <u>Desarrollo de Capacidades</u> institucionales y de talento humano en salud. El <u>Estado, Los Gobiernos nacional y territoriales promoverán el desarrollo, de forma dinámica, la generación de capacidades institucionales para el cuidado integral de salud de las personas, familias y sus comunidades, desde en todos los ámbitos de la vida cotidiana, clínicos hasta los propios del Aseguramiento Social en Salud y la política pública.</u> A su vez, promoverá la adecuada formación, y entrenamiento del <u>los trabajadores del sector</u></p>		<p>continúa de la gestión administrativa, procesos y trámites; como de la atención integral en salud, entre las que se deberán fijar indicadores y metas de evaluación para la mejora progresiva en los tiempo de atención oportuna en los distintos niveles.</p> <p>6. Acreditación y Excelencia en Salud. Formulará e implementará políticas, planes, estrategias o acciones tendientes al mejoramiento progresivo y sistemático de la calidad de los agentes del Sistema de Salud, hacia niveles superiores o de excelencia.</p> <p>7. Innovación Social en Salud. Desarrollará políticas, planes, estrategias o acciones encaminadas a la búsqueda de abordajes e intervenciones innovadoras a los problemas de salud tanto de los individuos, familias, como sus comunidades, fomentando el trabajo conjunto del Gobierno Nacional, las Entidades Territoriales, los agentes del Sistema de Salud, los</p>	<p><u>salud talento humano</u> en salud, adecuado a las necesidades territoriales del país presentes y futuras, el trato digno y diferencial a los usuarios del sistema y armonizado con las políticas, planes y acciones del sector educación y otros, en esta materia.</p> <p>7. <u>Monitoreo y evaluación del desempeño del Sistema de Salud y sus agentes.</u> Desarrollará un sistema integral de monitoreo y evaluación del desempeño de los distintos agentes del sistema de salud, armonizándose adecuadamente con las diferentes fuentes de información disponibles, el Sistema de Monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIS), bajo el principio de eficiencia en el uso de la información. Este componente garantizará visualizaciones para el acceso de los distintos agentes del sistema y los usuarios, a fin de que den cuenta de manera general y fácil comprensión de sus hallazgos, propendiendo</p>	
<p>usuarios y pacientes del sistema y demás sectores que pueden requerirse. Este componente promoverá el empoderamiento de las personas y las comunidades, propendiendo la transformación de los procesos institucionales de los agentes intervinientes con base en evidencia.</p> <p>Parágrafo 1. Todos los desarrollos de los componentes del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) deberán guardar armonía entre sí, contar con un enfoque en resultados en salud y buscar el mejor desempeño del Sistema de Salud y de los integrantes del Sistema de salud.</p> <p>Parágrafo 2. El Gobierno nacional expedirá modificación de los estándares de habilitación en los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente Ley y la modificación de los estándares de habilitación financiera de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, ajustándolas a los nuevos</p>	<p>por la optimización continua de la gestión administrativa, procesos y trámites; como de la atención integral en salud, entre las que se deberán fijar indicadores y metas de evaluación para la mejora progresiva en los tiempo de atención oportuna en los distintos niveles.</p> <p>8. <u>Acreditación y Excelencia en Salud. Formulará e implementará políticas, planes, estrategias o acciones tendientes al mejoramiento progresivo y sistemático de la calidad de los agentes del Sistema de Salud, hacia niveles superiores o de excelencia.</u></p> <p>7. <u>Innovación Social en Salud.</u> Desarrollará políticas, planes, estrategias o acciones encaminadas a la búsqueda de abordajes e intervenciones innovadoras a los problemas de salud tanto de los individuos, familias, como sus comunidades, fomentando el trabajo conjunto del Gobierno Nacional, las Entidades Territoriales, los agentes del Sistema de Salud, los usuarios y pacientes del sistema y demás sectores</p>		<p>roles y funciones expedidas en la presente ley.</p> <p>Parágrafo 3. Para la ejecución de lo propuesto en el presente artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social contará con un equipo con las capacidades técnicas para el mismo.</p>	<p>que pueden requerirse. Este componente promoverá el empoderamiento de las personas y las comunidades, propendiendo la transformación de los procesos institucionales de los agentes intervinientes con base en evidencia.</p> <p>Parágrafo 1. Todos los desarrollos de los componentes del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) deberán guardar armonía entre sí, contar con un enfoque en resultados en salud y buscar el mejor desempeño del Sistema de Salud y de los integrantes del Sistema de salud.</p> <p>Parágrafo 2. El Gobierno nacional expedirá modificación de los estándares de habilitación en los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente Ley y la modificación de los estándares de habilitación financiera de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, ajustándolas a los nuevos roles y funciones expedidas en la presente ley.</p> <p>Parágrafo 3. Para la ejecución de lo propuesto en</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
	<p>el presente artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social contará con un equipo con las capacidades técnicas para el mismo.</p>		<p>"Instituciones de Salud del Estado - ISE".</p>	<p>2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5° del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado se entienden homologadas a las Instituciones de Salud del Estado -ISE.</p>	
<p>CAPÍTULO II. INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO</p>	<p>CAPÍTULO II. INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO</p>		<p>2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5° del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado se entienden homologadas a las Instituciones de Salud del Estado -ISE.</p>	<p>3. Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.</p>	
<p>Artículo 36. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado - ISE. El objeto de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, será la prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado.</p> <p>Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley. Las ISE se someterán al siguiente régimen jurídico:</p> <p>1. En su denominación se incluirá la expresión</p>	<p>Artículo 36 37. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado - ISE. El objeto de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, será la prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado.</p> <p>Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley. Las ISE se someterán al siguiente régimen jurídico:</p> <p>1. En su denominación se incluirá la expresión "Instituciones de Salud del Estado - ISE".</p>	<p>Se ajusta numeración del artículo, se corrige errores de tipeo.</p>	<p>3. Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.</p> <p>4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.</p> <p>Parágrafo 1. El Instituto Nacional de Cancerología se registrará por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.</p> <p>Parágrafo 2. Aquellos establecimientos públicos creados por la Ley, Asambleas Departamentales, Consejos Distritales o Municipales, que estén adscritos a Ministerios, Departamentos, Distritos o Municipios, que en el momento están desarrollando actividades</p>	<p>4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.</p> <p>Parágrafo 1. El Instituto Nacional de Cancerología se registrará por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.</p> <p>Parágrafo 2. Aquellos establecimientos públicos creados por la Ley, Asambleas Departamentales, Consejos Distritales o Municipales, que estén adscritos a Ministerios, Departamentos, Distritos o Municipios, que en el momento están desarrollando actividades de salud y saneamiento ambiental seguirán funcionando como lo hacen en la actualidad.</p>	
<p>de salud y saneamiento ambiental seguirán funcionando como lo hacen en la actualidad.</p> <p>Parágrafo 3. Los municipios que, al momento de expedida la presente Ley, no cuenten con prestador público de servicios de salud del nivel municipal e identifiquen la necesidad de contar con uno, podrán crear una ISE por acuerdo del Concejo municipal, con el aval y acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Parágrafo 3. Los municipios que, al momento de expedida la presente Ley, no cuenten con prestador público de servicios de salud del nivel municipal e identifiquen la necesidad de contar con uno, podrán crear una ISE por acuerdo del Concejo municipal, con el aval y acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social.</p>		<p>Instituciones de salud del estado ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en red integral e integrada.</p> <p>Los departamentos y distritos que a la fecha de expedición de la ley tienen Empresas Sociales del Estado creadas en red, por Ordenanzas o Acuerdos, podrán mantener dichos modelos de organización y compatibilizarlos con el sistema de redes integrales e integradas de prestación de servicios.</p> <p>La creación de Instituciones de Salud del Estado - ISE, se hará previa evaluación de la necesidad de creación de nueva oferta de servicios, según los parámetros que al efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Las ISE serán CAPS en el nivel primario y de mediana y alta complejidad en el complementario.</p>	<p>estado ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en red integral e integrada.</p> <p>Los departamentos y distritos que a la fecha de expedición de la ley tienen Empresas Sociales del Estado creadas en red, por Ordenanzas o Acuerdos, podrán mantener dichos modelos de organización y compatibilizarlos con el sistema de redes integrales e integradas de prestación de servicios.</p> <p>La creación de Instituciones de Salud del Estado - ISE, se hará previa evaluación de la necesidad de creación de nueva oferta de servicios, según los parámetros que al efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Las ISE serán CAPS en el nivel primario y de mediana y alta complejidad en el complementario.</p>	
<p>Artículo 37. Tipologías y Niveles de Instituciones de Salud del Estado - ISE. El Gobierno Nacional definirá las tipologías y clasificará las Instituciones de Salud del Estado ISE. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las metas e indicadores de capacidad instalada, disponibilidad de servicios de salud, resultados de desempeño institucional y resultados y desenlaces en salud a ser cumplidas por cada tipología institucional y de servicios de salud.</p> <p>Los departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar</p>	<p>Artículo 37 38. Tipologías y Niveles de Instituciones de Salud del Estado - ISE. El Gobierno Nacional definirá las tipologías y clasificará las Instituciones de Salud del Estado ISE. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las metas e indicadores de capacidad instalada, disponibilidad de servicios de salud, resultados de desempeño institucional y resultados y desenlaces en salud a ser cumplidas por cada tipología institucional y de servicios de salud.</p> <p>Los departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar</p>	<p>Se ajusta la numeración del artículo, no se hace ajustes en el texto.</p>			

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Artículo 38. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de los territorios para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>El presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE se elaborará teniendo en cuenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La tipología y nivel de cada Institución de Salud del Estado – ISE. 2. El portafolio de servicios de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel. 3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población. 4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la 	<p>Artículo 38 39. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de los territorios para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>El presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE se elaborará teniendo en cuenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La tipología y nivel de cada Institución de Salud del Estado – ISE. 2. El portafolio de servicios de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel. 3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población. 4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio 	<p>Se ajusta numeración del artículo, no se hacen cambios en el contenido.</p>	<p>atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud.</p> <p>5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>En ningún caso, la Administradora de Recursos para la Salud ADRES, o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Para el caso de los CAPS el presupuesto será estándar y por oferta.</p> <p>Para la aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE de mediana y alta complejidad:</p> <p>1. En el mes de julio de cada vigencia el director de la Institución de Salud del Estado – ISE presentará la propuesta</p>	<p>de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud.</p> <p>5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>En ningún caso, la Administradora de Recursos para la Salud ADRES, o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Para el caso de los CAPS el presupuesto será estándar y por oferta.</p> <p>Para la aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE de mediana y alta complejidad:</p> <p>1. En el mes de julio de cada vigencia el director de la Institución de Salud del Estado – ISE presentará la propuesta de presupuesto al Consejo Directivo de la entidad para su validación, según los estándares definidos por el Ministerio</p>	
<p>de presupuesto al Consejo Directivo de la entidad para su validación, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>2. El presupuesto validado deberá ser remitido a la Dirección de Salud respectiva quien deberá dar concepto técnico sobre la propuesta de presupuesto y los supuestos utilizados para su elaboración.</p> <p>3. De acuerdo con la Dirección Territorial de Salud se estructurará un presupuesto integral, que garantice el cierre financiero del presupuesto anual integrando los recursos de venta de servicios con los recursos departamentales y nacionales que cofinanciarán dicho presupuesto.</p> <p>4. Cuando se trate de cofinanciación del presupuesto de la Institución de Salud del Estado -ISE por parte del nivel Nacional se examinará su coherencia financiera por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y de</p>	<p>de Salud y Protección Social.</p> <p>2. El presupuesto validado deberá ser remitido a la Dirección de Salud respectiva quien deberá dar concepto técnico sobre la propuesta de presupuesto y los supuestos utilizados para su elaboración.</p> <p>3. De acuerdo con la Dirección Territorial de Salud se estructurará un presupuesto integral, que garantice el cierre financiero del presupuesto anual integrando los recursos de venta de servicios con los recursos departamentales y nacionales que cofinanciarán dicho presupuesto.</p> <p>4. Cuando se trate de cofinanciación del presupuesto de la Institución de Salud del Estado -ISE por parte del nivel Nacional se examinará su coherencia financiera por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y de</p> <p>5. Una vez aprobado por el Consejo Directivo, será remitido al director de la Institución de Salud del</p>		<p>conformidad con las normas presupuestales.</p> <p>5. Una vez aprobado por el Consejo Directivo, será remitido al director de la Institución de Salud del Estado – ISE para su ejecución.</p> <p>6. Con cargo al presupuesto nacional se garantizarán recursos anuales para el proceso de formalización laboral.</p> <p>Parágrafo 1. Las Instituciones de Salud del Estado de Mediana o Alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.</p> <p>Parágrafo 2. Las Direcciones Territoriales, Departamentales y Distritales de salud y las Secretarías de salud Municipales organizarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento.</p> <p>Artículo 39. Giro de los recursos a las ISE. Los recursos del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE para financiar los servicios de</p>	<p>Estado – ISE para su ejecución.</p> <p>6. Con cargo al presupuesto nacional se garantizarán recursos anuales para el proceso de formalización laboral.</p> <p>Parágrafo 1. Las Instituciones de Salud del Estado de Mediana o Alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.</p> <p>Parágrafo 2. Las Direcciones Territoriales, Departamentales y Distritales de salud y las Secretarías de salud Municipales organizarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento.</p>	<p>Se ajusta numeración del artículo, no se hace cambio en el contenido.</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>salud, distintos de la venta de servicios que serán girados por la Administradora de Recursos para la Salud ADRES y los fondos de salud del orden territorial, según corresponda.</p> <p>Dentro de los recursos girados a las ISE se entienden incluidos los correspondientes a los pagos de las nóminas, las contribuciones inherentes a las mismas y demás gastos de personal, y no podrán destinarse al pago por otros conceptos. Los directores de las Instituciones de Salud del Estado- ISE garantizarán y priorizarán estos pagos so pena de la responsabilidad disciplinaria prevista en la normatividad vigente.</p> <p>Parágrafo. El movimiento de los recursos del que trata el presente artículo se registrará por el principio de transparencia y la información relacionada será de acceso público para las personas o entidades que quieran hacer veeduría ciudadana.</p> <p>Artículo 40. Régimen de contratación de las ISE. Las Instituciones de Salud</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p>distintos de la venta de servicios que serán girados por la Administradora de Recursos para la Salud ADRES y los fondos de salud del orden territorial, según corresponda.</p> <p>Dentro de los recursos girados a las ISE se entienden incluidos los correspondientes a los pagos de las nóminas, las contribuciones inherentes a las mismas y demás gastos de personal, y no podrán destinarse al pago por otros conceptos. Los directores de las Instituciones de Salud del Estado- ISE garantizarán y priorizarán estos pagos so pena de la responsabilidad disciplinaria prevista en la normatividad vigente.</p> <p>Parágrafo. El movimiento de los recursos del que trata el presente artículo se registrará por el principio de transparencia y la información relacionada será de acceso público para las personas o entidades que quieran hacer veeduría ciudadana.</p> <p>Artículo 40 41 Régimen de contratación de las ISE. Las Instituciones de Salud del</p>	<p>Justificación</p> <p>Se ajusta numeración del artículo, quedando con el</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>del Estado - ISE en materia contractual se registrarán por el derecho privado, pero podrán utilizar discrecionalmente las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos. Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente y con el sistema integral de calidad en salud (SICA), reglamentado en el artículo 35 de la presente Ley, o quien haga sus veces la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las Instituciones de Salud del Estado - ISE.</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p>Estado - ISE en materia contractual se registrarán por el derecho privado, pero podrán utilizar discrecionalmente las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos. Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente y con el sistema integral de calidad en salud (SICA), reglamentado en el artículo 35 de la presente Ley, o quien haga sus veces la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las Instituciones de Salud del Estado - ISE.</p>	<p>Justificación</p> <p>41, se hacen ajustes de redacción.</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>Artículo 41. Órganos de dirección y administración de las ISE. La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director.</p> <p>El Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado- ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El jefe de la administración departamental, distrital o municipal, o su delegado, quien la presidirá. 2. El director territorial de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado. 3. 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. Dos (2) representantes de los trabajadores de la salud de la institución, uno administrativo y uno 	<p>Artículo 44 42. Órganos de dirección y administración de las ISE. La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director.</p> <p>El Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado- ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El jefe de la administración departamental, distrital o municipal <u>gobernador o el alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá.</u> 2. El director territorial de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado. 3. 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. 	<p>Justificación</p> <p>Se ajusta numeración del artículo, denominación del jefe de la administración y se incluyen condiciones para la denominación del Director de la ISE.</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>asistencial, elegidos por voto secreto.</p> <p>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.</p> <p>Parágrafo 2. Cuando la Institución de Salud del Estado - IES tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de los respectivos municipios.</p> <p>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.</p> <p>Parágrafo 4. Los servidores públicos que sean miembros del Consejo</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p>4. Dos (2) representantes de los trabajadores de la salud de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto.</p> <p>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.</p> <p>Parágrafo 2. Cuando la Institución de Salud del Estado - IES tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de los respectivos municipios.</p> <p>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.</p>	<p>Justificación</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>Directivo de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, lo serán por derecho propio mientras ejerzan sus cargos.</p> <p>Parágrafo 5. Los particulares miembros de los Consejos Directivos o asesores de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, aunque ejercen funciones públicas no adquieren por ese sólo hecho la calidad de empleados públicos. Su responsabilidad, lo mismo que sus incompatibilidades e inhabilidades, se regirán por las leyes de la materia.</p> <p>Parágrafo 6. Se procurará la paridad de género en la conformación del Consejo Directivo.</p> <p>Parágrafo 7. Los requisitos para el cargo de director son los establecidos en el artículo 22 Decreto 785 de 2005.</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p>Parágrafo 4. Los servidores públicos que sean miembros del Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, lo serán por derecho propio mientras ejerzan sus cargos.</p> <p>Parágrafo 5. Los particulares miembros de los Consejos Directivos o asesores de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, aunque ejercen funciones públicas no adquieren por ese sólo hecho la calidad de empleados públicos. Su responsabilidad, lo mismo que sus incompatibilidades e inhabilidades, se regirán por las leyes de la materia.</p> <p>Parágrafo 6. Se procurará la paridad de género en la conformación del Consejo Directivo.</p> <p>Parágrafo 7. Los requisitos para el cargo de director son los establecidos en el artículo 22 Decreto 785 de 2005.</p> <p>Parágrafo 8. <u>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.</u></p>	<p>Justificación</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>al plan de gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.</p> <p>4. En caso de que el Consejo Directivo no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el director se entenderá aprobado.</p> <p>Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:</p> <p>1. El director de la Institución de Salud del Estado - ISE del orden territorial deberá presentar al Consejo Directivo un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p>y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.</p> <p>4. En caso de que el Consejo Directivo no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el director se entenderá aprobado.</p> <p>Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:</p> <p>1. El director de la Institución de Salud del Estado - ISE del orden territorial deberá presentar al Consejo Directivo un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>2. El Consejo Directivo deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del director,</p>	<p>Justificación</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>Artículo 42. NEGADO.</p> <p>Artículo 43. Aprobación y evaluación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado - ISE del orden territorial. Para la aprobación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial se deberá seguir el siguiente procedimiento:</p> <p>1. El director de la Institución de Salud del Estado - ISE deberá presentar al Consejo Directivo el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>2. El Consejo Directivo de la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación.</p> <p>3. El director podrá presentar observaciones</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p>Artículo 43 44. Aprobación y evaluación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado - ISE del orden territorial. Para la aprobación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial se deberá seguir el siguiente procedimiento:</p> <p>1. El director de la Institución de Salud del Estado - ISE deberá presentar al Consejo Directivo el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>2. El Consejo Directivo de la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación.</p> <p>3. El director podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación.</p>	<p>Justificación</p> <p>Se ajusta numeración quedando con el número 44</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>2. El Consejo Directivo deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del director, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación.</p> <p>3. Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo del Consejo Directivo, debidamente motivado, el cual se notificará al director quien podrá interponer recurso de reposición ante el Consejo Directivo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.</p> <p>4. La decisión del Consejo Directivo tendrá recurso de reposición ante el mismo Consejo Directivo y de apelación en el efecto suspensivo, ante el director Territorial de Salud. Para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.</p> <p>5. Si el resultado en firme de la evaluación fuera insatisfactorio será causal de retiro del servicio del director por</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p>dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación.</p> <p>3. Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo del Consejo Directivo, debidamente motivado, el cual se notificará al director quien podrá interponer recurso de reposición ante el Consejo Directivo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.</p> <p>4. La decisión del Consejo Directivo tendrá recurso de reposición ante el mismo Consejo Directivo y de apelación en el efecto suspensivo, ante el director Territorial de Salud. Para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.</p> <p>5. Si el resultado en firme de la evaluación fuera insatisfactorio será causal de retiro del servicio del director por</p>	<p>Justificación</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>parte del nominador, para lo cual el Consejo Directivo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ejecutoria del acto administrativo, deberá solicitar al nominador la remoción del director, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra el cual procederán los recursos de ley.</p> <p>6. La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión por parte del director de la Institución de Salud del Estado - ISE, dentro de los plazos señalados, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.</p> <p>Artículo 44. Régimen Laboral de las ISE. En los términos de la normatividad vigente los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p>para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra el cual procederán los recursos de ley.</p> <p>6. La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión por parte del director de la Institución de Salud del Estado - ISE, dentro de los plazos señalados, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.</p> <p>Artículo 44 100. Régimen Laboral de las ISE. En los términos de la normatividad vigente los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en</p>	<p>Justificación</p> <p>Se reubica artículo en Título X: Régimen laboral de los trabajadores de la salud, se ajusta numeración, quedando con el número 100, se</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>en la ley o pactadas con las organizaciones sindicales, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales.</p> <p>Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al 90%, se regirán por la presente Ley.</p> <p>Son normas especiales y generales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado- ISE, las siguientes:</p> <p>1. El Gobierno Nacional y las respectivas autoridades competentes en el orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la Institución de Salud del Estado - ISE, señalará el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado-ISE que determine el Gobierno Nacional.</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p>la ley o pactadas con las organizaciones sindicales, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales.</p> <p>Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al 90%, se regirán por la presente Ley.</p> <p>Son normas especiales y generales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado- ISE, las siguientes:</p> <p>1. El Gobierno Nacional y las respectivas autoridades competentes en el orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la Institución de Salud del Estado - ISE, señalará el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado-ISE que determine el Gobierno Nacional.</p> <p>2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las instituciones de salud del</p>	<p>Justificación</p> <p>hacen ajustes de redacción y precisiones técnicas.</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las instituciones de salud del Estado -ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto 400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adiciónen, o sustituyan.</p> <p>3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9 de la ley 4 de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas.</p> <p>4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968, Ley 909 de 2004 y las demás normas que lo reglamenten, modifiquen o sustituyan.</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p>Estado -ISE; se regirán por el Decreto Ley 1042 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adiciónen, o sustituyan.</p> <p>3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9 de la ley 4 de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas.</p> <p>4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968, Ley 909 de 2004 y las demás normas que lo reglamenten, modifiquen o sustituyan.</p> <p>5. La remuneración de los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE será fijada por las autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la ley 4ª de</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>5. La remuneración de los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones de las condiciones de empleo. En ningún nivel territorial, la remuneración del jefe de la administración operará como límite máximo para establecer los emolumentos del talento humano en salud.</p> <p>Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE.</p> <p>Parágrafo 1. Los contratos de prestación de servicios a cargo de las Empresas Sociales del Estado que, a la entrada en vigencia de la presente ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las Instituciones de Salud del Estado-ISE.</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p>1992 y el resultado de las negociaciones de las condiciones de empleo. En ningún nivel territorial <u>se estará sujeto a los límites que en materia salarial establece la ley 617 de 2000, la remuneración del jefe de la administración operará como límite máximo para establecer los emolumentos del talento humano en salud.</u></p> <p>Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE.</p> <p>Parágrafo 1. Los contratos de prestación de servicios a cargo de las Empresas Sociales del Estado que, a la entrada en vigencia de la presente ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las Instituciones de Salud del Estado-ISE.</p>	<p>Justificación</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>en ejecución se entenderán subrogados en las Instituciones de Salud del Estado-ISE.</p> <p>Parágrafo 2. El Gobierno Nacional establecerá un sistema de estímulos para los servidores públicos de la salud que laboren en regiones dispersas y de difícil acceso.</p> <p>Parágrafo 3. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.</p> <p>Artículo 45. Derechos de permanencia de los servidores. Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente ley, serán vinculados en las Instituciones de Salud del Estado-ISE, sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales.</p> <p>Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la</p>	<p>Parágrafo 2. El Gobierno Nacional establecerá un sistema de estímulos para los servidores públicos de la salud que laboren en regiones dispersas y de difícil acceso.</p> <p>Parágrafo 3. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.</p> <p>Artículo 45 101. Derechos de permanencia de los servidores. Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente ley, serán vinculados en las Instituciones de Salud del Estado-ISE, sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales.</p> <p>Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente ley,</p>	<p>Se reubica artículo en Título X: Régimen laboral de los trabajadores de la salud, se ajusta numeración, quedando con el número 100, no tiene cambios en el texto.</p>	<p>vigencia de la presente ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE. En ningún caso, habrá desmejoramiento de las condiciones laborales.</p> <p>Para efectos de la laboralización ordenada por la Corte Constitucional, las personas que, a la vigencia de la presente ley, se encuentren laborando más de tres años continuos en cargos de carrera administrativa, bajo cualquier modalidad de vinculación, serán vinculados en las Instituciones de Salud del Estado - ISE, en las condiciones laborales, salariales y prestaciones propias del respectivo cargo sin solución de continuidad y según su antigüedad.</p> <p>Artículo 46. Entidades de Salud del Estado Itinerante. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán</p>	<p>conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE. En ningún caso, habrá desmejoramiento de las condiciones laborales.</p> <p>Para efectos de la laboralización ordenada por la Corte Constitucional, las personas que, a la vigencia de la presente ley, se encuentren laborando más de tres años continuos en cargos de carrera administrativa, bajo cualquier modalidad de vinculación, serán vinculados en las Instituciones de Salud del Estado - ISE, en las condiciones laborales, salariales y prestaciones propias del respectivo cargo sin solución de continuidad y según su antigüedad.</p> <p>Artículo 46 45. Entidades Instituciones de Salud del Estado Itinerantes. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán</p>	<p>Se ajusta numeración, nombre y redacción del artículo.</p>
<p>Entidades de Salud del Estado Itinerantes o atención ambulante del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes.</p> <p>Las entidades de salud del Estado Itinerantes o de atención podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la policía nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, además deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por Derecho Internacional Humanitario. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados al programa de Desarrollo con Enfoque Territorial. De PDET y las ZOMAC.</p> <p>Las Instituciones de Salud del Estado - ISE Itinerantes serán financiadas con recursos provenientes de</p>	<p>Entidades las Instituciones de Salud del Estado Itinerantes o atención ambulante del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes requeridos para la atención.</p> <p>Las entidades de salud del Estado Itinerantes o ambulante podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, además deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por Derecho Internacional Humanitario, de acuerdo con lo que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados al programa de Desarrollo con Enfoque Territorial. De (PDET) y las Zonas Más Afectadas por el Conflicto</p>	<p>Se ajusta la numeración del artículo, el texto no tiene cambios.</p>	<p>los fondos territoriales de salud o recursos del Sistema General de Regalías cuando se trate de gastos de inversión.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos para que en el marco de la operación de las Entidades de Salud del Estado Itinerantes, en articulación con ellas, se garantice el transporte multimodal "aéreo, marítimo, fluvial, terrestre" en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso.</p> <p>Artículo 47. Plan Nacional de Equipamiento en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social estructurará un Plan decenal de Equipamiento y dotación en Salud con criterios de equidad regional, con la participación de las Direcciones Territoriales de Salud, quienes deberán presentar los planes de inversión en infraestructura y dotación, en concordancia con los</p>	<p>Armado de Colombia (ZOMAC)</p> <p>Las Instituciones de Salud del Estado - ISE Itinerantes serán financiadas con recursos provenientes de los fondos territoriales de salud o recursos del Sistema General de Regalías cuando se trate de gastos de inversión.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos para que en el marco de la operación de las Entidades Instituciones de Salud del Estado Itinerantes, en articulación con ellas, se garantice el transporte multimodal "(aéreo, marítimo, fluvial, terrestre)" en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso.</p> <p>Artículo 47 46. Plan Nacional de Equipamiento en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social estructurará un Plan decenal de Equipamiento y dotación en Salud con criterios de equidad regional, con la participación de las Direcciones Territoriales de Salud, quienes deberán presentar los planes de inversión en infraestructura y dotación, en concordancia con los planes de desarrollo y</p>	<p>Se ajusta la numeración del artículo, el texto no tiene cambios.</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>planes de desarrollo y ordenamiento territorial y podrán hacer ajustes a dichos planes por contingencias que ameriten una revisión y ajuste, previa verificación de la autoridad competente con observancia de los principios que rigen la contratación estatal. Este plan se financiará con recursos específicos de la ADRES, sin perjuicio de las demás fuentes de financiación con que cuenten los territorios.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social podrá ejecutar los recursos, del Plan Nacional de Equipamiento en Salud, cualquiera que sea su fuente mediante fiducia mercantil con una sociedad fiduciaria de carácter público.</p> <p>En un plazo máximo de seis meses (6) de expedida la siguiente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá hacer público el plan de fortalecimiento de la infraestructura en salud, en relación con el desarrollo e implementación de los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS;</p>	<p>ordenamiento territorial y podrán hacer ajustes a dichos planes por contingencias que ameriten una revisión y ajuste, previa verificación de la autoridad competente con observancia de los principios que rigen la contratación estatal. Este plan se financiará con recursos específicos de la ADRES, sin perjuicio de las demás fuentes de financiación con que cuenten los territorios.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social podrá ejecutar los recursos, del Plan Nacional de Equipamiento en Salud, cualquiera que sea su fuente mediante fiducia mercantil con una sociedad fiduciaria de carácter público.</p> <p>En un plazo máximo de seis meses (6) de expedida la siguiente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá hacer público el plan de fortalecimiento de la infraestructura en salud, en relación con el desarrollo e implementación de los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS; el cual deberá incluir los respectivos mecanismos de seguimiento, auditoría, veeduría de rendición de cuentas.</p>		<p>el cual deberá incluir los respectivos mecanismos de seguimiento, auditoría, veeduría de rendición de cuentas.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud en coordinación con las entidades territoriales de salud, deberán presentar un informe anual sobre la necesidad de inversión en infraestructura, equipamiento y dotación en salud, con el fin de alcanzar la capacidad necesaria para garantizar la prestación de los servicios en salud en los territorios.</p> <p>El presente informe constituirá insumo para la construcción del proyecto de Presupuesto General de la Nación el cual es presentado anualmente ante el Congreso de la República.</p>	<p>Parágrafo. El Ministerio de Salud en coordinación con las entidades territoriales de salud, deberán presentar un informe anual sobre la necesidad de inversión en infraestructura, equipamiento y dotación en salud, con el fin de alcanzar la capacidad necesaria para garantizar la prestación de los servicios en salud en los territorios.</p> <p>El presente informe constituirá insumo para la construcción del proyecto de Presupuesto General de la Nación el cual es presentado anualmente ante el Congreso de la República.</p>	
			<p>CAPÍTULO III. GESTORAS DE SALUD Y VIDA</p>	<p>CAPÍTULO III. GESTORAS DE SALUD Y VIDA</p>	
			<p>Artículo 48. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud</p>	<p>Artículo 48. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta</p>	<p>Se adicionan condiciones para la transformación, en relación a la creación de una nueva persona jurídica.</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años siempre que cumplan las condiciones de permanencia que se les aplica, más aquellas que se le imponen en el periodo de transición previsto en la presente ley.</p> <p>Aquellas EPS que cumplan los requisitos de habilitación y decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida durante los dos años, mencionados en el inciso anterior, deberán observar progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:</p> <ol style="list-style-type: none"> Colaborar en la organización de los Centros de Atención Primaria en Salud conforme a la organización de las redes integrales e integrada de servicios de salud por parte del Ministerio de Salud y Protección Social que serán financiados por la ADRES. Durante los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS deberán efectuar las reformas estatutarias, 	<p>por dos (2) años siempre que cumplan las condiciones de permanencia que se les aplica, más aquellas que se le imponen en el periodo de transición previsto en la presente ley.</p> <p>Aquellas EPS que cumplan los requisitos de habilitación y decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida durante los dos años, mencionados en el inciso anterior, deberán observar progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:</p> <ol style="list-style-type: none"> Colaborar en la organización de los Centros de Atención Primaria en Salud conforme a la organización de las redes integrales e integrada de servicios de salud por parte del Ministerio de Salud y Protección Social que serán financiados por la ADRES. Durante los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS deberán efectuar las reformas estatutarias, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su 		<ol style="list-style-type: none"> Durante el periodo de tiempo que permanezca como EPS, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará, de acuerdo con las capacidades de las ADRES, la implementación del giro directo. Se organizarán progresivamente por territorios para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados. En los mencionados territorios y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los CAPS presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las redes integrales e integradas de servicios de salud que organicen las secretarías 	<p>naturaleza de EGVs, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <ol style="list-style-type: none"> Durante el periodo de tiempo que permanezca como EPS, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará, de acuerdo con las capacidades de las ADRES, la implementación del giro directo. Se organizarán progresivamente por territorios para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados. En los mencionados territorios y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los CAPS presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las redes integrales e integradas de servicios de salud que organicen las secretarías 	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>correspondiente territorio para la gestión en salud.</p> <p>5. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las redes integrales e integradas de servicios de salud que organicen las secretarías departamentales y distritales en coordinación con las gestoras de salud y vida de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. La habilitación y autorización de las RISSS estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>6. Presentar a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 48 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo</p>	<p>departamentales y distritales en coordinación con las gestoras de salud y vida de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. La habilitación y autorización de las RISSS estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>6. Presentar a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 48 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.</p> <p>7. Antes de cumplir los dos años de transición previstos en esta Ley, las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos podrán transformarse en Entidades Gestoras de</p>		<p>deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.</p> <p>7. Antes de cumplir los dos años de transición previstos en esta Ley, las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos podrán transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGSVI), las cuales podrán ser de naturaleza privada o mixta y su conformación, habilitación y funcionamiento estará conforme a las condiciones y plazos señalados en la presente Ley.</p> <p>8. Todas las Entidades Promotoras de Salud tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad.</p> <p>9. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.</p> <p>Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema de</p>	<p>Salud y Vida (EGSVI), las cuales podrán ser de naturaleza privada o mixta y su conformación, habilitación y funcionamiento estará conforme a las condiciones y plazos señalados en la presente Ley.</p> <p>8. Todas las Entidades Promotoras de Salud tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad.</p> <p>9. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.</p> <p>Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema de</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.</p> <p>Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos y gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS, contratados por las Entidades Promotoras de Salud.</p> <p>Parágrafo 1. La transformación de las actuales Entidades Promotoras de Salud EPS en Entidades Gestoras de Salud no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos en que lo reglamente el Gobierno Nacional.</p> <p>Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar los servicios de mediana y alta complejidad para la población</p>	<p>Salud ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos y gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS, contratados por las Entidades Promotoras de Salud.</p> <p>Parágrafo 1. La transformación de las actuales Entidades Promotoras de Salud EPS en Entidades Gestoras de Salud no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos en que lo reglamente el Gobierno Nacional.</p> <p>Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar los servicios de mediana y alta complejidad para la población</p>		<p>pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos en que lo reglamente el Gobierno Nacional.</p> <p>Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar los servicios de mediana y alta complejidad para la población que se les autorice y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical.</p> <p>Parágrafo 3. Las Entidades Gestoras de Salud y Vida que al momento de la expedición de la presente ley presentan integración vertical en la mediana y alta complejidad, tendrán un plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición.</p>	<p>que se les autorice y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical.</p> <p>Parágrafo 3: Una vez cumplidos los requisitos para la transformación de la EPS en Gestora de Salud y Vida, y previa aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, como una alternativa del proceso de disolución, podrán constituir la Gestora de Salud y Vida como una persona jurídica diferente, ya sea de naturaleza privada, mixta o pública según corresponda, para asumir dicho rol, con una Junta Directiva o máximo órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social</p> <p>Parágrafo 3-4. Las Entidades Gestoras de Salud y Vida que al momento de la expedición de la presente ley presentan integración vertical en la mediana y alta complejidad, tendrán un plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición.</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Artículo 49. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	<p><u>Parágrafo 5: Las EPS con participación accionaria del Estado podrán certificar la asunción del pago de sus pasivos y acreencias por parte de la Nación o de la Entidad territorial de su respectiva jurisdicción, como respaldo de cumplimiento de las condiciones de permanencia que se les aplica, necesarias para transformarse en Gestoras de Salud y Vida.</u></p>	<p>Se hacen ajustes sobre el origen de las EPS, la función de auditoría y la función de elaboración de los convenios de desempeño.</p>	<p>Las Gestoras de Salud y Vida contribuirán a la gestión integral del riesgo en salud y operativo en el territorio de salud asignado, para lo cual cumplirán las siguientes funciones de administración:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En coordinación con los CAPS, desarrollar todas las acciones para identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión en salud, incluyendo la población sana. 2. En coordinación con las direcciones Departamentales y Distritales de Salud la conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud para los Territorios de Salud, incluyendo los CAPS, de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. 3. Coordinar la planeación estratégica del desarrollo de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud en coordinación con las 	<p>Las Gestoras de Salud y Vida contribuirán a la gestión integral del riesgo en salud y operativo en el territorio de salud asignado, para lo cual cumplirán las siguientes funciones de administración:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En coordinación con los CAPS, desarrollar todas las acciones para identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión en salud, incluyendo la población sana. 2. En coordinación con las direcciones Departamentales y Distritales de Salud <u>participar en la organización y</u> la conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud para los Territorios de Salud, incluyendo los CAPS, de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. 3. <u>Cooperar en</u> Coordinar la planeación estratégica del desarrollo de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud en coordinación con las 	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>4. Gestionar el riesgo en salud en coordinación con los CAPS desde la Atención Primaria en Salud hasta la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, según la organización de las Redes Integrales e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIISS).</p> <p>5. Establecer los planes de intervención y articular la ejecución de la gestión operativa para responder a la demanda de servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS y a las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.</p> <p>6. Desarrollar modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo que identifiquen patrones de comportamiento para</p>	<p>4. Gestionar el riesgo en salud en coordinación con los CAPS desde la Atención Primaria en Salud hasta la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, según la organización de las Redes Integrales e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIISS).</p> <p>5. Establecer los planes de intervención y articular la ejecución de la gestión operativa para responder a la demanda de servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS y a las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.</p> <p>6. Desarrollar modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo que identifiquen patrones de comportamiento para ajustar las acciones establecidas que</p>		<p>ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo.</p> <p>7. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.</p> <p>8. Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarías departamentales, distritales o quienes hagan sus veces y los CAPS, para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de acuerdo con las RIISS habilitadas y autorizadas 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.</p> <p>9. Ejecutar en coordinación con las direcciones territoriales</p>	<p>enfrenten el nivel de riesgo.</p> <p>7. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.</p> <p>8. Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarías departamentales, distritales o quienes hagan sus veces y los CAPS, para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de acuerdo con las RIISS habilitadas y autorizadas 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.</p> <p>9. Ejecutar en coordinación con las direcciones territoriales</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RISS.</p> <p>10. Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales.</p> <p>11. Entregar informes periódicos del funcionamiento de las Redes.</p> <p>12. Participar en el Consejo Asesor de Planeación y Evaluación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios en Salud.</p> <p>13. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.</p> <p>14. Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los</p>	<p>10. Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales.</p> <p>11. Entregar informes periódicos del funcionamiento de las Redes.</p> <p>12. Participar en el Consejo Asesor de Planeación y Evaluación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios en Salud.</p> <p>13. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.</p> <p>14. Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los</p>		<p>integrantes de la red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud.</p> <p>15. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.</p> <p>16. Garantizar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma</p>	<p>15. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.</p> <p>16. Garantizar Gestionar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.</p> <p>17. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RISS y con el Sistema Público Unificado e Interoperable</p>	
<p>que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.</p> <p>17. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RISS y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud, en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>18. Realizar la auditoría de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las RISS.</p> <p>19. Validar la facturación del componente complementario de las RISS, la cual será remitida a la ADRES para los pagos a que haya lugar.</p> <p>20. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población articulado con el Sistema Público Unificado e</p>	<p>de Información en Salud, en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>18. Realizar la auditoría <u>integral</u> de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las RISS, <u>con sujeción a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio.</u></p> <p>19. Validar la facturación del componente complementario de las RISS, la cual será remitida a la ADRES para los pagos a que haya lugar.</p> <p>20. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población articulado con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud a través del cual interactúen con las personas, asociaciones</p>		<p>Interoperable de Información en Salud a través del cual interactúen con las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, para poder dar soluciones efectivas a las no conformidades manifestadas.</p> <p>21. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>22. Solo podrán operar en los territorios donde hayan tenido autorización como Gestoras de Salud y Vida.</p> <p>23. Realizar la gestión para el pago de las prestaciones económicas.</p> <p>24. Gestionar la atención integral de la salud del usuario.</p> <p>25. <u>En conjunto con la Entidad Territorial establecer los convenios de desempeño con los prestadores de servicios de salud de mediana y alta complejidad, dentro de la Red Integral e Integrada de Servicios</u></p>	<p>de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, para poder dar soluciones efectivas a las no conformidades manifestadas.</p> <p>21. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>22. Solo podrán operar en los territorios donde hayan tenido autorización como Gestoras de Salud y Vida.</p> <p>23. Realizar la gestión para el pago de las prestaciones económicas.</p> <p>24. Gestionar la atención integral de la salud del usuario.</p> <p>25. <u>En conjunto con la Entidad Territorial establecer los convenios de desempeño con los prestadores de servicios de salud de mediana y alta complejidad, dentro de la Red Integral e Integrada de Servicios</u></p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
	<p>de Salud - RIISS correspondiente</p>	
<p>Artículo 50. Transitorio. Dentro de los 60 días hábiles siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Servicios de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud que se encuentren habilitadas para operar en alguno de los dos regímenes de afiliación actuales y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a sus competencias, la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a dicha transformación presentando el proyecto de habilitación o plan de retiro según el caso, y el correspondiente plan de saneamiento, teniendo en cuenta lo siguiente:</p> <p>1. Si la Entidad Promotora de Salud, desea transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar el proyecto de habilitación</p>	<p>Artículo 50. Transitorio. Dentro de los 60 días hábiles siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Servicios de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud que se encuentren habilitadas para operar en alguno de los dos regímenes de afiliación actuales y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a sus competencias, la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a dicha transformación presentando el proyecto de habilitación o plan de retiro voluntario según el caso, y el correspondiente plan de saneamiento, teniendo en cuenta lo siguiente:</p> <p>1. Si la Entidad Promotora de Salud, desea transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar el proyecto de habilitación como Gestora de Salud y Vida.</p>	<p>Se hacen ajustes de redacción y presiones para cada caso de transición.</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>tiempo no superior a 48 meses contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y deberá garantizar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo.</p> <p>Parágrafo 2. Para el respectivo saneamiento se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas técnicas de las Entidades Promotoras de Salud.</p>	<p>artículo. El plan de saneamiento debe tener en cuenta la prelación de pagos previsto en el artículo 12 de la ley 1797 de 2016, considerando que en el primer renglón de prelación deben incluirse las deudas que se tengan con todos los profesionales trabajadores de la salud con independencia de la forma de vinculación.</p> <p>Parágrafo 1. En ambos casos, las Entidades Promotoras de Salud deberán presentar un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 48 meses contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y deberá garantizar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo.</p> <p>Parágrafo 2 1. Para el respectivo saneamiento se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas técnicas de las Entidades Promotoras de Salud.</p> <p>Parágrafo 2 3. Las EPS que presenten el plan de habilitación y saneamiento</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
	<p>como Gestora de Salud y Vida.</p> <p>2. Si la Entidad Promotora de Salud no está interesada en transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar su plan de retiro voluntario.</p>	
<p>En este caso deberá presentar un plan de saneamiento que contemple el pago de la totalidad del pasivo en un tiempo que no podrá ser superior a 48 meses contados a partir de la radicación del plan de retiro o al vencimiento de los 60 días previstos en el presente artículo. El plan de saneamiento debe tener en cuenta la prelación de pagos previsto en el artículo 12 de la ley 1797 de 2016, considerando que en el primer renglón de prelación deben incluirse las deudas que se tengan con todos los profesionales de la salud con independencia de la forma de vinculación.</p> <p>Parágrafo 1. En ambos casos, las Entidades Promotoras de Salud deberán presentar un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un</p>	<p>2. Si la Entidad Promotora de Salud no está interesada en transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar su plan de retiro voluntario.</p> <p>En el caso del numeral uno (1), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento respaldado por una póliza que contemple el pago de la totalidad de los pasivos así como del IBNR, el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 48 meses contados a partir de su aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y tendrán que garantizar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo.</p> <p>En el caso del numeral dos (2) la Entidades Promotoras de Salud tendrá que deberá presentar un plan de saneamiento que contemple el pago de la totalidad del pasivo en un tiempo que no podrá ser superior a 48 meses contados a partir de la radicación del plan de retiro voluntario o al vencimiento de los 60 días previstos en el presente</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Artículo 51. Gobierno Corporativo y Rendición de Cuentas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas</p>	<p>a la entrada en vigencia de la presente ley, observando los parámetros definidos en el artículo 48 de la presente ley, podrán obtener una habilitación transitoria como Gestoras de Salud y Vida siempre y cuando la Superintendencia Nacional de Salud apruebe los mencionados planes y la póliza de que trata el presente artículo. Como consecuencia de ello se suspenderán los requisitos de habilitación financiera que les aplica como EPS, sin perjuicio de lo establecido en el régimen de transición.</p> <p>La Superintendencia Nacional de Salud tendrá hasta 30 días calendario para emitir concepto sobre los planes y el cumplimiento de los parámetros.</p>	<p>Artículo sin cambios</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia. Las Gestoras de Salud y Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma en cuanto a los indicadores de servicio, resultados en salud de su gestión financiera, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia. Las Gestoras de Salud y Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma en cuanto a los indicadores de servicio, resultados en salud de su gestión financiera, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>		<p>población a su cargo referida por los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS. 2. Monitoreo y seguimiento al cumplimiento de los estándares de proceso y resultado aplicables a la prestación de los servicios en salud. 3. Las condiciones de gobierno corporativo, gestión operativa empresarial, indicadores financieros, constitución y administración. 4. Vigilar el uso eficiente de los recursos públicos que se les reconozca.</p>	<p>cargo referida por los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS. 2. Monitoreo y seguimiento al cumplimiento de los estándares de proceso y resultado aplicables a la prestación de los servicios en salud. 3. Las condiciones de gobierno corporativo, gestión operativa empresarial, indicadores financieros, constitución y administración. 4. Vigilar el uso eficiente de los recursos públicos que se les reconozca</p>	
<p>Parágrafo. El Gobierno Nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.</p>	<p>Parágrafo. El Gobierno Nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.</p>		<p>Artículo 53. Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se reconocerá a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el 5% del valor del per cápita asignada para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano adscrita a los CAPS a los cuales la Gestora garantiza la atención, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca al efecto. Además, podrán recibir hasta 3% de incentivos por resultados en la población</p>	<p>Artículo 53. Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se reconocerá a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el 5% del valor del per cápita asignada para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano adscrita a los CAPS a los cuales la Gestora garantiza la atención, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca al efecto. Además, podrán recibir hasta 3% de incentivos por resultados en la población en el artículo 13 de la presente ley.</p>	<p>Artículo sin cambios.</p>
<p>Artículo 52. Inspección, Vigilancia y Control para las Gestoras de Salud y Vida. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá la responsabilidad de hacer la Inspección, Vigilancia y Control del cumplimiento de las funciones a cargo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, lo que incluye:</p>	<p>Artículo 52. Inspección, Vigilancia y Control para las Gestoras de Salud y Vida. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá la responsabilidad de hacer la Inspección, Vigilancia y Control del cumplimiento de las funciones a cargo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, lo que incluye:</p>	<p>Artículo sin cambios</p>			
<p>1. El acceso efectivo a servicios de salud de mediana y alta complejidad para la</p>	<p>1. El acceso efectivo a servicios de salud de mediana y alta complejidad para la población a su</p>				

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>asignada según lo estipulado el artículo 13 de la presente ley.</p>					
<p>Artículo 54. 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, con su médico tratante, dentro de la Institución Prestadora de Salud o Institución de Salud del Estado (ISE) durante al menos seis (6) meses posteriores a su transformación. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas.</p>	<p>Artículo 54 55. 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, con su médico tratante, dentro de la Institución Prestadora de Salud o Institución de Salud del Estado (ISE) durante al menos seis (6) meses posteriores a su transformación. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas.</p>	<p>Se ajusta numeración</p>	<p>de Salud integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones y aportes al Sistema de Salud y al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con los recursos fiscales del orden nacional y territorial. Dichos recursos estarán destinados para la garantía del derecho fundamental a la salud y la solidaridad en beneficio de toda la población, entre generaciones, géneros, empleados y desempleados, sanos y enfermos, población urbana y rural, regiones con distinto nivel de desarrollo y entre personas con alto y bajo ingreso.</p> <p>Los recursos aportados para la salud son imprescriptibles e inembargables, de naturaleza pública y no podrán ser utilizados para fines diferentes a la destinación establecida por las disposiciones legales.</p> <p>Estos recursos estarán sometidos al control de la Contraloría General de la República y demás órganos de control, según sus competencias, y también</p>	<p>Salud integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones y aportes al Sistema de Salud y al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con los recursos fiscales del orden nacional y territorial. Dichos recursos estarán destinados para la garantía del derecho fundamental a la salud y la solidaridad en beneficio de toda la población, entre generaciones, géneros, empleados y desempleados, sanos y enfermos, población urbana y rural, regiones con distinto nivel de desarrollo y entre personas con alto y bajo ingreso.</p> <p>Los recursos aportados para la salud son imprescriptibles e inembargables, de naturaleza pública y no podrán ser utilizados para fines diferentes a la destinación establecida por las disposiciones legales.</p> <p>Estos recursos estarán sometidos al control de la Contraloría General de la República y demás órganos de control, según sus competencias, y también</p>	
<p>TÍTULO IV FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA</p>	<p>TÍTULO IV FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA</p>				
<p>Artículo 55. Definición. El financiamiento del Sistema</p>	<p>Artículo 55. Definición. El financiamiento del Sistema de</p>	<p>Se elimina artículo</p>			

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
estarán sometidos al control social.		
Artículo 56. Cotizaciones y Aportes. Las cotizaciones y aportes son recursos que aportan a la financiación del Sistema de Salud, las contribuciones sobre el salario, los ingresos o la renta de las personas y las empresas, según su condición socioeconómica, denominadas cotizaciones en salud.	Artículo 56 56. Cotizaciones y Aportes. Las cotizaciones y aportes son recursos que aportan a la financiación del Sistema de Salud, las contribuciones sobre el salario, los ingresos o la renta de las personas y las empresas, según su condición socioeconómica, denominadas cotizaciones en salud;	Se ajusta numeración, se realizan ajustes de redacción.
Igualmente financian el sistema de salud los impuestos, transferencias, participaciones, tasas o contribuciones que se destinan o asignan al Sistema de Salud en los diferentes niveles del Estado; así como los presupuestos del orden nacional, departamental, distrital o municipal que se asignen a la salud. También son recursos del sistema de Salud los demás ingresos y pagos que forman parte de la financiación de los servicios de salud.	Igualmente financian el sistema de salud los impuestos, transferencias, participaciones, tasas o contribuciones que se destinan o asignan al Sistema de Salud en los diferentes niveles del Estado; así como los presupuestos del orden nacional, departamental, distrital o municipal que se asignen a la salud. También son recursos del sistema de Salud los demás ingresos y pagos que forman parte de la financiación de los servicios de salud.	
Las cotizaciones constituyen recursos públicos de naturaleza parafiscal, y serán las previstas en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993 y	Las cotizaciones constituyen recursos públicos de naturaleza parafiscal, y serán las previstas en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993 y	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
demás normas que la modifiquen, sustituyan o adicionen, en el entendido que ellas corresponderán al Sistema de Salud, así como el uno punto cinco (1,5) de las cotizaciones de los cotizantes de los regímenes exceptuados y especiales. Los dineros provenientes del recaudo de las cotizaciones en salud constituyen recursos públicos de naturaleza parafiscal.	adicionen, en el entendido que ellas corresponderán al Sistema de Salud, así como el uno punto cinco (1,5) de las cotizaciones de los cotizantes de los regímenes exceptuados y especiales. Los dineros provenientes del recaudo de las cotizaciones en salud constituyen recursos públicos de naturaleza parafiscal.	
Son aportantes al Sistema de Salud las empresas, los rentistas, los trabajadores con relación laboral de cualquier naturaleza, los independientes y los contratistas, y los pensionados. Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus cotizaciones en salud ante los operadores del pago de aportes autorizados y con destino a la Cuenta Única de Recaudo determinada y administrada por la Administradora de Recursos de la Salud, ADRES. Así mismo todos los recursos que hagan parte a la fecha de aprobación de la presente ley de las fuentes que financian la ADRES.	Son aportantes al Sistema de Salud las empresas, los rentistas, los trabajadores con relación laboral de cualquier naturaleza, los independientes y los contratistas, y los pensionados. Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus cotizaciones en salud ante los operadores del pago de aportes autorizados y con destino a la Cuenta Única de Recaudo determinada y administrada por la Administradora de Recursos de la Salud, ADRES. Así mismo todos los recursos que hagan parte a la fecha de aprobación de la presente ley de las fuentes que financian la ADRES.	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
	presente ley de las fuentes que financian la ADRES.	
Artículo 57. 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.	Artículo 57 57. 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.	Se hacen ajustes en la numeración del artículo, quedando con el número 57; se hacen ajustes de redacción.
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	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 personas	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
las Contribuciones Parafiscales en salud, respecto de las personas naturales con ingresos ordinarios no mensualizados o extraordinarios, los omisos e inexactos.	naturales con ingresos ordinarios no mensualizados o extraordinarios, los omisos e inexactos; igualmente, lo podrá hacer respecto a las personas jurídicas.	
Artículo 58. Funciones de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. Para desarrollar el objeto la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud tendrá las siguientes funciones:	Artículo 58 58. Funciones de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - antes Administradora de los Recursos del Sistema de General de Seguridad Social. La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente Ley se denominará "Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES", y tiene por objeto garantizar el adecuado flujo, administración y control de los recursos públicos del Sistema de Salud, ejercerá las siguientes funciones:	Se hace ajuste de numeración del artículo, quedando con el número 58; se incorporan funciones en relación con el recaudo, la realización de ejercicios de analítica sobre el gasto en salud y la publicación de la información para consulta pública.
1. Administrar los recursos del Sistema de salud, de conformidad con lo previsto en la presente ley.	1. Administrar los recursos del Sistema de salud, de conformidad con lo previsto en la presente ley.	
2. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - FONSAET.	2. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - FONSAET.	
3. Realizar los pagos, asumir como pagador único del sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, y adelantar las	3. Realizar los pagos, asumir como pagador único del sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, y adelantar las	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema.</p> <p>4. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud o a las instituciones de que dependan o las operen.</p> <p>5. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas y pagos, en los términos de la presente Ley.</p> <p>6. Realizar el análisis de los recursos gestionados mediante un sistema de información que evidencie anomalías o ineficiencias en el uso de los recursos por servicios o regiones, que permita ajustar el régimen tarifario y de formas de pago.</p> <p>7. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo</p>	<p>1. <u>Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al Fondo Único Público de Salud</u></p> <p>2. Administrar los recursos del <u>Fondo Único Público en Salud, que financian el Sistema de salud</u>, de conformidad con lo previsto en la presente ley.</p> <p>3. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET.</p> <p>4. Realizar los pagos, asumir como pagador único del sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, <u>de naturaleza pública, privada y mixta</u> y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema.</p> <p>5. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención</p>		<p>efecto deberá contratar las auditorías integrales que corresponda.</p> <p>8. Administrar la información propia de sus operaciones financieras a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p> <p>9. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.</p> <p>10. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS).</p> <p>11. Gestionar la Cuenta Única de Recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente Ley.</p> <p>12. Garantizar el flujo oportuno de recursos del sistema de salud</p>	<p>Primaria en Salud o a las instituciones de que dependan o las operen.</p> <p>6. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas, y pagos, y <u>transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema</u>, en los términos de la presente Ley.</p> <p>7. Realizar el análisis de los recursos gestionados mediante un sistema de información que evidencie anomalías o ineficiencias en el uso de los recursos por servicios o regiones, que permita ajustar el régimen tarifario y de formas de pago.</p> <p>7. <u>Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para</u></p>	
<p>a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles.</p> <p>13. Garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.</p> <p>14. Realizar las actividades necesarias para garantizar, la gestión de los recursos, el sistema de pagos y la auditoría de las cuentas, entre otros procesos. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública ley 80 de 1993. Los recursos del sistema destinados a garantizar los servicios de salud seguirán siendo administrados bajo el régimen privado.</p>	<p><u>retroalimentar el régimen de tarifas y formas de pago, con el fin de garantizar el control del riesgo financiero y la sostenibilidad del sistema</u></p> <p>8. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto <u>deberá podrá</u> contratar las auditorías integrales que corresponda.</p> <p>9. Administrar la información propia de sus operaciones financieras a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p> <p>10. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.</p> <p>11. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin</p>		<p>15. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.</p> <p>16. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el SOAT y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.</p> <p>17. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas financieras en salud, incluidas las Gestoras de Salud y Vida, diferentes a las realizadas en el marco de sus funciones como Gestoras.</p> <p>18. Diseñar e implementar un</p>	<p>situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) <u>para lo cual podrá solicitar información a los entes territoriales y otros agentes</u></p> <p>12. Gestionar la Cuenta Única de Recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente Ley.</p> <p>12. Garantizar el flujo oportuno de recursos del sistema de salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles.</p> <p>13. <u>Hacer públicas todas las transacciones y reconocimiento del sector salud para</u> Garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.</p> <p>14. Realizar las actividades de <u>gestión administrativa</u> necesarias para garantizar, la</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>modelo de seguimiento y evaluación del Sistema integral de administración de riesgos financieros en salud, que garanticen la sostenibilidad financiera del sistema de salud.</p> <p>19. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos.</p> <p>20. Establecerá en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.</p> <p>21. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud de acuerdo con las validaciones que</p>	<p><u>administración del Fondo Único Público</u> la gestión de los recursos, el sistema de pagos y la auditoría de las cuentas, entre otros procesos. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública ley 80 de 1993. Los recursos <u>administrados</u> del <u>Fondo Único Público</u> sistema destinaos a garantizar los servicios de salud seguirán siendo administrados bajo el régimen privado.</p> <p>15. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.</p> <p>16. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud</p>		<p>realicen las Gestoras de Salud y Vida para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población afiliada.</p> <p>22. Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud, talento humano en salud y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos.</p> <p>Parágrafo 1. Dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en conjunto con la ADRES, reglamentarán y definirán el Plan de Inversiones necesario para el fortalecimiento de la Administradora con el fin de que pueda desarrollar las funciones asignadas.</p>	<p>prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el SOAT y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.</p> <p>17. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y <u>de cuentas</u> financieras en salud, incluidas <u>auditorías de segundo piso sobre la auditoría</u> de las Gestoras de Salud y Vida, diferentes a las realizadas en el marco de sus funciones como Gestoras.</p> <p>18. Diseñar e implementar <u>Desarrollar</u> un modelo de seguimiento y evaluación del <u>gasto del Sistema de salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para integral</u> de</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Parágrafo 2. Gobierno Corporativo y Rendición de Cuentas: El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la ADRES. La ADRES deberá realizar audiencias de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma en cuanto a las funciones de este artículo, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley reglamentará y definirá junto con la ADRES el plan de inversiones necesario para garantizar que, en plazo máximo de 3 años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, la ADRES cuente con la capacidad operativa para asumir las funciones asignadas.</p>	<p><u>administración de riesgos financieros en salud, que garanticen la sostenibilidad financiera</u> del sistema de salud.</p> <p>19. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos.</p> <p>20. Establecerá en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.</p> <p>21. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud de acuerdo con las <u>validaciones auditorías</u> que realicen las Gestoras de Salud y Vida para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población afiliada.</p>			<p>22. Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud, talento humano en salud y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos.</p> <p>22. <u>Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo.</u></p> <p>23. <u>Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión que el Ministerio de Salud y Protección Social ordene.</u></p> <p>24. <u>Diseñar mecanismos financieros y de crédito para contribuir a la liquidez de las instituciones prestadores de servicios del sector salud, siempre que se cumplan los criterios de respaldo en el monto y la frecuencia de los pagos</u></p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
	<p><u>realizados por la ADRES a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos.</u></p> <p><u>Parágrafo 1. Todas las referencias legales vigentes relacionadas con la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se entienden referidas a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud – ADRES.</u></p> <p><u>Parágrafo 4 2. Dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en conjunto con la ADRES reglamentarán y definirán el Plan de Inversiones Fortalecimiento Institucional necesario para el fortalecimiento incrementar la capacidad de gestión de la Administradora con el fin de que pueda desarrollar las funciones asignadas.</u></p> <p><u>Parágrafo 2 3. Gobierno Corporativo y Rendición de</u></p>			<p>Cuentas: El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la ADRES. La ADRES deberá realizar audiencias de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma en cuanto a las funciones de este artículo, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Parágrafo 3 4. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley reglamentará y definirá junto con la ADRES el plan de inversiones necesario para garantizar que en plazo máximo de 3 años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, la ADRES cuente con la capacidad operativa para asumir las funciones asignadas.</p>	
			<p>Artículo 59. Cuenta de recaudo de cotizaciones y aportes. La ADRES constituirá una cuenta bancaria para el recaudo de los aportes de cotizaciones en salud en todo el país, incluidos los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados</p>	<p>Artículo 59. Cuenta de recaudo de cotizaciones y aportes. La ADRES constituirá una cuenta bancaria para el recaudo de los aportes de cotizaciones en salud en todo el país, incluidos los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001 que se denominará "Cuenta Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR)". Esta cuenta contará con un mecanismo de registro de tipo electrónico y con un sistema único de identificación de cotizantes, basado en el documento de identificación, según corresponda.</p>	<p>especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001 que se denominará "Cuenta Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR)". Esta cuenta contará con un mecanismo de registro de tipo electrónico y con un sistema único de identificación de cotizantes, basado en el documento de identificación, según corresponda.</p>		<p>y de "Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria".</p>	<p>competentes en la vigilancia de los recursos públicos.</p>	
<p>Artículo 60. Fondo Único Público de Salud. Los recursos administrados por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud - ADRES serán manejados como un Fondo Único Público de Salud, que se crea en la presente ley, sin personería jurídica ni planta de personal propia, el cual tendrá dos cuentas independientes, y con los demás recursos del Sistema de Salud se hará unidad de caja en el Fondo. La inspección, vigilancia y control será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos. Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud son las de "Atención Primaria Integral en Salud",</p>	<p>Artículo 60. 61 Fondo Único Público de Salud. Los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud, serán administrados por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud - ADRES y serán manejados como un Fondo Único Público de Salud, que se crea en la presente ley, sin personería jurídica ni planta de personal propia, el cual tendrá dos cuentas independientes, y con los demás recursos del Sistema de Salud se hará unidad de caja en el Fondo. La inspección, vigilancia y control será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades</p>	<p>Se ajusta numeración, Se hace un ajuste de redacción</p>	<p>Los recursos de las cuentas de que trata el presente artículo no harán unidad de caja con los demás recursos del Fondo, pero sus excedentes podrán ser reasignados atendiendo las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones y los provenientes de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social en salud. Dicha reasignación será ordenada por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud son las de "Atención Primaria Integral en Salud", y de "Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria". Los recursos de las cuentas de que trata el presente artículo no harán unidad de caja con los demás recursos del Fondo, pero sus excedentes podrán ser reasignados atendiendo las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones y los provenientes de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social en salud. Dicha reasignación será ordenada por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	
			<p>Artículo 61. Cuenta de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud. La Cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud integra los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria integral y resolutiva en salud, los recursos del aporte de solidaridad de los</p>	<p>Artículo 64. 62. Cuenta de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud. La Cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud integra los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria integral y resolutiva en salud, los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, los recursos del Sistema</p>	<p>Se ajusta numeración, Se ajusta mención a Atención Primaria Integral</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>cotizantes, los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a los distritos y municipios, los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la ADRES.</p> <p>Estos recursos se destinarán a financiar los servicios de atención primaria, soluciones de transporte y dotación de los equipos extramurales, la atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, y los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Artículo 62. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria integra las siguientes fuentes de recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y distritos que cumplen las funciones de prestación de</p>	<p>General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a los distritos y municipios, los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la ADRES.</p> <p>Estos recursos se destinarán a financiar los servicios de atención primaria, soluciones de transporte y dotación de los equipos extramurales, la atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, y los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Artículo 62. 63 Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria integra las siguientes fuentes de recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos; los recursos</p>	<p>Se ajusta numeración Artículo sin cambios en el texto</p>	<p>servicios de los departamentos; los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la ADRES; los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos; los recursos correspondientes a las rentas cedidas; los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos; y los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud con cargo a esta cuenta, entre otros recursos.</p> <p>Estos recursos se destinarán a los siguientes usos: al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformarán en Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformarán en Instituciones de Salud del</p>	<p>de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la ADRES; los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos; los recursos correspondientes a las rentas cedidas; los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos; y los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud con cargo a esta cuenta, entre otros recursos.</p> <p>Estos recursos se destinarán a los siguientes usos: al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformarán en Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformarán en Instituciones de Salud del</p>	<p>de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la ADRES; los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos; los recursos correspondientes a las rentas cedidas; los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos; y los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud con cargo a esta cuenta, entre otros recursos.</p> <p>Estos recursos se destinarán a los siguientes usos: al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformarán en Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformarán en Instituciones de Salud del</p>
<p>Estado, al fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento, al funcionamiento de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado de los departamentos y distritos, y al pago de los servicios de esta red de atención de urgencias y transporte medicalizado, y al pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad.</p> <p>Artículo 63. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. Los demás recursos que financian el sistema de salud y que están integrados en el Fondo Único Público de Salud, harán unidad de caja y deberán presupuestarse por conceptos, entre otros, para los siguientes usos:</p> <p>1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública,</p>	<p>transporte medicalizado de los departamentos y distritos, y al pago de los servicios de esta red de atención de urgencias y transporte medicalizado, y al pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad.</p> <p>Artículo 63–64. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. Los demás recursos que financian el sistema de salud y que están integrados en el Fondo Único Público de Salud, harán unidad de caja y deberán presupuestarse por conceptos, entre otros, para los siguientes usos:</p> <p>1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que</p>	<p>Se ajusta numeración y redacción.</p>	<p>privada y mixta, que harán parte de la red de servicios en cada región.</p> <p>2. El pago de las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad.</p> <p>3. El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo.</p> <p>4. El financiamiento de los programas de formación e investigación en salud.</p> <p>5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.</p> <p>6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que, a la entrada en vigencia de la presente ley, se deban reconocer por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras.</p> <p>7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.</p>	<p>harán parte de la red de servicios en cada región.</p> <p>2. El pago de las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad.</p> <p>3. El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo.</p> <p>4. El financiamiento de los programas de formación e investigación en salud.</p> <p>5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.</p> <p>6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que, a la entrada en vigencia de la presente ley, se deban reconocer por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras.</p> <p>7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.</p> <p><u>Estos recursos harán unidad de caja, excepto los presupuestados para el fondo para la atención de catástrofes y epidemias.</u></p>	<p>harán parte de la red de servicios en cada región.</p> <p>2. El pago de las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad.</p> <p>3. El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo.</p> <p>4. El financiamiento de los programas de formación e investigación en salud.</p> <p>5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.</p> <p>6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que, a la entrada en vigencia de la presente ley, se deban reconocer por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras.</p> <p>7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.</p> <p><u>Estos recursos harán unidad de caja, excepto los presupuestados para el fondo para la atención de catástrofes y epidemias.</u></p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Artículo 64. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. A la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud-ADRES le corresponde administrar los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud, los cuales se integrarán en un Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, entre otros, los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional. 2. Los recursos provenientes de las cotizaciones para el aseguramiento social en salud correspondientes a salarios de los empleados o trabajadores dependientes, ingresos de los pensionados e ingresos de los 	<p>Artículo 64 59. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. A la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud-ADRES le corresponde administrar los recursos del a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud, los cuales se integrarán en un Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, entre otros, los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional. 2. Los recursos provenientes de las cotizaciones para el aseguramiento social en salud correspondientes a salarios de los empleados o trabajadores dependientes, ingresos de los pensionados e ingresos de los trabajadores por cuenta propia o trabajadores 	<p>Se reubica artículo dentro del mismo título, quedando con el número 59, se hacen ajustes de redacción.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001. 4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos por los obligados. 5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinado a financiar el sistema de salud. 6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales. 7. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a las entidades territoriales. 8. Los recursos de propiedad de las 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001. 4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos por los obligados. 5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinado a financiar el sistema de salud. 6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales. 7. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a las entidades territoriales. 8. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, 	
<p>entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la ADRES.</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos provenientes de las rentas cedidas que, a la vigencia de la presente ley, deben ser girados a la ADRES. 10. Los recursos propios de las entidades territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente ley, deben ser girados a la ADRES. 11. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales del FONPET, correspondientes a excedentes o desahorro. 12. Los rendimientos correspondientes a excedentes o desahorro. 13. Los recursos de FONSAET 14. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el 	<p>recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la ADRES.</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos provenientes de las rentas cedidas que, a la vigencia de la presente ley, deben ser girados a la ADRES. 10. Los recursos propios de las entidades territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente ley, deben ser girados a la ADRES. 11. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales del FONPET, correspondientes a excedentes o desahorro. 12. Los rendimientos financieros. 13. Los recursos de FONSAET 14. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del sistema de salud. 		<p>financiamiento del sistema de salud.</p> <p>Artículo 65. Destinación de los recursos administrados por la ADRES. Los recursos administrados por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES serán destinados a lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La financiación de los servicios de atención primaria que comprende la atención básica en salud, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y la operación de los equipos territoriales de salud. 2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales. 3. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley. 	<p>Artículo 65 60. Destinación de los recursos administrados por la ADRES. Los recursos administrados por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES serán destinados a lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La financiación de los servicios de atención primaria que comprende la atención básica en salud, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y la operación de los equipos territoriales de salud. 2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales. 3. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley. 4. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. 5. El funcionamiento y sostenibilidad de las 	<p>Se reubica artículo dentro del mismo Título, quedando con el número 60, se introducen responsabilidades sobre el pago de incapacidades y pago de otras responsabilidades.</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>4. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>5. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>6. El saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.</p> <p>7. El fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento.</p> <p>8. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta.</p> <p>9. El funcionamiento, en departamentos y distritos, de la red de atención de urgencias, el transporte medicalizado de pacientes,</p>	<p>Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>6. El saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.</p> <p>7. El fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento.</p> <p>8. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud proveedor de naturaleza pública, privada y mixta.</p> <p>9. El funcionamiento, en departamentos y distritos, de la red de atención de urgencias, el transporte medicalizado de pacientes, interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo y de los laboratorios de salud pública.</p> <p>10. Pago de los servicios de la red de atención de</p>		<p>interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo y de los laboratorios de salud pública.</p> <p>10. Pago de los servicios de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.</p> <p>11. Pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad, los CAPS y las gestoras de salud y vida.</p> <p>12. La formación del talento humano en salud.</p> <p>13. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad.</p> <p>14. El pago de las obligaciones derivadas de los recursos con destinación específica que, a la vigencia de la presente Ley, la</p>	<p>urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.</p> <p>11. Pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad, los CAPS y las gestoras de salud y vida.</p> <p>12. La formación del talento humano en salud.</p> <p>13. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad.</p> <p>14. El pago de las obligaciones derivadas de los recursos con destinación específica que, a la vigencia de la presente Ley, la ADRES debe girar o pagar.</p> <p>15. El pago por los gastos de administración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.</p> <p>16. <u>El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres gestantes no cotizante</u></p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>ADRES debe girar o pagar.</p> <p>15. El pago por los gastos de administración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.</p> <p>16. El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a la implementación de lo concerniente a este tema el cual está contenido en el punto 1 del Acuerdo de Paz, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz.</p>	<p>17. <u>El pago de la atención de pacientes lesionados en accidentes de tránsito por vehículos sin póliza SOAT o no identificados, así como el pago en exceso de las aseguradoras del SOAT de tarifa reducida.</u></p> <p>18. El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a la implementación de lo concerniente a este tema <u>propósito</u> el cual está contenido en el punto 1 del Acuerdo de Paz, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz.</p> <p>19. <u>El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemia, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.</u></p>		<p>Artículo 66. Reserva Técnica del Estado para garantizar el giro directo. Con el objetivo de contar con una provisión del gasto por servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) constituirá y administrará una reserva técnica con base en lo establecido por el Gobierno Nacional en la materia.</p> <p>Artículo 67. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que necesita una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud en sitios diferentes de donde reside y su condición socioeconómica le impide</p>	<p>20. <u>El pago de recursos de inversión que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la ADRES su adquisición o contratación.</u></p> <p>21. <u>El pago de las obligaciones que surjan de resoluciones judiciales.</u></p> <p>Artículo 66. Reserva Técnica del Estado para garantizar el giro directo. Con el objetivo de contar con una provisión del gasto por servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) constituirá y administrará una reserva técnica con base en lo establecido por el Gobierno Nacional en la materia.</p> <p>Artículo 67. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que necesita una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud en sitios diferentes de donde reside y su condición socioeconómica le impide</p>	<p>Se elimina artículo</p> <p>Se ajusta numeración del artículo, quedando con el número 71; adicionalmente se hacen ajustes de redacción para dar claridad sobre el alcance y contenido de los servicios sociales complementarios.</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>proporcionárselos por sí misma. Entre otros, son servicios de transporte, hospedaje, acompañantes y cuidados crónicos de enfermería en casa. El Gobierno Nacional determinará la forma en que se asumen los servicios sociales, su fuente para financiarlos y su cobertura poblacional, geográfica de servicios, priorizando los departamentos que presenten altos índices de pobreza multidimensional.</p> <p>Parágrafo. Para los pacientes que, por condiciones de salud son trasladados y/o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallecen, el gobierno nacional determinará la forma en que serán asumidos los servicios del transporte para el traslado del cadáver, responsable y fuente de financiación; con el fin de que retorne a su lugar de origen (población indígena, negra, raizal, estrato 1) que no tengan pago servicio funerario.</p>	<p>servicios de transporte, hospedaje, acompañantes y cuidados crónicos de enfermería en casa. El Gobierno Nacional determinará la forma en que se asumen los servicios sociales, las su fuentes para financiarlos, la población que recibe el servicio y su cobertura poblacional, geográfica de servicios, priorizando los departamentos que presenten altos índices de pobreza multidimensional.</p> <p>Parágrafo. Para los pacientes que, por condiciones de salud son trasladados y/o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallecen, el gobierno nacional determinará la forma en que serán asumidos los servicios del transporte para el traslado del cadáver, responsable y fuente de financiación; con el fin de que retorne a su lugar de origen (población indígena, negra, raizal, estrato 1) que no tengan pago servicio funerario.</p>	<p>Se reubica artículo dentro de título II, se ajusta numeración quedando</p>	<p>atendiendo los Territorios de Gestión de Salud definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de forma que, al interior de las mismas, se logre el mayor nivel de autosuficiencia en la prestación de los servicios en red que no logra cada departamento aisladamente y se incentive un sano desarrollo de la oferta de servicios en salud a través de las redes integrales e integradas de servicios de salud. Los departamentos y distritos deberán tener en cuenta en sus agrupaciones el criterio de cooperación con los municipios con mayores índices de pobreza multidimensional.</p>	<p>Territorios de Gestión de Salud definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de forma que, al interior de las mismas, se logre el mayor nivel de autosuficiencia en la prestación de los servicios en red que no logra cada departamento aisladamente y se incentive un sano desarrollo de la oferta de servicios en salud a través de las redes integrales e integradas de servicios de salud. Los departamentos y distritos deberán tener en cuenta en sus agrupaciones el criterio de cooperación con los municipios con mayores índices de pobreza multidimensional.</p>	<p>con el número 8; no tiene cambios en el texto. La reubicación obedece a que hace referencia a la territorialización.</p>
<p>Artículo 68. Nivel Regional. La agrupación de los departamentos y distritos se efectuará</p>	<p>Artículo 68 §. Nivel Regional. La agrupación de los departamentos y distritos se efectuará atendiendo los</p>	<p>Se reubica artículo dentro de título II, se ajusta numeración quedando</p>	<p>Artículo 69. Autorización de pago de servicios. La Administradora de Recursos para la Salud ADRES, autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la red integral e integrada de servicios de salud de la región, según el régimen de tarifas y formas de pago que fije el Gobierno Nacional para el sistema de salud y</p>	<p>Artículo 69. Autorización de pago de servicios. La Administradora de Recursos para la Salud ADRES, autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la red integral e integrada de servicios de salud de la región, según el régimen de tarifas y formas de pago que fije el Gobierno Nacional Ministerio de Salud y Protección Social en</p>	<p>Se reubica artículo, se ajusta, se hacen ajustes de redacción sobre las auditorías realizadas por la ADRES.</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>los acuerdos de voluntades. El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regular el uso y costos de los recursos públicos del sistema de salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas.</p> <p>La ADRES llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados y del gasto en salud en cada</p>	<p>coordinación con la ADRES para el sistema de salud y los acuerdos de desempeño voluntades.</p> <p>El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regular el uso y costos de los recursos públicos del sistema de salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas.</p> <p>La ADRES llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados y del gasto en salud en cada</p>	<p></p>	<p>territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.</p> <p>Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo. El Sistema Público unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS, contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas, en tiempo real.</p> <p>Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p>	<p>territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.</p> <p>Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos; los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo. El Sistema Público unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS, contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas, en tiempo real.</p> <p>Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p>	<p></p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Interoperable de Información en Salud.</p> <p>Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías de las facturas presentadas por los integrantes de las Redes Integrales de Salud, que certificarán ante la ADRES el cumplimiento para el pago.</p> <p>La ADRES, dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia de Salud para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias, a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la red integral e integrada de servicios de salud. Sus informes se gestionarán a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p> <p>De encontrarse irregularidades continuadas en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o</p>	<p>Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías de las facturas presentadas por los integrantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, que certificarán ante la ADRES el cumplimiento para el pago.</p> <p>La ADRES, dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias, o dirigidas a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la red integral e integrada de servicios de salud, de acuerdo con las tendencias de gasto identificadas. Sus informes se gestionarán serán dispuestos a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud para su consulta.</p> <p>De encontrarse irregularidades continuadas en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta,</p>		<p>mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud a través del Sistema Público Unificado e Interoperable Información en Salud, las cuales podrán exigir a las Coordinaciones Departamentales de la Red la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución.</p> <p>Parágrafo. El Gobierno Nacional establecerá mecanismos para que la facturación electrónica por prestación de servicio de salud sea informada a la ADRES para efectos de llevar un control sobre el orden de los pagos y la resolución de las glosas.</p> <p>Artículo 70. Gestión de cuentas por prestación de servicios de salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados a la instancia de la Administradora de Recursos para la Salud ADRES que corresponda, el cual pagará mínimo el 85% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, y el pago del porcentaje restante estará</p>	<p>se informará a las Direcciones Territoriales de Salud a través del Sistema Público Unificado e Interoperable Información en Salud, las cuales podrán exigir a las Coordinaciones Departamentales de la Red la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución.</p> <p>Parágrafo. El Gobierno Nacional establecerá mecanismos para que la facturación electrónica por prestación de servicio de salud sea informada a la ADRES para efectos de llevar un control sobre el orden de los pagos y la resolución de las glosas</p>	<p>Se introducen precisiones técnicas sobre el proceso de pago y glosas-</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>sujeito a la revisión y auditoría de las cuentas, cuyo pago, si no se encuentran inconsistencias en la auditoría, no deberá superar los 90 días calendario a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría.</p> <p>Artículo 71. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad y paternidad y por incapacidad derivada de una enfermedad general.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente Ley.</p>	<p>de las cuentas, cuyo pago, si no se encuentran inconsistencias en la auditoría, no deberá superar los 90 días calendario a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría.</p> <p>En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación de la auditoría, la ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes.</p> <p>Artículo 74. 72 Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad y paternidad y por incapacidad derivada de una enfermedad general.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente Ley.</p>	<p>Se ajusta numeración, no se hacen cambios en el texto.</p>	<p>Las mujeres y personas gestantes no cotizantes recibirán prestación económica equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta prestación alcanzará, de manera progresiva, el mismo tiempo estipulado para las licencias de maternidad de la población cotizante.</p> <p>El procedimiento administrativo de auditoría y revisión de documentos soportes realizado por las Gestoras de Salud y Vida, no podrá exceder los treinta (30) días calendario, y la ADRES realizará el pago efectivo de dichas prestaciones económicas en un máximo de ocho (8) días hábiles contados a partir de la aprobación.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES reglamentarán el aumento progresivo de semanas hasta alcanzar el tiempo máximo estipulado en el 2026.</p> <p>Parágrafo 2. El sistema de salud deberá garantizar el</p>	<p>Las mujeres y personas gestantes no cotizantes recibirán prestación económica equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta prestación alcanzará, de manera progresiva, el mismo tiempo estipulado para las licencias de maternidad de la población cotizante.</p> <p>El procedimiento administrativo de auditoría y revisión de documentos soportes realizado por las Gestoras de Salud y Vida, no podrá exceder los treinta (30) días calendario, y la ADRES realizará el pago efectivo de dichas prestaciones económicas en un máximo de ocho (8) días hábiles contados a partir de la aprobación.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES reglamentarán el aumento progresivo de semanas hasta alcanzar el tiempo máximo estipulado en el 2026.</p> <p>Parágrafo 2. El sistema de salud deberá garantizar el</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>adecuado control prenatal a todas las mujeres y personas gestantes, eliminando las barreras de acceso a los servicios y procurando la corresponsabilidad de las mismas para la protección de la vida y la salud.</p>	<p>gestantes, eliminando las barreras de acceso a los servicios y procurando la corresponsabilidad de las mismas para la protección de la vida y la salud.</p>		<p>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 se constituirán tomando como referencia asentamientos poblacionales de acuerdo con las características y necesidades del territorio.</p>	<p>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 se constituirán tomando como referencia asentamientos poblacionales de acuerdo con las características y necesidades del territorio.</p>	
<p>Artículo 72. Recursos de las entidades territoriales. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la operación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – APIRS y determinará las condiciones para la ejecución municipal y distrital de los recursos destinados a la misma. Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – APIRS se podrán destinar los recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.</p>	<p>Artículo 72 65. Recursos de las entidades territoriales. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la operación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – APIRS y determinará las condiciones para la ejecución municipal y distrital de los recursos destinados a la misma. Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – APIRS se podrán destinar los recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.</p>	<p>Se ajusta numeración de artículo, quedando con el 65, se ajusta mención a la APS.</p>	<p>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, 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.</p>	<p>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, 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.</p>	<p>Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación deberán establecer los</p>
<p>Artículo 73. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales de Salud constituirán Unidades</p>	<p>Artículo 73 26. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales de Salud constituirán Unidades Zonales de</p>	<p>Se reubica artículo dentro del Título II, quedando con el número 26. Se introduce mención a acuerdos de desempeño necesarios a realizar</p>			
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación contarán con profesionales expertos en salud pública, administración de salud, saneamiento ambiental, información y sistemas, para asesorar el diseño y formulación de los planes de salud municipales y los correspondientes presupuestos de los Fondos Municipales de salud en su área de influencia.</p>	<p><u>convenios de desempeño con los Centros de Atención Primaria – CAPS que conforman el nivel primario de la correspondiente Red Integral e Integrada de Servicios de Salud de su área de influencia, mediante la Dirección Departamental o Distrital de Salud correspondiente.</u></p>		<p>reglamentación que expida el ministerio de salud protección social.</p>	<p>el proceso gradual de formalización laboral en las direcciones territoriales de salud de estas entidades, se destinará hasta el 1% del presupuesto asignado por la ADRES, del valor anual calculado para cubrir la atención en salud de la población, en cada entidad territorial según reglamentación que expida el ministerio de salud protección social.</p>	
<p>Parágrafo. Para financiar las unidades zonales de planeación y evaluación en salud, así como el financiamiento de los planes de mejoramiento institucional de las direcciones territoriales de salud de departamentos y distritos, lo que deberá incluir el fortalecimiento de los laboratorios departamentales y distritales de salud pública y el proceso gradual de formalización laboral en las direcciones territoriales de salud de estas entidades, se destinará hasta el 1 % del presupuesto asignado por la ADRES, del valor anual calculado para cubrir la atención en salud de la población, en cada entidad territorial según</p>	<p>Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación contarán con profesionales expertos en salud pública, administración de salud, saneamiento ambiental, información y sistemas, para asesorar el diseño y formulación de los planes de salud municipales y los correspondientes presupuestos de los Fondos Municipales de salud en su área de influencia. Parágrafo. Para financiar las unidades zonales de planeación y evaluación en salud, así como el financiamiento de los planes de mejoramiento institucional de las direcciones territoriales de salud de departamentos y distritos, lo que deberá incluir el fortalecimiento de los laboratorios departamentales y distritales de salud pública y</p>		<p>Artículo 74. Carácter de los informes de las instancias y órganos del Sistema de Salud. Los informes que se generen por parte de las instituciones y Consejos del Sistema de Salud deben ajustarse a los plazos específicos que cada uno de sus indicadores determine, el tipo de información analizada y la materia objeto de revisión y estudio, reconociendo el tipo de evaluaciones que se requieren, discriminando los componentes e indicadores. En la ley para la asignación de recursos del Sistema de Salud, la medición de resultados debe ser anual, incluido el informe público sobre ingresos y gastos por cada unidad territorial.</p>	<p>Artículo 74. Carácter de los informes de las instancias y órganos del Sistema de Salud. Los informes que se generen por parte de las instituciones y Consejos del Sistema de Salud deben ajustarse a los plazos específicos que cada uno de sus indicadores determine, el tipo de información analizada y la materia objeto de revisión y estudio, reconociendo el tipo de evaluaciones que se requieren, discriminando los componentes e indicadores. En la ley para la asignación de recursos del Sistema de Salud, la medición de resultados debe ser anual, incluido el informe público sobre ingresos y gastos por cada unidad territorial.</p>	<p>Se elimina artículo</p>

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
<p>La periodicidad de los informes no definidos en la presente Ley se establecerá por medio de reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando un procedimiento de rendición de cuentas por cada vigencia fiscal e información oportuna para la planificación y el acceso a la ciudadanía.</p> <p>Para cumplir con su obligación de generar informes, las instancias y órganos del Sistema de Salud estarán conectados permanentemente al Sistema Público Único Integrado de Información en Salud - SPUIS, que es abierto, transparente y accesible, con la información disponible en línea para todos los interesados.</p>	<p>La periodicidad de los informes no definidos en la presente Ley se establecerá por medio de reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando un procedimiento de rendición de cuentas por cada vigencia fiscal e información oportuna para la planificación y el acceso a la ciudadanía.</p> <p>Para cumplir con su obligación de generar informes, las instancias y órganos del Sistema de Salud estarán conectados permanentemente al Sistema Público Único Integrado de Información en Salud - SPUIS, que es abierto, transparente y accesible, con la información disponible en línea para todos los interesados.</p>	
<p>Artículo 75. Acreencias de las EPS. Las acreencias que las EPS liquidadas han dejado con las Empresas Sociales del Estado serán pagadas gradualmente, con vigencias futuras acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p>	<p>Artículo 75 73. Acreencias de las EPS. Las acreencias que las EPS liquidadas han dejado con las Empresas Sociales del Estado serán pagadas gradualmente, con vigencias futuras <u>apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación</u> acordadas con el</p>	<p>Se ajusta numeración, quedando con el número 73, se hace claridad sobre la fuente de financiamiento para el pago de acreencias.</p>

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
<p>En todos los casos se garantizará el pago de la remuneración al talento humano en salud que los prestadores adeuden con los profesionales sanitarios al momento de la cancelación de las deudas, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.</p>	<p>Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>En todos los casos se garantizará el pago de la remuneración al talento humano en salud que los prestadores adeuden con los profesionales sanitarios trabajadores de la salud al momento de la cancelación de las deudas, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.</p>	
<p>TITULO V SISTEMA PÚBLICO UNIFICADO E INTEROPERABLE DE INFORMACIÓN EN SALUD</p>	<p>TITULO V SISTEMA PÚBLICO UNIFICADO E INTEROPERABLE DE INFORMACIÓN EN SALUD</p>	
<p>Artículo 76. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. Se estructurará a partir de los sistemas de información disponibles, y desarrollando los necesarios con que no se cuenta, para integrar el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIS, que permita la toma de decisiones en todos los niveles e instancias, los datos abiertos para la gestión integral del sistema de salud y la rendición de</p>	<p>Artículo 76 75. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. Se <u>diseñará, desarrollará e implementará</u> el <u>estructurará</u> a partir de los sistemas de información disponibles, y desarrollando los necesarios con que no se cuenta, para integrar el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIS <u>para garantizar acceso transparente, en línea y en tiempo real de las transacciones en salud y administrativas por parte de</u></p>	<p>Se ajusta numeración del artículo, quedando con el 75, se integran contenidos que estaba en el artículo "Características del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud"</p>

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
<p>cuentas. Se garantizará asignación presupuestal específica para el funcionamiento operativo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIS, cuyos criterios de funcionamiento, accesibilidad e interoperabilidad serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p><u>cada actor del sistema de salud, según sus responsabilidades operativas o estratégicas, en el orden nacional, territorial e institucional. La incorporación de la información al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud tanto administrativa como asistencial serán obligatoria para todos los integrantes del sistema de salud</u>, que permita la toma de decisiones en todos los niveles e instancias, los datos abiertos para la gestión integral del sistema de salud y la rendición de cuentas. Se garantizará asignación presupuestal específica para el funcionamiento operativo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIS, cuyos criterios de funcionamiento, accesibilidad e interoperabilidad serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	
<p>Dicho sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en temas de conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país, y de manera conjunta con el sector salud, garantizando su implementación progresiva e interoperabilidad.</p> <p>Parágrafo. El SPUIS se desarrollará en armonía y sin perjuicio de los avances técnicos y normativos en materia de interoperabilidad de sistemas de información e historia clínica electrónica, para garantizar acceso integral efectivo y eficiente a los servicios y trámites en salud para pacientes, instituciones de salud y talento humano en salud.</p>	<p>Dieho <u>El sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en temas de conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país; y deberá integrar los sistemas de información ya</u></p>	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
	<p>disponibles. y de manera conjunta con el sector salud, garantizando su implementación progresiva e interoperabilidad.</p> <p>Parágrafo. El SPUIS se desarrollará en armonía y sin perjuicio de los avances técnicos y normativos en materia de interoperabilidad de sistemas de información e historia clínica electrónica, para garantizar acceso integral efectivo y eficiente a los servicios y trámites en salud para pacientes, instituciones de salud y talento humano en salud.</p>	
<p>Artículo 77. Características del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIS) es transversal a todo el sistema de salud para garantizar acceso en línea, transparente, y en tiempo real a servicios informáticos para la realización de transacciones de salud y económicas por parte de cada actor del sistema de salud según sean sus responsabilidades, operativas o estratégicas,</p>	<p>Artículo 77. Características del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIS) es transversal a todo el sistema de salud para garantizar acceso en línea, transparente, y en tiempo real a servicios informáticos para la realización de transacciones de salud y económicas por parte de cada actor del sistema de salud según sean sus responsabilidades, operativas o estratégicas, para garantizar el cumplimiento de</p>	<p>El contenido de este artículo se integra en el anterior</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>en el orden Nacional, territorial e Institucional. Además de garantizar el cumplimiento de las políticas de datos abiertos que fortalezcan los procesos de participación y control social, el SPUIIS deberá integrar la información relacionada con los determinantes sociales de la salud y salud pública, en el marco de una estrategia intersectorial definida por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de Colombia, en coordinación con otros sectores y actores del Sistema de Salud.</p> <p>Los aspectos arquitectónicos de sistemas de información deberán corresponder a unidad, integración, tecnología de punta, completitud de servicios, eficiencia, alta disponibilidad, seguridad y alta concurrencia, para lo cual deberá usar tecnologías de punta que garanticen el procesamiento en paralelo, almacenamiento de altos volúmenes de datos, seguridad del dato y de las transacciones, accesibilidad, analítica de datos y modelos predictivos.</p> <p>Los criterios y estándares de funcionamiento, accesibilidad</p>	<p>las políticas de datos abiertos que fortalezcan los procesos de participación y control social, el SPUIIS deberá integrar la información relacionada con los determinantes sociales de la salud y salud pública, en el marco de una estrategia intersectorial definida por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de Colombia, en coordinación con otros sectores y actores del Sistema de Salud.</p> <p>Los aspectos arquitectónicos de sistemas de información deberán corresponder a unidad, integración, tecnología de punta, completitud de servicios, eficiencia, alta disponibilidad, seguridad y alta concurrencia, para lo cual deberá usar tecnologías de punta que garanticen el procesamiento en paralelo, almacenamiento de altos volúmenes de datos, seguridad del dato y de las transacciones, incorruptibilidad, accesibilidad, analítica de datos y modelos predictivos.</p> <p>Los criterios y estándares de funcionamiento, accesibilidad</p>	<p></p>	<p>incorruptibilidad, accesibilidad, analítica de datos y modelos predictivos.</p> <p>Los criterios y estándares de funcionamiento, accesibilidad e interoperabilidad de los servicios de telesalud y de la información sobre determinantes sociales y salud pública deberán ser definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de Colombia, en coordinación con los demás actores del Sistema de Salud. Dentro de los criterios de accesibilidad se deberá garantizar acceso autónomo e independiente de las personas con discapacidad, principalmente de aquellas con discapacidad sensorial e intelectual.</p> <p>Parágrafo. El ministerio de Salud y Protección Social deberá generar los medios y mecanismos tecnológicos para garantizar el acceso en tiempo real a la información pública del Sistema de Salud por parte de todos los actores del sistema que permita el control y la</p>	<p>e interoperabilidad de los servicios de telesalud y de la información sobre determinantes sociales y salud pública deberán ser definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de Colombia, en coordinación con los demás actores del Sistema de Salud. Dentro de los criterios de accesibilidad se deberá garantizar acceso autónomo e independiente de las personas con discapacidad, principalmente de aquellas con discapacidad sensorial e intelectual.</p> <p>Parágrafo. El ministerio de Salud y Protección Social deberá generar los medios y mecanismos tecnológicos para garantizar el acceso en tiempo real a la información pública del Sistema de Salud por parte de todos los actores del sistema que permita el control y la</p>	<p></p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>veeduría social por parte de los mismos, siempre y cuando sea en el cumplimiento de sus funciones.</p> <p>Artículo 78. Objetivos generales del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS tendrá como principios de organización el seguimiento de la salud de las personas, las familias y las comunidades, así como el soporte informático a la realización de las actividades asistenciales, de promoción y prevención, junto con las referentes a los aspectos económicos y financieros, la gestión de la infraestructura de prestación de servicios incluyendo el registros de redes de servicios y de territorios para la gestión en salud, así como lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015.</p> <p>Se organizará como mínimo en dos niveles:</p> <p>1. Nivel operativo: garantizará la operación y funcionamiento de los</p>	<p>Artículo 78 76. Objetivos generales Organización del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS tendrá como principios de organización el seguimiento de la salud de las personas, las familias y las comunidades, así como el soporte informático al ciclo de atención integral de personas, familias y comunidades en el marco de acciones a la realización de las actividades asistenciales, de promoción y prevención, junto con las referentes a los aspectos administrativos económicos y financieros, así como la gestión de recursos físicos, humanos y tecnológicos para la atención en salud de acuerdo con la operación en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud la infraestructura de prestación de servicios incluyendo el registros de redes de servicios y de territorios para la gestión en</p>	<p>Se ajusta numeración, título y contenido del artículo para mayor precisión sobre contenido y alcance</p>	<p>procesos productores y usuarios de la información para la atención integral de las personas, las familias y las comunidades con calidad, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia, por parte de todos los integrantes del Sistema de Salud, considerando la historia clínica electrónica interoperable en todos sus procesos, los registros de atención en salud, los registros financieros y económicos asociados, y la información sobre determinantes sociales y salud pública.</p> <p>De igual manera, se deberán incluir en el SPUIIS los registros de atención en salud y de los resultados en salud de las personas, las familias y las comunidades, así como los referentes a la gestión de las redes de servicios de salud y territorios para la gestión en salud, para garantizar el funcionamiento y la movilidad de la población en la red de servicios y entre los territorios de salud.</p>	<p>salud, así como lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015.</p> <p>Se organizará como mínimo en dos niveles:</p> <p>1. Nivel operativo: garantizará la operación y funcionamiento de los procesos productores transaccionales y usuarios de la información para la atención integral de las personas, las familias y las comunidades con calidad, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia, por parte de todos los integrantes del Sistema de Salud, considerando la historia clínica electrónica interoperable en todos sus procesos, los registros de atención en salud, los registros financieros y económicos asociados, y la información sobre determinantes sociales y salud pública.</p> <p>De igual manera, se deberán incluir en el SPUIIS los registros de atención en salud y de los resultados en salud de las personas, las familias y las</p>	<p></p>

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
<p>2. Nivel estratégico: Garantizará la información para su análisis sobre la situación de salud y la calidad de vida de la población, para contribuir a la toma de decisiones de las instancias de rectoría y dirección del sistema de salud y de los agentes involucrados en ellas. En este nivel se incluirá la información de los determinantes sociales de la salud y se promoverá el análisis de la misma para la definición de políticas y programas intersectoriales con enfoque diferencial y de género.</p>	<p>comunidades, así como los referentes a la gestión de las redes de servicios de salud y territorios para la gestión en salud, para garantizar el funcionamiento y la movilidad de la población en la red de servicios y entre los territorios de salud.</p> <p>2. Nivel estratégico: Garantizará la información para su análisis sobre la situación de salud y la calidad de vida de la población, para contribuir a la toma de decisiones de las instancias de rectoría y dirección del sistema de salud y de los agentes involucrados en ellas. En este nivel se incluirá la información de los determinantes sociales de la salud y se promoverá el análisis de la misma para la definición de políticas y programas intersectoriales con enfoque diferencial y de género.</p>	Se elimina el artículo	<p>electrónico de última generación serán identificados los medicamentos, su principio activo y denominación común internacional, el laboratorio productor, el precio autorizado y las demás características que establezca el SPUIIS. El aplicativo informará sobre los diagnósticos, el número total de prescripciones efectuadas en el Sistema de Salud, su eficacia y efectos secundarios.</p> <p>Artículo 80. Tecnología de Información y Comunicaciones al servicio de la atención en salud. La integración de las redes de servicios incluirá la conversión de múltiples referencias y contrarreferencias, por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica, en interconsultas especializadas a distancia mediante el SPUIIS para aumentar capacidad resolutive del nivel primario y de los programas de prevención secundaria.</p>	<p>última generación serán identificados los medicamentos, su principio activo y denominación común internacional, el laboratorio productor, el precio autorizado y las demás características que establezca el SPUIIS. El aplicativo informará sobre los diagnósticos, el número total de prescripciones efectuadas en el Sistema de Salud, su eficacia y efectos secundarios.</p> <p>Artículo 80. Tecnología de Información y Comunicaciones al servicio de la atención en salud. La integración de las redes de servicios incluirá la conversión de múltiples referencias y contrarreferencias, por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica, en interconsultas especializadas a distancia mediante el SPUIIS para aumentar capacidad resolutive del nivel primario y de los programas de prevención secundaria.</p> <p>Para fortalecer la conectividad a la Atención Primaria en Salud en zonas rurales y dispersas, el</p>	Se elimina artículo
<p>Artículo 79. Identificación de medicamentos. Mediante un método</p>	<p>Artículo 79. Identificación de medicamentos. Mediante un método electrónico de</p>	Se elimina el artículo	<p>Para fortalecer la conectividad a la Atención Primaria en zonas rurales y dispersas, el</p>	<p>Para fortalecer la conectividad a la Atención Primaria en zonas rurales y dispersas, el</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
<p>Ministerio de las TIC's, con el trabajo mancomunado de las alcaldías municipales, tendrán la obligación de implementar el Plan nacional de conectividad rural.</p> <p>Artículo 81. Desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá la responsabilidad de diseñar, desarrollar o integrar el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) y de garantizar su funcionamiento con calidad y fluidez, además de promoverlo para lograr el compromiso de todos los integrantes del sistema de salud en su responsabilidad frente al mismo.</p> <p>Para ello fortalecerá y adecuará la Oficina de Información y Tecnología de forma que sea capaz de responder a los retos de implementación, operación, mantenimiento y soporte del SPUIIS. La incorporación de la información al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS en el área</p>	<p>mancomunado de las alcaldías municipales, tendrán la obligación de implementar el Plan nacional de conectividad rural.</p> <p>Artículo 81 77 Diseño y Desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. El diseño y desarrollo del Sistema Público Unificado de Información en Salud - SPUIIS estará liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, que deberá elaborar un plan estratégico de diseño, implementación y evaluación. Podrá contar con la cooperación técnica del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones cuando lo considere pertinente y en el marco de sus competencias.</p> <p>Para el desarrollo del SPUIIS se articularán los actores en una estructura multimodal de coordinación con un desarrollo por etapas secuenciales y armónicas con la</p>	<p>Se ajusta número, nombre y contenido del artículo. Se aclara y delimita alcance de la competencia del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.</p>	<p>administrativa y asistencial son obligatorias para todos los integrantes del Sistema de Salud. El SPUIIS incorporará dentro de las funcionalidades o servicios informáticos de apoyo al modelo de atención las tecnologías en salud y atención médica y odontológica a las redes de servicios para que las personas tengan acceso a ellas. La prescripción médica y odontológica se hará por medio electrónico con base en estas tecnologías.</p>	<p>incorporación de funcionalidades.</p> <p>El SPUIIS deberá recoger los estándares y políticas de interoperabilidad para los sistemas de información definidas por los Ministerios de Salud y Protección Social y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá la responsabilidad de diseñar, desarrollar o integrar el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) y de garantizar su funcionamiento con calidad y fluidez, además de promoverlo para lograr el compromiso de todos los integrantes del sistema de salud en su responsabilidad frente al mismo.</p> <p>Para ello fortalecerá y adecuará la Oficina de Información y Tecnología de forma que sea capaz de responder a los retos de implementación, operación, mantenimiento y soporte del SPUIIS. La incorporación de la información al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS en el área</p>	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
	administrativa y asistencial son obligatorias para todos los integrantes del Sistema de Salud. El SPUIIS incorporará dentro de las funcionalidades o servicios informáticos de apoyo al modelo de atención las tecnologías en salud y atención médica y odontológica a las redes de servicios para que las personas tengan acceso a ellas. La prescripción médica y odontológica se hará por medio electrónico con base en estas tecnologías.		garanticen el derecho al libre consentimiento informado en materia de salud, como una expresión de la autonomía de la voluntad. 2. En la exigibilidad del derecho a la salud: Siendo la salud un derecho fundamental, será obligación de todos los agentes en salud, disponer mecanismos suficientes y eficaces al alcance de las personas, que canalice la debida atención en salud. 3. Participación en políticas públicas en salud: Dentro del sistema de salud se desarrollarán mecanismos para garantizar la participación activa, vinculante y efectiva de las personas en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con la salud y seguridad publica social. 4. Consulta previa a comunidades étnicas: Por mandato de la ley 21 de 1991 y la Constitución Política de 1991, se tendrá que garantizar a las comunidades étnicas, en todo lo referente a	informado en materia de salud, como una expresión de la autonomía de la voluntad. 2. En la exigibilidad del derecho a la salud: Siendo la salud un derecho fundamental, será obligación de todos los agentes en salud, disponer mecanismos suficientes y eficaces al alcance de las personas, que canalice la debida atención en salud. 3. Participación en políticas públicas en salud: Dentro del sistema de salud se desarrollarán mecanismos para garantizar la participación activa, vinculante y efectiva de las personas en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con la salud y seguridad publica social. 4. Consulta previa a comunidades étnicas: Por mandato de la ley 21 de 1991 y la Constitución Política de 1991, se tendrá que garantizar a las comunidades étnicas, en todo lo referente a salud, sus políticas diferenciales y su desarrollo intercultural, el derecho al consentimiento, previo, libre e informado.	
TITULO VI PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL	TITULO VI PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL				
Artículo 82. ELIMINADO.					
Artículo 83. Ámbito de participación ciudadana y social. La participación, como principio fundante y vinculante de la Constitución Política de 1991, podrá ser ejercida por las personas y las comunidades en los siguientes ámbitos: 1. En los procesos cotidianos de atención primaria en salud (APS). Todos los agentes del sistema de salud desarrollarán procesos y procedimientos que	Artículo 83 78. Ámbitos de participación ciudadana y social. La participación, como principio fundante y vinculante de la Constitución Política de 1991, podrá ser ejercida por las personas y las comunidades en los siguientes ámbitos: 1. En los procesos cotidianos de atención primaria en salud (APS). Todos los agentes del sistema de salud desarrollarán procesos y procedimientos que garanticen el derecho al libre consentimiento	Se ajusta numeración del artículo, quedando en con el número 78; no tiene cambios en su contenido.			
Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
salud, sus políticas diferenciales y su desarrollo intercultural, el derecho al consentimiento, previo, libre e informado. 5. En la Inspección, Vigilancia y Control: Por reglamento del Ministerio de Salud, se conformará una red de control social sobre los agentes del sistema de salud en articulación con los distintos niveles territoriales con los entes control, con las veedurías y con la superintendencia de salud. Este derecho lo tendrán todos los ciudadanos y comunidades en igualdad de condiciones. Todo lo anterior sin desmedro de las competencias y funciones de vigilancia y control asignadas a las diferentes entidades por la ley. El Ministerio de Salud y Protección social, adecuará institucionalmente, y en el marco del sistema de salud, estos mecanismos de participación, incluyendo el procedimiento para su vinculación a la red de controladores del sector salud que coordinará la superintendencia Nacional de Salud. Los mecanismos de participación social y ciudadana serán especialmente divulgados e implementados en las zonas	5. En la Inspección, Vigilancia y Control: Por reglamento del Ministerio de Salud, se conformará una red de control social sobre los agentes del sistema de salud en articulación con los distintos niveles territoriales con los entes control, con las veedurías y con la superintendencia de salud. Este derecho lo tendrán todos los ciudadanos y comunidades en igualdad de condiciones. Todo lo anterior sin desmedro de las competencias y funciones de vigilancia y control asignadas a las diferentes entidades por la ley. El Ministerio de Salud y Protección social, adecuará institucionalmente, y en el marco del sistema de salud, estos mecanismos de participación, incluyendo el procedimiento para su vinculación a la red de controladores del sector salud que coordinará la superintendencia Nacional de Salud. Los mecanismos de participación social y ciudadana serán especialmente divulgados e implementados en las zonas		controladores del sector salud que coordinará la superintendencia Nacional de Salud. Los mecanismos de participación social y ciudadana serán especialmente divulgados e implementados en las zonas rurales del país para garantizar la participación de la población rural.	rurales del país para garantizar la participación de la población rural.	
			TÍTULO VII INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL	TÍTULO VII INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL	
Artículo 84. Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control del sistema de salud con el objetivo de vigilar el cumplimiento de las funciones y responsabilidades de todos los actores del sistema de salud y tomar las medidas que correspondan en el ámbito de su objeto y funciones para garantizar la protección del derecho fundamental a la salud. Para el ejercicio de sus funciones, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contar con el apoyo de la red de control social contempladas en la presente Ley.	Artículo 84. Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control del sistema de salud con el objetivo de vigilar el cumplimiento de las funciones y responsabilidades de todos los actores del sistema de salud y tomar las medidas que correspondan en el ámbito de su objeto y funciones para garantizar la protección del derecho fundamental a la salud. Para el ejercicio de sus funciones, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contar con el apoyo de la red de control social contempladas en la presente Ley.	Se elimina este artículo.	Artículo 84. Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control del sistema de salud con el objetivo de vigilar el cumplimiento de las funciones y responsabilidades de todos los actores del sistema de salud y tomar las medidas que correspondan en el ámbito de su objeto y funciones para garantizar la protección del derecho fundamental a la salud. Para el ejercicio de sus funciones, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contar con el apoyo de la red de control social contempladas en la presente Ley.	Artículo 84. Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control del sistema de salud con el objetivo de vigilar el cumplimiento de las funciones y responsabilidades de todos los actores del sistema de salud y tomar las medidas que correspondan en el ámbito de su objeto y funciones para garantizar la protección del derecho fundamental a la salud. Para el ejercicio de sus funciones, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contar con el apoyo de la red de control social contempladas en la presente Ley.	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
<p>Artículo 85. Inspección, vigilancia y control. El ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud se realizará conforme a lo definido en la Ley 1122 de 2007, sin embargo, el alcance de la función de inspección consistirá en solicitar, confirmar y analizar en detalle en los términos que determine la Superintendencia Nacional de Salud las evaluaciones generales, los análisis de los reportes generados por el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Territoriales de Salud, los reportes generados por el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud, las visitas, auditorías, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas. En desarrollo de la función de inspección ninguna persona o autoridad podrá oponer reserva o confidencialidad para el acceso a la información.</p>	<p>Artículo 85 81. Inspección, vigilancia y control. El ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud se realizará conforme a lo definido en la Ley 1122 de 2007, sin embargo, el alcance de la función de inspección consistirá en solicitar, confirmar y analizar en detalle en los términos que determine la Superintendencia Nacional de Salud las evaluaciones generales, los análisis de los reportes generados por el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Territoriales de Salud, los reportes generados por el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud, las visitas, auditorías, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas. En desarrollo de la función de inspección ninguna persona o autoridad podrá oponer reserva o confidencialidad para el acceso a la información.</p> <p>Con el objetivo de fortalecer las funciones de inspección, vigilancia y control en el territorio, se crearán nuevas regionales de las Superintendencia Nacional de</p>	<p>Se ajusta numeración del artículo, quedando en con el número 81; no tiene cambios en su contenido.</p>	<p>Con el objetivo de fortalecer las funciones de inspección, vigilancia y control en el territorio, se crearán nuevas regionales de las Superintendencia Nacional de Salud y se fortalecerá la capacidad técnica administrativa y financiera de las existentes, con el propósito de impactar en mayor medida a las entidades vigiladas y mejorando la protección del derecho a la salud. Lo anterior deberá sujetarse a las disponibilidades presupuestales, al Marco de Mediano Plazo y al Marco de Gasto de Mediano Plazo.</p> <p>Artículo 86. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. El Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud está constituido por el conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales. Al Sistema podrán concurrir entidades del orden nacional o territorial que, en el marco de sus competencias, tengan</p>	<p>Salud y se fortalecerá la capacidad técnica administrativa y financiera de las existentes, con el propósito de impactar en mayor medida a las entidades vigiladas y mejorando la protección del derecho a la salud. Lo anterior deberá sujetarse a las disponibilidades presupuestales, al Marco de Mediano Plazo y al Marco de Gasto de Mediano Plazo.</p>	<p>Se elimina el artículo</p>
<p>relacionamiento con agentes del sector salud.</p> <p>El sistema de Inspección, Vigilancia y Control se desarrollará en el marco de la Ley 1966 de 2019, o la que la sustituya.</p>	<p>El sistema de Inspección, Vigilancia y Control se desarrollará en el marco de la Ley 1966 de 2019, o la que la sustituya.</p>	<p>Se ajusta numeración del artículo, quedando en con el número 82; se hacen ajustes de redacción y en el contenido de los numerales 4 y 7.</p>	<p>individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.</p> <p>3. Atención al usuario y participación social. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el sistema de salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del sistema de salud; y en la efectividad de la promoción y desarrollo de los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.</p> <p>4. Acciones de control y medidas especiales. Las acciones de control medidas especiales tienen por objeto ordenar a los sujetos vigilados adoptar, adoptar de manera inmediata los correctivos de cualquier orden para garantizar la efectividad del derecho a la salud. Las medidas especiales tienen por objeto adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las</p>	<p>disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.</p> <p>3. Atención al usuario y participación social. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el sistema de salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del sistema de salud; y en la efectividad de la promoción y desarrollo de los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.</p> <p>4. Acciones de control y medidas especiales. Las acciones de control medidas especiales tienen por objeto ordenar a los sujetos vigilados adoptar, adoptar de manera inmediata los correctivos de cualquier orden para garantizar la efectividad del derecho a la salud. Las medidas especiales tienen por objeto adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las</p>	<p>Se ajusta numeración del artículo, quedando en con el número 82; se hacen ajustes de redacción y en el contenido de los numerales 4 y 7.</p>
<p>Artículo 87. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Financiamiento y administración. Su objetivo es inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sistema de salud, para contribuir a la sostenibilidad financiera Prestación de servicios de atención en salud pública. Su objetivo es inspeccionar, controlar y vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud 	<p>Artículo 87 82. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Financiamiento y administración. Su objetivo es inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, el flujo, administración y aplicación de los recursos del sistema de salud, para contribuir a su sostenibilidad financiera Prestación de servicios de atención en salud pública. Su objetivo es inspeccionar, controlar y vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones 	<p>Se ajusta numeración del artículo, quedando en con el número 82; se hacen ajustes de redacción y en el contenido de los numerales 4 y 7.</p>	<p>individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.</p> <p>3. Atención al usuario y participación social. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el sistema de salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del sistema de salud; y en la efectividad de la promoción y desarrollo de los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.</p> <p>4. Acciones de control y medidas especiales. Las medidas especiales tienen por objeto adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Instituciones Prestadoras</p>	<p>disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.</p> <p>3. Atención al usuario y participación social. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el sistema de salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del sistema de salud; y en la efectividad de la promoción y desarrollo de los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.</p> <p>4. Acciones de control y medidas especiales. Las acciones de control medidas especiales tienen por objeto ordenar a los sujetos vigilados adoptar, adoptar de manera inmediata los correctivos de cualquier orden para garantizar la efectividad del derecho a la salud. Las medidas especiales tienen por objeto adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las</p>	<p>Se ajusta numeración del artículo, quedando en con el número 82; se hacen ajustes de redacción y en el contenido de los numerales 4 y 7.</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>de Salud de cualquier naturaleza, e intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los usuarios de los servicios de salud y los recursos del sistema de salud.</p> <p>5. Información. Inspeccionar, vigilar y controlar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.</p> <p>6. Equidad en salud. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios, del sistema de salud, así como el cumplimiento de las normas contenidas en esta ley para garantizar la aplicación de los principios del sistema de salud y sus formas de operación, y la correcta aplicación del gasto social en salud por</p>	<p>entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, e intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control <u>para garantizar</u> sobre los derechos de los usuarios de los servicios de salud. <u>Respecto a los y los recursos del sistema de salud también ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control para garantizar su uso adecuado.</u></p> <p>5. Información. Inspeccionar, vigilar y controlar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con <u>de</u> calidad, <u>y con</u> cobertura <u>suficiente</u>, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.</p> <p>6. Equidad en salud. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los criterios para la determinación,</p>		<p>parte de las entidades territoriales.</p> <p>7. Fomento y promoción de transparencia en el sector salud, el objetivo es promover pactos por la transparencia en el manejo de los recursos del sector salud, en todos los actores del sistema de salud, así como generar un Índice de transparencia, que mida condiciones objetivas que favorecen transparencia y controlan riesgos de corrupción.</p>	<p>identificación y selección de beneficiarios, del sistema de salud, así como el cumplimiento de las normas contenidas en esta ley para garantizar la aplicación de los principios del sistema de salud y sus formas de operación, y la correcta aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales. <u>En todo caso, se respetará el derecho constitucional a la igualdad.</u></p> <p>7. Fomento y promoción de transparencia en el sector salud. <u>Con este el objetivo es se promoverá la celebración de pactos por la transparencia en el manejo de los recursos del sector salud, entre todos los actores del sistema de salud, a Así mismo, la Superintendencia Nacional de Salud creará un sistema de indicadores de transparencia y un sistema de prevención de riesgos para fortalecer la lucha contra la corrupción.</u> como generar un índice de transparencia, que mida condiciones objetivas que favorecen transparencia y</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Artículo 88. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema de Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud. Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.</p> <p>Parágrafo. En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud se aplicarán las normas previstas en la Ley 2220 de 2022 o las que la modifiquen, sustituyan o adicionen.</p>	<p>controlan riesgos de corrupción.</p> <p>Artículo 88 83. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema de Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud. Los acuerdos conciliatorios <u>La conciliación</u> tendrán efecto de cosa juzgada y <u>prestará mérito ejecutivo, pudiendo ejecutarse ante la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales o ante los jueces ordinarios,</u> el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.</p> <p>Parágrafo. En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud se aplicarán las normas previstas en la Ley 2220 de</p>	<p>Se ajusta numeración del artículo, quedando en con el número 83; se hacen ajustes de redacción.</p>	<p>Artículo 89. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud. 2. Exigir la observancia a los actores del sistema de salud de los principios y fundamentos del derecho fundamental a la salud. 3. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema de Salud y promover el mejoramiento integral del mismo. 4. Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al acceso al servicio de atención en salud; individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y 	<p>2022 o las que la modifiquen, sustituyan o adicionen</p> <p>Artículo 89 84. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud. 2. Exigir la observancia a los actores del sistema de salud de los principios y fundamentos del derecho fundamental a la salud. 3. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema de Salud y promover el mejoramiento integral del mismo. 4. Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, 	<p>Se ajusta numeración del artículo, quedando en con el número 84; se hacen ajustes de redacción.</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud. 5. Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud. 6. Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud. 7. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema de Salud. 8. Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema de Salud. 9. Controlar los riesgos financieros del Sistema de salud y de sus instituciones.</p>	<p>tratamiento y rehabilitación en salud. 5. Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud. 6. Velar por la eficiencia en la generación, el recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud. 7. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema de Salud. 8. Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema de Salud. 9. Establecer sistemas de gestión del Controlar los riesgos financieros del Sistema de salud y de sus instituciones.</p>		<p>Artículo 90. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, las siguientes:</p>	<p>Artículo 90 85. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, las siguientes:</p>	<p>Se ajusta numeración del artículo, quedando en con el número 85; se hacen ajustes de redacción.</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>e imponer las sanciones a que haya lugar. En virtud de la misma potestad mediante decisión motivada, de oficio o a petición de parte podrá avocar el conocimiento de aquellos asuntos específicos a las funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud que se tramitan en las entidades territoriales de salud, cuando se evidencia la vulneración de dichos principios. 3. Señalar, con sujeción a las normas contenidas en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud cuyos términos se reducirán en una tercera parte respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, o contradicción y doble</p>	<p>que haya lugar. En virtud de la misma potestad mediante decisión motivada, de oficio o a petición de parte podrá avocar el conocimiento de aquellos asuntos específicos a las funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud que se tramitan en las entidades territoriales de salud, cuando se evidencia la vulneración de dichos principios. 3. Señalar, con sujeción a las normas contenidas en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud cuyos términos se reducirán en una tercera parte respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, respetando los</p>		<p>instancia. El incumplimiento de los términos establecidos en la presente norma constituyen falta grave. 4. Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema de Salud. 5. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema de Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del Sistema de Salud por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud. 6. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las</p>	<p>derechos del debido proceso, defensa, o contradicción y doble instancia. El incumplimiento de los términos establecidos en la presente norma constituyen falta grave. 4. Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema de Salud. 4. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema de Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del Sistema de Salud por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud. 5. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema de Salud.</p> <p>7. Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de los criterios de equidad, los principios del derecho fundamental a la salud y la aplicación del gasto social en salud por parte de las Entidades Territoriales.</p> <p>8. Vigilar, inspeccionar y controlar que las Instituciones prestadoras del Sistema de Salud adopten y apliquen dentro de un término no superior a seis (6) meses, un Código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo y asegure la realización de los fines de la presente ley.</p> <p>9. Brindar garantías de progresividad en el Sistema de Salud en lo relacionado con la integralidad de la prestación del servicio, la prevención de</p>	<p>las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema de Salud.</p> <p>5. Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de los criterios de equidad, los principios del derecho fundamental a la salud y la aplicación del gasto social en salud por parte de las Entidades Territoriales.</p> <p>6. Vigilar, inspeccionar y controlar que las Instituciones prestadoras del Sistema de Salud adopten y apliquen dentro de un término no superior a seis (6) meses, un Código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo y asegure la realización de los fines de la presente ley.</p> <p>7. Brindar garantías de progresividad en el Sistema de Salud en lo relacionado con la integralidad de la prestación del servicio, la prevención de riesgos y en el marco de la protección del derecho fundamental por vías</p>		<p>riesgos y en el marco de la protección del derecho fundamental por vías administrativas, en la prestación del servicio.</p> <p>10. Priorizar la implementación de mecanismos administrativos expeditos y directos, para la protección integral del derecho a la salud, bajo los principios de oportunidad, celeridad y eficacia. En todo caso, estos mecanismos no serán barrera para el ejercicio de la acción de tutela o constituirse en requisito de procedibilidad para la misma.</p> <p>11. Desarrollar procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control en los territorios para la gestión en salud.</p> <p>12. Desarrollar un sistema de quejas y reclamos de fácil acceso y trámite, con cobertura nacional y manejo desconcentrado, en coordinación con el sistema judicial y con capacidad de control y sancionatoria, regido</p>	<p>administrativas, en la prestación del servicio.</p> <p>8. Priorizar la implementación de mecanismos administrativos expeditos y directos, para la protección integral del derecho a la salud, bajo los principios de oportunidad, celeridad y eficacia. En todo caso, estos mecanismos no serán barrera para el ejercicio de la acción de tutela <u>ni podrán</u> constituirse en requisito de procedibilidad para la misma.</p> <p>9. Desarrollar procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control en los territorios para la gestión en salud.</p> <p>10. Desarrollar un sistema de <u>peticiones</u>, quejas y reclamos de fácil acceso y trámite, con cobertura nacional y manejo desconcentrado, <u>con capacidad de inspección, vigilancia y control para garantizar la efectiva e inmediata atención a los usuarios del sistema de salud</u>, en <u>coordinación con el sistema judicial y con capacidad de control y</u></p>	
<p>por el principio de celeridad.</p> <p>13. Rendir informe anual al Consejo Nacional de Salud en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del Sistema de Salud y proponer las medidas correctivas.</p> <p>14. Conservar su autonomía técnica en materia de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud, frente a cualquier otro organismo del Estado.</p> <p>15. Velar porque los actores e instancias del Sistema de Salud operen adecuadamente y cumplan con sus funciones, que serán de carácter preventivo y capacidad resolutive en los planes de mejoramiento para la prestación de los servicios.</p> <p>16. Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para el cumplimiento de sus objetivos, en el entendido que sus atribuciones se refieren al Sistema de Salud de</p>	<p>sancionatoria, regido por el principio de celeridad.</p> <p>11. Rendir informe anual al Consejo Nacional de Salud en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del Sistema de Salud y proponer las medidas correctivas.</p> <p>12. Conservar su autonomía técnica en materia de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud, frente a cualquier otro organismo del Estado.</p> <p>13. Velar porque los actores e instancias del Sistema de Salud operen adecuadamente y cumplan con sus funciones, que serán de carácter preventivo y capacidad resolutive en los planes de mejoramiento para la prestación de los servicios.</p> <p>14. Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para el cumplimiento de sus objetivos, en el entendido que sus atribuciones se refieren al Sistema de Salud de que trata la presente Ley.</p>		<p>que trata la presente Ley.</p> <p>17. Diseñar e implementar un modelo de gestión y control integral de los riesgos financieros del Sistema en Salud.</p> <p>Parágrafo 1. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría.</p> <p>Parágrafo 2. Los objetivos y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud referentes a instituciones, funciones, lineamientos u otros criterios que entren en contradicción con la finalidad de la presente ley, deberán entenderse modificadas en su sentido y alcance con el propósito de brindar concordancia y coherencia con lo dispuesto en la presente ley. En todo caso, se tendrá como criterios de interpretación brindar todas las garantías de inspección, vigilancia y control sobre riesgos y sucesos que se refieran a la vulneración del derecho fundamental a la salud, con</p>	<p>15. Diseñar e implementar un modelo de gestión y control integral de los riesgos financieros del Sistema en Salud.</p> <p>Parágrafo 1. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría.</p> <p>Parágrafo 2. Los objetivos y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud referentes a instituciones, funciones, lineamientos u otros criterios que entren en contradicción con la finalidad de la presente ley, deberán entenderse modificadas en su sentido y alcance con el propósito de brindar concordancia y coherencia con lo dispuesto en la presente ley. En todo caso, se tendrá como criterios de interpretación brindar todas las garantías de inspección, vigilancia y control sobre riesgos y sucesos que se refieran a la vulneración del derecho fundamental a la salud, con el propósito de brindar de forma preventiva un esquema institucional de protección para garantizar</p>	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
el propósito de brindar de forma preventiva un esquema institucional de protección para garantizar una adecuada ejecución de las disposiciones del Sistema de Salud.	una adecuada ejecución de las disposiciones del Sistema de Salud.		<ol style="list-style-type: none"> 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 de recursos de la salud por cobro de lo no debido o indebida aplicación de los recursos de la salud. En los anteriores eventos se procederá al embargo 	<ol style="list-style-type: none"> 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 <u>ilegítimo</u> de terceros. 4. Cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido <u>por productos o servicios no efectivamente erogados</u> o indebida aplicación de los recursos de la salud. 	
<p>Artículo 91. NEGADO.</p> <p>Artículo 92. 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:</p>	<p>Artículo 92 86. 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 solidaria:</p>	Se ajusta numeración del artículo, quedando en con el número 86; se hacen ajustes de redacción.	<p>A tal efecto, se tendrán como criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Artículo 94. Principio de celeridad en el sistema de quejas y reclamos. Si dentro del conocimiento de la queja o reclamo se evidencian actos que pongan en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes, la Superintendencia Nacional de Salud podrá en el marco de la función de control, ordenar las acciones</p>	<p>1.— La compilación anual de la jurisprudencia vigente en materia de salud.</p> <p>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.</p> <p>3.— La cualificación de los operadores del sistema judicial en el conocimiento sobre el Sistema de Salud.</p> <p>4.— Las garantías materiales e institucionales del acceso a la información.</p>	Se ajusta numeración del artículo, quedando en con el número 88; no tiene cambios en su contenido.
<p>de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.</p>	<p>En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.</p> <p><u>En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.</u></p>		<p>de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.</p>	<p>de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.</p>	
<p>Artículo 93. 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.</p>	<p>Artículo 93. 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.</p> <p>A tal efecto, se tendrán como criterios:</p>	Se elimina el artículo	<p>1. La compilación anual de la jurisprudencia vigente en materia de salud.</p> <p>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.</p> <p>3. La cualificación de los operadores del sistema judicial en el conocimiento sobre el Sistema de Salud.</p> <p>4. Las garantías materiales e institucionales del acceso a la información.</p>	<p>1.— La compilación anual de la jurisprudencia vigente en materia de salud.</p> <p>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.</p> <p>3.— La cualificación de los operadores del sistema judicial en el conocimiento sobre el Sistema de Salud.</p> <p>4.— Las garantías materiales e institucionales del acceso a la información.</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>necesarias para salvaguardar el derecho vulnerado o puesto en riesgo, decisión que deberá adoptarse como medida cautelar por medio de acto administrativo.</p> <p>Los traslados a los sujetos vigilados para el recaudo de la información necesaria para la toma de la decisión no podrán superar el término perentorio de setenta y dos (72) horas y la decisión de fondo podrá omitir la práctica de pruebas de encontrarse documentado la vulneración o riesgo del derecho fundamental a la salud.</p> <p>En todo caso el Superintendente Nacional de Salud deberá adoptar estrategias para evacuar de manera masiva y expedita las peticiones quejas y reclamos de los usuarios de manera periódica, por medio de procedimientos masivos, inmediatos, presenciales y con directa interacción del usuario y el prestador del servicio, cuya única finalidad sea la garantía material y oportuna del derecho fundamental a la salud.</p>	<p>vulnerado o puesto en riesgo, decisión que deberá adoptarse como medida cautelar por medio de acto administrativo.</p> <p>Los traslados a los sujetos vigilados para el recaudo de la información necesaria para la toma de la decisión no podrán superar el término perentorio de setenta y dos (72) horas y la decisión de fondo podrá omitir la práctica de pruebas de encontrarse documentado la vulneración o riesgo del derecho fundamental a la salud.</p> <p>En todo caso el Superintendente Nacional de Salud deberá adoptar estrategias para evacuar de manera masiva y expedita las peticiones quejas y reclamos de los usuarios de manera periódica, por medio de procedimientos masivos, inmediatos, presenciales y con directa interacción del usuario y el prestador del servicio, cuya única finalidad sea la garantía material y oportuna del derecho fundamental a la salud.</p> <p>Parágrafo. Las peticiones en las que no se evidencie riesgo o vulneración al derecho fundamental a la salud se</p>		<p>Parágrafo. Las peticiones en las que no se evidencie riesgo o vulneración al derecho fundamental a la salud se tramitarán dentro de los términos previstos en la Ley 1755 de 2015. En todo caso el funcionario que así lo decida será solidariamente responsable por los perjuicios que con ello pudieren causar.</p>		
<p>TÍTULO VIII POLÍTICA FARMACEÚTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD</p>	<p>TÍTULO VIII POLÍTICA FARMACEÚTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD</p>	<p>Artículo 95. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. Los Ministerios de Salud y Protección Social y Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud formularán cada cinco (5) años, la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud.</p> <p>El Comité del Fondo de Investigación en Salud — FIS, integrado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y el Ministerio de Salud y Protección Social definirá las prioridades en investigación, desarrollo tecnológico e innovación y</p>	<p>Artículo 95 89. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. Los Ministerios de Salud y Protección Social y Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud formularán cada diez (10) años (5) años, la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud.</p> <p>El Comité del Fondo de Investigación en Salud — FIS, integrado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y el Ministerio de Salud y Protección Social definirá las prioridades en investigación desarrollo tecnológico e innovación y la destinación de los recursos</p>	<p>Se ajusta numeración del artículo, quedando con el número 89, se prolonga el tiempo de vigencia de la política.</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>la destinación de los recursos provenientes del FIS, en el marco de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación, según las especificidades territoriales, que tendrán como propósito único la financiación de mecanismos de investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud.</p> <p>El monto anual de recursos provenientes del Fondo Único Público para la Salud, destinados para investigación del Ministerio de Salud y Protección Social, complementado con recursos territoriales, será destinado a la financiación de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación de prioridades de especial interés en salud, definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>provenientes del FIS, en el marco de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación, según las especificidades territoriales, que tendrán como propósito único la financiación de mecanismos de investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud, <u>según las especificidades territoriales.</u></p> <p>El monto anual de recursos provenientes del Fondo Único Público para la Salud, destinados para investigación del Ministerio de Salud y Protección Social, complementado con recursos territoriales, será destinado a la financiación de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación de prioridades de especial interés en salud, definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>		<p>El Objetivo del Comité Técnico Científico es 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 tecnologías aplicables en salud, desde su investigación y desarrollo, regulación, inversión y desinversión.</p> <p>El Comité será conformado por 5 profesionales con idoneidad debidamente demostrada en la materia. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará la forma de integrar el Comité Técnico Científico y su funcionamiento.</p>	<p>El Objetivo del Comité Técnico Científico es 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 tecnologías aplicables en salud, desde su investigación y desarrollo, regulación, inversión y desinversión.</p> <p>El Comité será conformado por 5 profesionales con idoneidad debidamente demostrada en la materia. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará la forma de integrar el Comité Técnico Científico y su funcionamiento.</p>	
<p>Artículo 96. ELIMINADO.</p> <p>Artículo 97. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud. La gestión de tecnologías en salud la hará el Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud-IETS mediante la creación de un Comité Asesor Técnico Científico.</p>	<p>Artículo 97 90. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud. La gestión de tecnologías en salud la hará el Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud-IETS mediante la creación de un Comité Asesor Técnico Científico.</p>	<p>Se ajusta número del artículo, quedando con el 90; no tiene cambios en el texto.</p>	<p>Parágrafo. 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.</p>	<p>Parágrafo. 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.</p>	
<p>Artículo 98. ELIMINADO.</p> <p>Artículo 99. Sistema de monitoreo de</p>			<p>Artículo 98. ELIMINADO.</p> <p>Artículo 99 28. Sistema de monitoreo de</p>	<p>Artículo 99 28. Sistema de monitoreo de</p>	<p>Se reubica artículo en el Título II, quedando con el</p>

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
abastecimiento oportuno de tecnologías en salud. Los integrantes de la cadena de suministro de tecnologías en salud serán considerados agentes del sistema y deberán suministrar la información necesaria para hacer seguimiento y garantizar el abastecimiento oportuno de las tecnologías en salud. La omisión del reporte de información ocasionará sanciones por la autoridad competente.	abastecimiento oportuno de tecnologías en salud. Los integrantes de la cadena de suministro de tecnologías en salud serán considerados agentes del sistema y deberán suministrar la información necesaria para hacer seguimiento y garantizar el abastecimiento oportuno de las tecnologías en salud. La omisión del reporte de información ocasionará sanciones por la autoridad competente.	número 28; no tiene cambios en el contenido del artículo.	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 deberá 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 el sitio web de la entidad sanitaria que lo emite, la cual debe ser de una entidad oficial y el Invima confirmará la autenticidad, alcance y vigencia del documento.	registros, permisos, notificaciones o autorizaciones sanitarias, así como de expedición de certificados y licencias, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-Invima deberá 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 el sitio web de la entidad sanitaria que lo emite, la cual debe ser de una entidad oficial y el Invima confirmará la autenticidad, alcance y vigencia del documento.	Se ajusta numeración del artículo, quedando con el número 91; no tiene cambios en el contenido del artículo.
Artículo 100. Vacunas producidas en Colombia. Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia y Tecnología en Salud a nivel nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidas por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, dará especial consideración a los productores locales, según la legislación aplicable.	Artículo 400 91. Vacunas producidas en Colombia. Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia y Tecnología en Salud a nivel nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidas por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, dará especial consideración a los productores locales, según la legislación aplicable.	Se ajusta numeración del artículo, quedando con el número 91; no tiene cambios en el contenido del artículo	Cuando el documento se haya emitido en idioma extranjero, el Invima admitirá la traducción simple al castellano, bajo la responsabilidad del aportante. La veracidad de esta traducción será también responsabilidad del aportante.	Cuando el documento se haya emitido en idioma extranjero, el Invima admitirá la traducción simple al castellano, bajo la responsabilidad del aportante. La veracidad de esta traducción será también responsabilidad del aportante.	Se ajusta numeración del artículo, quedando con el número 93; no tiene cambios en el contenido del artículo
Artículo 101. Racionalización de trámites ante el INVIMA. En los trámites de expedición, renovación o	Artículo 404 92. Racionalización de trámites ante el INVIMA. En los trámites de expedición, renovación o modificación de	Se ajusta numeración del artículo, quedando con el número 92; se ajustan errores de tipeo	Artículo 102. Alivio de intereses por sanciones impuestas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima. Las	Artículo 402 93. Alivio de intereses por sanciones impuestas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima. Las personas que,	Se ajusta numeración del artículo, quedando con el número 93; no tiene cambios en el contenido del artículo

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
personas que, al 30 de septiembre 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: 1. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la vigencia de la presente ley. 2. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente ley. 3. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.	al 30 de septiembre 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: 1. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la vigencia de la presente ley. 2. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente ley. 3. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la vigencia de la presente ley. 4. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban		4. 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. Dicha reducción solo se concederá sobre los intereses establecidos por la entidad, para el pago de las obligaciones a su favor. Dicha reducción solo se concederá sobre los intereses establecidos por la entidad, para el pago de las obligaciones a su favor.	acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la vigencia de la presente ley. Dicha reducción solo se concederá sobre los intereses establecidos por la entidad, para el pago de las obligaciones a su favor.	
			Artículo 103. Política de Formación. En desarrollo de la Política Nacional de Talento Humano en Salud-THS, la Formación del THS en los diferentes niveles de educación, tendrá en cuenta los siguientes criterios: 1. Orientar las prioridades de formación del talento humano en salud según las necesidades de la población para el mejoramiento de su salud y calidad de vida; de acuerdo con las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la Atención Primaria Integral en Salud (APIS) y del Sistema de Salud, con enfoque familiar,	Artículo 403 95. Política de Formación. En desarrollo de la Política Pública Intersectorial Nacional de Talento Humano en Salud-THS, el Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con actores sectoriales e intersectoriales, desarrollará acciones en la Formación del THS en todos los diferentes niveles de educación, las cuales tendrán en cuenta los siguientes criterios: 1. Orientación de las prioridades de formación del talento humano en salud según las necesidades de la población para el mejoramiento de su salud y calidad de vida; de	Se reubica artículo en el Título IX, se ajusta numeración, quedando con el número 96; se hacen ajustes de redacción y se introducen elementos relacionados con acciones para aumentar los cupos docencia - servicios y agilizar los trámites de convalidaciones de títulos extranjeros.

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>comunitario, territorial, diferencial y de género.</p> <p>2. Generación de incentivos para estudiantes de ciencias de la salud que realicen prácticas en zonas rurales, urbanas y dispersas, con el propósito de reducir las brechas en salud en marco de la garantía del derecho fundamental e incrementar la disponibilidad del talento humano en salud.</p> <p>3. Brindar estímulos para la formación de las profesiones y ocupaciones del área de la salud priorizadas.</p> <p>4. Establecer el mecanismo para el ingreso a los posgrados del área de la salud en condiciones de competencia, transparencia y equidad.</p> <p>5. Establecer los criterios para la relación docencia servicio y cupos para los escenarios de práctica formativa.</p> <p>6. Las condiciones de calidad para la oferta de las acciones y la formulación de planes institucionales de formación continua.</p> <p>7. Formación Continua del Talento Humano en Salud la que se</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p>acuerdo con las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la Atención Primaria Integral en Salud (APIS) y del Sistema de Salud, con enfoque familiar, comunitario, territorial, diferencial y de género.</p> <p>2. Generación de incentivos para estudiantes de ciencias de la salud que realicen prácticas en zonas rurales, urbanas y dispersas, con el propósito de reducir las brechas en salud en marco de la garantía del derecho fundamental e incrementar la disponibilidad del talento humano en salud.</p> <p>3. <u>Definición</u> Brindar estímulos para la formación de las profesiones y ocupaciones del área de la salud priorizadas.</p> <p>4. <u>Establecimiento</u> de el mecanismo para <u>orientar</u> el ingreso a los posgrados del área de la salud en condiciones de competencia, transparencia y equidad.</p> <p>5. <u>Establecer Actualización</u> de los criterios para la relación docencia servicio de los programas</p>	<p>Justificación</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p><u>formación continua del Talento Humano en Salud, la cual comprende los procesos y actividades permanentes de entrenamiento y fundamentación teórico-práctica, dirigidos a complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas por parte de las profesiones y ocupaciones y que complementan la formación básica de educación superior, o de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH).</u> Las condiciones de calidad para la oferta de las acciones y la formulación de planes institucionales de formación continua;</p> <p>7. <u>Formación Continua del Talento Humano en Salud la que se comprenden los procesos y actividades permanentes de entrenamiento y fundamentación teórico-práctica, dirigidos a complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas por parte de las</u></p>	<p>Justificación</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>comprenden los procesos y actividades permanentes de entrenamiento y fundamentación teórico-práctica, dirigidos a complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas por parte de las profesiones y ocupaciones y que complementan la formación básica de educación superior, o de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH).</p> <p>Parágrafo. Para la formulación de la política de THS en lo relacionado con la formación, el Ministerio de Salud y Protección Social, se articulará con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Ciencia y Tecnología y los apoyos del Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Cancerología para su realización.</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p><u>académicos del área de la salud, para el nivel primario y complementario de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, así como de los institucionales y comunitarios que sean necesarios para responder a la situación de salud de la población, y cupos para en los escenarios de práctica formativa</u></p> <p>6. <u>Desarrollo de estrategias para aumentar el número de cupos en los programas de formación tanto en Instituciones de Educación Superior públicas como privadas a nivel nacional.</u></p> <p>7. <u>Desarrollo del marco normativo y técnico para incluir el reconocimiento como escenarios de práctica como uno de los requisitos de habilitación de prestadores de servicios de salud y de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.</u></p> <p>8. <u>Diseñar e implementación de un sistema de calidad para la oferta y desarrollo de las acciones de</u></p>	<p>Justificación</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p>profesiones y ocupaciones y que complementan la formación básica de educación superior, o de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH).</p> <p>9. <u>Diseño y ejecución de acciones de formación continua que sean prioritarias para responder a la situación de salud de la población y a la implementación de la política de salud, así como implementar y gestionar una plataforma propia de formación continua con componentes presenciales y virtuales.</u></p> <p>Parágrafo 1. Para la formulación de la política de THS en lo relacionado con la formación, el Ministerio de Salud y Protección Social, se articulará con el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Ciencia y Tecnología y contará con los apoyos del Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Cancerología para su realización</p> <p>Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación en el Ministerio de Educación</p>	<p>Justificación</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
	<p>Nacional, con el fin de fortalecer la oferta de especialistas médico quirúrgicos, establecerán estrategias de manera transitoria para aumentar los cupos en los programas de formación tanto en Instituciones de Educación Superior públicas como privadas a nivel nacional, que permitan alcanzar los mínimos requeridos de talento humano de acuerdo con las necesidades de atención en salud de cada territorio.</p> <p>Parágrafo 3. El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, definirán dentro de los dos (2) años siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, los programas de consenso para orientar la formación de profesionales de la salud y las especialidades médico – quirúrgicas, incluyendo los referentes y orientaciones vinculantes sobre las condiciones de calidad, que permita orientar la oferta de programas del área de salud y especialidades médico – quirúrgicas, considerando los programa</p>			<p>vigentes en el país, los referentes internacionales, las necesidades de salud de la población, entre otros. Estos programas de consenso se deberán actualizar cada cinco (5) años atendiendo la dinámica del sector educativo y las necesidades de atención en salud de cada territorio del país.</p> <p>Los programas de consenso servirán como uno de los insumos técnicos para los trámites de registro calificado y el proceso de convalidaciones de títulos obtenidos en el exterior del área de la salud, incluyendo a las especialidades médico quirúrgicas, sin perjuicio y en armonización con el artículo 35 de la ley 2136 de 2021. Para lo anterior, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social expedirán un instructivo, desarrollarán el trabajo de construcción conjunta con las Instituciones Educativas, brindarán la capacitación periódica, los criterios técnicos y el resultado de los procesos de seguimiento a los distintos actores del sector</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
	<p>que participen en los trámites relacionados.</p> <p>El Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social deberán publicar los programas de consenso, para que cualquier persona tenga acceso a las orientaciones mínimas para la oferta de programas académicos del área de la salud, incluyendo los referentes y orientaciones vinculantes sobre las condiciones de calidad, para desarrollar los trámites de registro calificado de los programas del área de la salud, incluyendo su denominación, duración, número de créditos académicos, horas totales, horas prácticas, prácticas formativas con relación de escenarios de práctica, cupos asignados, entre otras variables que se consideren pertinentes de acuerdo con las particularidades de cada programa.</p>			<p>para admisión a las especialidades médico - quirúrgicas. Para el acceso a los programas de especialización médico – quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior. Las Instituciones de Educación Superior definirán los criterios definitivos de admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido.</p> <p>Los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional, podrán definir la realización de este examen único nacional habilitante para otros programas de posgrados clínicos en salud.</p> <p>Artículo 105. Becas de matrícula para formación pregradual y posgradual de profesionales de salud, en áreas médico</p>	<p>para admisión a las especialidades médico - quirúrgicas. Para el acceso a los programas de especialización médico – quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior. Las Instituciones de Educación Superior definirán los criterios definitivos de admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido.</p> <p>Los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional, podrán definir la realización de este examen único nacional habilitante para otros programas de posgrados clínicos en salud</p> <p>96; no hay ajustes en el contenido.</p> <p>Se ajusta la numeración del artículo, quedando con el número 97, adicionalmente se hace</p>
<p>TÍTULO IX POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD</p> <p>Artículo 104. Examen nacional único habilitante</p>	<p>TÍTULO IX POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD</p> <p>Artículo 404 96. Examen nacional único habilitante</p>	<p>Se ajusta numeración del artículo, quedando con el</p>			

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>quirúrgicas y de salud pública. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud y especialistas médico-quirúrgicas, posgrados en salud pública el gobierno creará un programa de becas para cubrir los costos académicos que se distribuirá en el caso de pregrado en las instituciones de educación superior pública que aumentan los cupos en programas de salud y en el caso de posgrado entre los profesionales de medicina, enfermería y otras profesiones del sector salud.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de los cupos para becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por instituciones de educación superior y los cupos por especialidades médico quirúrgicas y oferta de programas pregraduales, posgraduales de salud pública para el país. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios</p>	<p>de salud pública. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud y especialistas médico-quirúrgicas, posgrados en salud pública el gobierno creará un programa de becas para cubrir los costos académicos que se distribuirá en el caso de pregrado en las instituciones de educación superior pública que aumentan los cupos en programas de salud y en el caso de posgrado entre los profesionales de medicina, enfermería y otras profesiones del sector salud.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de los cupos para becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por instituciones de educación superior y los cupos por especialidades médico quirúrgicas y oferta de programas pregraduales, posgraduales de salud pública para el país. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial – PDET, a los identificados como Zonas</p>	<p>aclaran las siglas ZOMAC y PDET.</p>	<p>PDET y ZOMAC, y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.</p> <p>Parágrafo 2. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo remunerado en las regiones con requerimientos de dicho personal.</p> <p>Parágrafo 3. Para la financiación de las becas y estímulos se aunarán esfuerzos y recursos que destinen Gobierno Nacional, Entidades Territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud, las Instituciones de Educación Superior. La reglamentación para el mecanismo de administración estará en cabeza del Gobierno Nacional.</p> <p>Artículo 106. Prelación a las universidades públicas para la asignación de cupos por parte de los hospitales públicos. Las Instituciones</p>	<p>más Afectadas por el Conflicto Armado - ZOMAC, y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.</p> <p>Parágrafo 2. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo remunerado en las regiones con requerimientos de dicho personal.</p> <p>Parágrafo 3. Para la financiación de las becas y estímulos se aunarán esfuerzos y recursos que destinen Gobierno Nacional, Entidades Territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud, las Instituciones de Educación Superior. La reglamentación para el mecanismo de administración estará en cabeza del Gobierno Nacional.</p> <p>Artículo 106 98. Prelación a las universidades públicas para la asignación de cupos por parte de los hospitales públicos. Las Instituciones de Salud del Estado – ISE</p>	<p>Se ajusta numeración del artículo, quedando con el número 98; no tiene cambios en su texto.</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>de Salud del Estado – ISE brindarán prelación a las Instituciones de Educación Superior de carácter público para la asignación de cupos de acuerdo a las necesidades para sus prácticas formativas en áreas clínicas y comunitarias, en los programas de pregrado y postgrado del área de la salud, sin exigir contra prestación económica alguna.</p> <p>Se garantizará un mínimo de cupos para estudiantes de instituciones de educación superior privadas, según las necesidades de formación.</p>	<p>brindarán prelación a las Instituciones de Educación Superior de carácter público para la asignación de cupos de acuerdo a las necesidades para sus prácticas formativas en áreas clínicas y comunitarias, en los programas de pregrado y postgrado del área de la salud, sin exigir contra prestación económica alguna.</p> <p>Se garantizará un mínimo de cupos para estudiantes de instituciones de educación superior privadas, según las necesidades de formación.</p>	<p></p>	<p>constituyéndose en un régimen especial.</p> <p>En el marco de lo dispuesto por la Ley 1751 de 2015 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.</p> <p>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.</p> <p>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, rehabilitación y</p>	<p>En el marco de lo dispuesto por la Ley 1751 de 2015 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.</p> <p>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.</p> <p>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, rehabilitación y</p>	<p></p>
<p>TÍTULO X REGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD</p>	<p>TÍTULO X REGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD</p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>
<p>Artículo 107. 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,</p>	<p>Artículo 107 104. 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.</p>	<p>Se ajusta numeración del articulado, quedando con el número 104; se hacen ajustes de redacción.</p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>procesos de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación 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.</p> <p>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</p>	<p>paliación 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.</p> <p>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 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</p>		<p>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.</p> <p>Así mismo, estos incentivos buscarán el fortalecimiento de perfiles necesarios para la implementación del Modelo Preventivo, y Predictivo y Resolutivo 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.</p> <p>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.</p>	<p>talento humano en salud, adecuadamente capacitado y distribuido de forma eficiente.</p> <p>Así mismo, estos incentivos buscarán el fortalecimiento de perfiles necesarios para la implementación del Modelo Preventivo, y Predictivo y Resolutivo 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.</p> <p>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.</p>	
			<p>Artículo 108. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud</p>	<p>Artículo 408 105. Vinculación de los Trabajadores del Sector</p>	<p>Se hace ajuste de numeración de articulado,</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades médico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán vincular o contratar a profesionales especialistas, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.</p> <p>Parágrafo. Todos los trabajadores tendrán derecho a una remuneración oportuna. Se entenderá por remuneración oportuna aquella que no supere los diez (10) días calendario posteriores a la radicación</p>	<p>Salud especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades médico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán vincular o contratar a profesionales especialistas, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, <u>según el régimen jurídico aplicable a la respectiva institución,</u> garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.</p> <p>Parágrafo 1: En todo caso, si la prestación del servicio se enmarca en los elementos de una relación laboral, los especialistas de la salud deberán ser vinculados mediante la relación laboral que corresponda, según la naturaleza del régimen</p>	<p>quedando con el número 105.</p>	<p>de la factura, cuenta de cobro o documento equivalente, siempre y cuando la ADRES haya cumplido con el giro correspondiente.</p> <p><u>jurídico aplicable a la respectiva institución.</u></p> <p>Parágrafo 2. Todos los trabajadores tendrán derecho a una remuneración oportuna. Se entenderá por remuneración oportuna aquella que no supere los diez (10) días calendario posteriores a la radicación de la factura, cuenta de cobro o documento equivalente, <u>en los casos que aplique siempre y cuando la ADRES haya cumplido con el giro correspondiente.</u></p> <p>Parágrafo 3: Respetto de los trabajadores especialistas médico quirúrgicos del sector salud, indistintamente de su forma de vinculación, no se podrá establecer cláusula de exclusividad, salvo aquellos que estén vinculados mediante contrato de trabajo y así lo convengan</p>	<p><u>jurídico aplicable a la respectiva institución.</u></p> <p>Parágrafo 2. Todos los trabajadores tendrán derecho a una remuneración oportuna. Se entenderá por remuneración oportuna aquella que no supere los diez (10) días calendario posteriores a la radicación de la factura, cuenta de cobro o documento equivalente, <u>en los casos que aplique siempre y cuando la ADRES haya cumplido con el giro correspondiente.</u></p> <p>Parágrafo 3: Respetto de los trabajadores especialistas médico quirúrgicos del sector salud, indistintamente de su forma de vinculación, no se podrá establecer cláusula de exclusividad, salvo aquellos que estén vinculados mediante contrato de trabajo y así lo convengan</p>	<p>Se ajusta numeración del articulado, quedando con el número 106, no tiene cambios en su contenido.</p>
			<p>Artículo 109. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud se regularán por un régimen laboral concertado que</p>	<p>Artículo 409 106. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios:</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>tendrá los siguientes criterios:</p> <p>1. Las personas vinculadas a las Instituciones Privadas y Mixtas con participación del sector público inferior al 90% del Sector Salud, por norma general, estarán vinculadas mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes</p> <p>2. De conformidad con el artículo 53 de la Constitución Política de 1991:</p> <p>2.1. Se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas.</p> <p>2.2. Se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud.</p> <p>2.3. Se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el</p>	<p>1. Las personas vinculadas a las Instituciones Privadas y Mixtas con participación del sector público inferior al 90% del Sector Salud, por norma general, estarán vinculadas mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes</p> <p>2. De conformidad con el artículo 53 de la Constitución Política de 1991:</p> <p>2.1. Se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas.</p> <p>2.2. Se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud.</p> <p>2.3. Se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que tengan</p>		<p>Trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Trabajo presentará anualmente, al inicio de las sesiones ordinarias del Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno Nacional organizará una Dirección en el Ministerio de Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley.</p>	<p>en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Trabajo presentará anualmente, al inicio de las sesiones ordinarias del Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno Nacional organizará una Dirección en el Ministerio de Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley.</p> <p>Parágrafo 2. Los agentes del sistema de salud,</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Parágrafo 2. Los agentes del sistema de salud, independientemente de su naturaleza, tienen la obligación de girar de manera oportuna los valores por los servicios prestados a las instituciones prestadoras de servicios de salud, para que éstas efectúen el pago de las obligaciones, incluidas las laborales y/o contractuales al talento humano en salud, las cuales tendrán prioridad sobre cualquier otro pago, so pena de las sanciones por parte de las autoridades competentes."</p> <p>Artículo 110. Garantías para el suministro de los medios de labor. Las Instituciones Prestadoras de Salud tanto públicas como mixtas y privadas, independientemente de la forma de vinculación contractual, garantizarán los insumos, recursos, tecnologías en salud, así como los demás medios de labor necesarios y suficientes para la atención segura y con calidad a los usuarios del sistema, independientemente de su forma de vinculación contractual con la entidad.</p> <p>Artículo 111. Sistema de Gestión de Seguridad y</p>	<p>independientemente de su naturaleza, tienen la obligación de girar de manera oportuna los valores por los servicios prestados a las instituciones prestadoras de servicios de salud, para que éstas efectúen el pago de las obligaciones, incluidas las laborales y/o contractuales al talento humano en salud, las cuales tendrán prioridad sobre cualquier otro pago, so pena de las sanciones por parte de las autoridades competentes."</p> <p>Artículo 110. Garantías para el suministro de los medios de labor. Las Instituciones Prestadoras de Salud tanto públicas como mixtas y privadas, independientemente de la forma de vinculación contractual, garantizarán los insumos, recursos, tecnologías en salud, así como los demás medios de labor necesarios y suficientes para la atención segura y con calidad a los usuarios del sistema, independientemente de su forma de vinculación contractual con la entidad.</p> <p>Artículo 111. Sistema de Gestión de Seguridad y</p>	<p>Se ajusta numeración del artículo quedando con el número 107; el texto no tiene modificaciones en su contenido.</p> <p>Se ajusta la numeración del articulado, quedando</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Dicho sistema deberá incluir las acciones dirigidas al mejoramiento de la calidad de</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Dicho sistema deberá incluir las acciones dirigidas al mejoramiento de la calidad de</p>	<p>con el número 108; el contenido no tiene modificación.</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>		<p>donde sean necesarios especialmente en regiones apartadas.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p><u>para garantizar de manera gradual y progresiva la disponibilidad del número total de plazas de SSO en todo el territorio nacional que sean requeridas para que todos los egresados de programas del área de la salud puedan realizar el SSO, con especial énfasis en áreas rurales, dispersas, de difícil acceso o desatendidas.</u></p> <p>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 <u>salud territorial Atención Primaria en Salud (APS)</u> y a los <u>equipos de atención</u> en donde sean necesarios especialmente en regiones apartadas.</p>	
<p>Artículo 112. Servicio Social Obligatorio (SSO) 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</p>	<p>Artículo 442 109. Servicio Social Obligatorio (SSO) y Médicos Residentes. El <u>Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las Entidades Territoriales en Salud del Orden Departamental, Distrital y Municipal, los prestadores de servicios de salud y otros aliados estratégicos, establecerá mecanismos</u></p>	<p>Se ajusta numeración del artículo, quedando con el número 109; adicionalmente se hacen ajustes de contenido en relación a estrategia de aumento de plazas para SSO, ajustes de redacción y técnica sobre las normas que aplican en el Servicio Social Obligatorio.</p>		<p>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 <u>salud territorial</u> de atención en regiones apartadas según las necesidades de cada región conforme al concepto de <u>Territorios Saludables</u>, mediante convenios suscrito</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá lineamientos y estrategias para la dignificación plena del Servicio Social Obligatorio 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.</p>	<p>entre la institución de salud y la institución de educación superior, en el marco de la relación docencia-servicio.</p> <p>Para la vinculación de los médicos y médicas residentes, incluidos en los equipos <u>de salud territorial de atención</u>, las instituciones públicas deberán ser vinculados <u>mediante contrato</u> 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.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá lineamientos y estrategias para la dignificación plena del Servicio Social Obligatorio 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 <u>transparente</u> meritocrático a las plazas en los términos dispuestos en la</p>		<p>Ley 1150 de 2007 y en la Ley 1917 de 2018 concordancia con la normatividad aplicable en la materia</p> <p>TÍTULO XI AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACIÓN</p> <p>Artículo 113. ELIMINADO.</p> <p>Artículo 114. ELIMINADO.</p> <p>Artículo 115. ELIMINADO.</p>	<p>Ley 1150 de 2007 y en la Ley 1917 de 2018 concordancia con la normatividad aplicable en la materia</p> <p>TÍTULO XI AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACIÓN</p> <p>Artículo 446 111. Comité de Autorregulación Profesional. Las instituciones públicas, privadas y mixtas de las redes integrales e integradas de servicios de salud contarán con un Comité de Autorregulación Profesional, que tendrá como función analizar las políticas acerca de la utilización ética, racional y eficiente de procedimientos, medicamentos, dispositivos médicos y demás tecnologías en salud, con pleno respeto de la autonomía profesional y del derecho a la objeción de conciencia, a cuyo efecto podrá consultar con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), conforme a lo estipulado en el Ley 1438 de 2011.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la reglamentación sobre la</p>	<p>Se ajusta numeración del articulado quedando con el número 111, no tiene ajustes en el contenido.</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la reglamentación sobre la integración y operación del Comité de Autorregulación Profesional, observando la participación de pares profesionales.</p> <p>Las reuniones del comité de autorregulación profesional de control de procedimientos y conductas médicas adoptadas por los profesionales o especialistas para ejercer autorregulación individual, colectiva e institucional de las decisiones clínicas, estarán sujetas a reglamentación sobre su alcance y susceptibilidades a inspección, vigilancia y control con el fin de respetar la autonomía profesional y el derecho a la objeción de conciencia.</p> <p>La Superintendencia Nacional de Salud investigará y sancionará, de ser el caso, a las instituciones que no tengan constituido y en funcionamiento el Comité de Autorregulación Profesional y a las que contando con dicho Comité no observen lo establecido por él. Las direcciones</p>	<p>integración y operación del Comité de Autorregulación Profesional, observando la participación de pares profesionales.</p> <p>Las reuniones del comité de autorregulación profesional de control de procedimientos y conductas médicas adoptadas por los profesionales o especialistas para ejercer autorregulación individual, colectiva e institucional de las decisiones clínicas, estarán sujetas a reglamentación sobre su alcance y susceptibilidades a inspección, vigilancia y control con el fin de respetar la autonomía profesional y el derecho a la objeción de conciencia.</p> <p>La Superintendencia Nacional de Salud investigará y sancionará, de ser el caso, a las instituciones que no tengan constituido y en funcionamiento el Comité de Autorregulación Profesional y a las que contando con dicho Comité no observen lo establecido por él. Las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, conforme a sus competencias, vigilarán el cumplimiento de estas disposiciones y podrán en</p>		<p>departamentales, distritales y municipales de salud, conforme a sus competencias, vigilarán el cumplimiento de estas disposiciones y podrán en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia.</p> <p>En el caso de las Instituciones de Salud del Estado será falta grave para el director, cuando se compruebe el incumplimiento del presente artículo.</p>	<p>conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia.</p> <p>En el caso de las Instituciones de Salud del Estado será falta grave para el director, cuando se compruebe el incumplimiento del presente artículo.</p>	
			<p>Artículo 117. Procedimiento para resolución de conflictos por parte de profesionales de la salud. En desarrollo de lo previsto en el artículo 16 de la Ley 1751 de 2015 y teniendo en cuenta los principios de celeridad, eficiencia, imparcialidad racionalidad científica y <i>pro homine</i>, para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de manera ágil y oportuna, en caso de desacuerdo, conflicto o discrepancia sobre el diagnóstico y/o la alternativa terapéutica que haya previsto el profesional de la salud tratante, se acudirá al</p>	<p>Artículo 447. 112. Procedimiento para resolución de conflictos por parte de profesionales de la salud. En desarrollo de lo previsto en el artículo 16 de la Ley 1751 de 2015 y teniendo en cuenta los principios de celeridad, eficiencia, imparcialidad racionalidad científica y <i>pro homine</i>, para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de manera ágil y oportuna, en caso de desacuerdo, conflicto o discrepancia sobre el diagnóstico y/o la alternativa terapéutica que haya previsto el profesional de la salud tratante, se acudirá al procedimiento de resolución</p>	<p>Se ajusta numeración del artículo, quedando con el número 112; no se hacen cambios en el contenido.</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud que se regula en esta ley. Este procedimiento tiene por fin proteger la salud del o la paciente y estará orientado a respetar el derecho de este y de su familia a ser debidamente informados y a consentir sobre el tratamiento a seguir así como el respeto a la autonomía profesional. En el procedimiento para resolución de conflictos por parte de profesionales de la salud, dentro término máximo de siete (7) días calendario, contados a partir del origen de la discrepancia, desacuerdo o conflicto, se surtirán las siguientes etapas:</p> <p>1. Inmediatamente se produzca la discrepancia en torno al diagnóstico o la alternativa terapéutica, el o la profesional de la salud tratante remitirá la misma a la Junta de Profesionales de la Salud del prestador o de la red de prestadores, según el caso, constituidos teniendo en cuenta los códigos deontológicos de cada profesión. Para estos efectos, se</p>	<p>de conflictos por parte de los profesionales de la salud que se regula en esta ley. Este procedimiento tiene por fin proteger la salud del o la paciente y estará orientado a respetar el derecho de este y de su familia a ser debidamente informados y a consentir sobre el tratamiento a seguir así como el respeto a la autonomía profesional. En el procedimiento para resolución de conflictos por parte de profesionales de la salud, dentro término máximo de siete (7) días calendario, contados a partir del origen de la discrepancia, desacuerdo o conflicto, se surtirán las siguientes etapas:</p> <p>1. Inmediatamente se produzca la discrepancia en torno al diagnóstico o la alternativa terapéutica, el o la profesional de la salud tratante remitirá la misma a la Junta de Profesionales de la Salud del prestador o de la red de prestadores, según el caso, constituidos teniendo en cuenta los códigos deontológicos de cada profesión. Para estos efectos, se</p>		<p>entiende Junta de Profesionales a la concurrencia de dos o más profesionales o especialistas en el área.</p> <p>2. Ante dicha instancia, el profesional de la salud tratante deberá aportar los elementos científicos que justifiquen el diagnóstico y/o la alternativa terapéutica a la luz de las especificidades del caso concreto y de la evidencia científica disponible. De haberse apartado de los criterios profesionales colectivamente aceptados, el profesional de la salud tratante deberá justificar, de manera clara, las razones por las cuales dichos criterios no son pertinentes para procurar la mejor atención del o la paciente.</p> <p>3. En caso de que la instancia esté de acuerdo con lo ordenado por el o la profesional de la salud tratante, bastará con que imparta su aprobación. Para tal fin, adoptará una decisión vinculante, la cual será</p>	<p>más profesionales o especialistas en el área.</p> <p>2. Ante dicha instancia, el profesional de la salud tratante deberá aportar los elementos científicos que justifiquen el diagnóstico y/o la alternativa terapéutica a la luz de las especificidades del caso concreto y de la evidencia científica disponible. De haberse apartado de los criterios profesionales colectivamente aceptados, el profesional de la salud tratante deberá justificar, de manera clara, las razones por las cuales dichos criterios no son pertinentes para procurar la mejor atención del o la paciente.</p> <p>3. En caso de que la instancia esté de acuerdo con lo ordenado por el o la profesional de la salud tratante, bastará con que imparta su aprobación. Para tal fin, adoptará una decisión vinculante, la cual será</p> <p>4. En el evento de que la instancia en desacuerdo, deberá señalar las razones</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>comunicada a la entidad responsable de prestar el bien o servicio de salud prescrito.</p> <p>4. En el evento de que la instancia en desacuerdo, deberá señalar las razones específicas por las cuales lo ordenado no es lo mas aconsejable para el paciente en el caso concreto, así como indicar la opción adecuada y le advertirá al profesional de la salud tratante los riesgos derivados del tratamiento prescrito. Dicha opinión será comunicada al o la paciente, sus representantes y a la entidad responsable de la prestación.</p> <p>5. En el caso de desacuerdo, el o la profesional de la salud tratante deberá informar al o la paciente o a sus familiares, en caso de que este no esté en capacidad de decidir por si mismo, los resultados de la opinión de la instancia de profesionales de la salud y las causas de su rechazo, así como consultar de nuevo su</p>	<p>específicas por las cuales lo ordenado no es lo mas aconsejable para el paciente en el caso concreto, así como indicar la opción adecuada y le advertirá al profesional de la salud tratante los riesgos derivados del tratamiento prescrito. Dicha opinión será comunicada al o la paciente, sus representantes y a la entidad responsable de la prestación.</p> <p>5. En el caso de desacuerdo, el o la profesional de la salud tratante deberá informar al o la paciente o a sus familiares, en caso de que este no esté en capacidad de decidir por si mismo, los resultados de la opinión de la instancia de profesionales de la salud y las causas de su rechazo, así como consultar de nuevo su opinión y respetar su derecho a decidir sobre su salud. En esta decisión el profesional de la salud tratante deberá ser claro y en un lenguaje entendible por el paciente o su familia, las implicaciones del diagnóstico, expresar las ventajas o desventajas del tratamiento o alternativa</p>		<p>opinión y respetar su derecho a decidir sobre su salud. En esta decisión el profesional de la salud tratante deberá ser claro y en un lenguaje entendible por el paciente o su familia, las implicaciones del diagnóstico, expresar las ventajas o desventajas del tratamiento o alternativa terapéutica, los riesgos que se corren y las posibilidades de que este tenga éxito.</p> <p>Con base en lo anterior, el o la profesional de la salud tratante, en desarrollo de su autonomía, podrá mantener el diagnóstico o la alternativa terapéutica que haya ordenado o adoptar la sugerida por la instancia. En todo caso, se respetará el consentimiento del o la paciente.</p> <p>6. En caso de que la solicitud no se responda dentro de ese término, se entenderá resuelta la discrepancia en los términos indicados por el o la profesional de la salud tratante.</p>	<p>terapéutica, los riesgos que se corren y las posibilidades de que este tenga éxito.</p> <p>Con base en lo anterior, el o la profesional de la salud tratante, en desarrollo de su autonomía, podrá mantener el diagnóstico o la alternativa terapéutica que haya ordenado o adoptar la sugerida por la instancia. En todo caso, se respetará el consentimiento del o la paciente.</p> <p>6. En caso de que la solicitud no se responda dentro de ese término, se entenderá resuelta la discrepancia en los términos indicados por el o la profesional de la salud tratante.</p> <p>Parágrafo 1. El presente procedimiento que se adopta mediante la presente ley deberá tener en cuenta el grado de urgencia de la situación objeto de estudio, el tipo de procedimientos ordenados por el profesional de la salud tratante y su relación con el mejoramiento de la salud de la persona y su especial protección, en los términos del artículo 11 de la Ley 1751 de 2015.</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Parágrafo 1. El presente procedimiento que se adopta mediante la presente ley deberá tener en cuenta el grado de urgencia de la situación objeto de estudio, el tipo de procedimientos ordenados por el profesional de la salud tratante y su relación con el mejoramiento de la salud de la persona y su especial protección, en los términos del artículo 11 de la Ley 1751 de 2015.</p> <p>Parágrafo 2. En desarrollo del elemento de aceptabilidad del derecho fundamental a la salud, este procedimiento deberá tener en cuenta las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, asumiendo sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud.</p> <p>Parágrafo 3. Dicho procedimiento no se aplicará en los casos en que el diagnóstico y/o terapia de recuperación puede generar o se advierta un riesgo para la vida o integridad del o la paciente, de acuerdo con lo que señale el o la profesional tratante.</p>	<p>Parágrafo 2. En desarrollo del elemento de aceptabilidad del derecho fundamental a la salud, este procedimiento deberá tener en cuenta las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, asumiendo sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud.</p> <p>Parágrafo 3. Dicho procedimiento no se aplicará en los casos en que el diagnóstico y/o terapia de recuperación puede generar o se advierta un riesgo para la vida o integridad del o la paciente, de acuerdo con lo que señale el o la profesional tratante.</p>		<p>Artículo 118. ELIMINADO.</p> <p>Artículo 119. Traslado a los Tribunales de Ética de los Trabajadores de la Salud. Las autoridades pondrán en conocimiento de los Tribunales de Ética de cada profesión mediante la compulsión de copias respectiva por toda evidencia que, con motivo de las investigaciones y procesos en casos regulados por la presente Ley, implique faltas ético disciplinarias que se presenten durante la práctica profesional.</p> <p>De conformidad a la Ley 23 de 1981, los comités de ética deberán trasladar a los Tribunales de Ética los procesos disciplinarios ético profesionales que se presenten por razón de quejas relativas al ejercicio de la medicina en Colombia en segunda instancia.</p> <p>Parágrafo. Con el fin de fortalecer y fomentar las buenas prácticas en las áreas de la salud, las autoridades competentes deberán promover la creación de comités de ética para las diferentes profesiones de la salud que no cuentan con los mismos.</p>	<p>Artículo 449 113. Traslado a los Tribunales de Ética de los Trabajadores de la Salud. Las autoridades pondrán en conocimiento de los Tribunales de Ética de cada profesión mediante la compulsión de copias respectiva por toda evidencia que, con motivo de las investigaciones y procesos en casos regulados por la presente Ley, implique faltas ético disciplinarias que se presenten durante la práctica profesional.</p> <p>De conformidad a la Ley 23 de 1981, los comités de ética deberán trasladar a los Tribunales de Ética los procesos disciplinarios ético profesionales que se presenten por razón de quejas relativas al ejercicio de la medicina en Colombia en segunda instancia.</p> <p>Parágrafo. Con el fin de fortalecer y fomentar las buenas prácticas en las áreas de la salud, las autoridades competentes deberán promover la creación de comités de ética para las diferentes profesiones de la salud que no cuentan con los mismos.</p>	<p>Se ajusta numeración del artículo, quedando con el número 113; no se realizan ajustes en su contenido.</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>TÍTULO XII DISPOSICIONES GENERALES</p>	<p>TÍTULO XII DISPOSICIONES GENERALES</p>		<p>previstos en el artículo 279 de la ley 100 de 1993.</p>	<p>de la Empresa Colombiana de Petróleos, Ecopetrol, y en los términos previstos en el artículo 279 de la ley 100 de 1993.</p>	
<p>Artículo 120. Sujeción a disponibilidades presupuestales y al Marco Fiscal de Mediano Plazo. Las normas de la presente ley que afecten recursos del Presupuesto General de la Nación, deberán sujetarse a las disponibilidades presupuestales, al Marco de Gasto de Mediano Plazo y al Marco Fiscal de Mediano Plazo.</p>	<p>Artículo 120 114. Sujeción a disponibilidades presupuestales y al Marco Fiscal de Mediano Plazo. Las normas de la presente ley que afecten recursos del Presupuesto General de la Nación, deberán sujetarse a las disponibilidades presupuestales, al Marco de Gasto de Mediano Plazo y al Marco Fiscal de Mediano Plazo.</p>	<p>Se ajusta numeración del artículo quedando con el número 114, no se realizan cambios en el contenido.</p>	<p>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 los modifique, adicione o sustituyan.</p>	<p>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 los modifique, adicione o sustituyan</p>	
<p>Artículo 121. 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. El régimen de salud y seguridad social del magisterio continuará vigente, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente ley, los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989 cuyo régimen de salud será el previsto en dicha norma y los de la Empresa Colombiana de Petróleos, Ecopetrol, en los términos</p>	<p>Artículo 121 115. 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, los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989 cuyo régimen de salud será el previsto en dicha norma y los</p>	<p>Se hace ajuste en la numeración del articulado, quedando con el número 115, se incluye mención al régimen de Fuerzas Militares, se ajusta redacción.</p>	<p>Artículo 122. 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.</p> <p>De conformidad con el Artículo 150 numeral 10 de</p>	<p>Artículo 122 79. 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.</p> <p>De conformidad con el Artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la</p>	<p>Se reubica este artículo en el Título VI, se ajusta numeración del articulado, quedando con el número 79, no se hace modificación del contenido.</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) respecto a:</p> <p>a. Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión.</p> <p>b. Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.</p> <p>c. Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.</p> <p>d. La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.</p> <p>Parágrafo. El Gobierno Nacional de manera</p>	<p>República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) respecto a:</p> <p>a. Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión.</p> <p>b. Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.</p> <p>c. Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.</p> <p>d. La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.</p> <p>Parágrafo. El Gobierno Nacional de manera</p>		<p>Pública y los procesos propios.</p> <p>Parágrafo. El Gobierno Nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.</p> <p>Artículo 123. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y Decreto 2957 de 2010.</p>	<p>concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.</p> <p>Artículo 123 80. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y Decreto 2957 de 2010.</p>	<p>Se ajusta numeración del artículo en el Título VI, se ajusta numeración del articulado, quedando con el número 80, no se hace modificación del contenido.</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Para tal efecto y de conformidad con el Artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de las 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.</p>	<p>Para tal efecto y de conformidad con el Artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de las 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.</p>		<p>las brechas urbano-rurales en el acceso, la prevención y la atención en salud.</p>	<p>acceso, la prevención y la atención en salud.</p>	
<p>Artículo 124. Plan Nacional de Salud Rural. En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), incluyendo además en sus prioridades a las subregiones y municipios de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial PDET, las Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado de Colombia (ZOMAC) y las Regiones Paz en concordancia con la Ley 2272 de 2022 y demás disposiciones. El propósito de dicho Plan será reducir</p>	<p>Artículo 116. Plan Nacional de Salud Rural. En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), incluyendo además en sus prioridades a las subregiones y municipios de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial PDET, las Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado de Colombia (ZOMAC) y las Regiones Paz en concordancia con la Ley 2272 de 2022 y demás disposiciones. El propósito de dicho Plan será reducir las brechas urbano-rurales en el</p>	<p>Se ajusta numeración del articulado, quedando con el número 116 no se hace modificación del contenido.</p>	<p>El gobierno nacional deberá formular el Plan de manera participativa con las organizaciones campesinas, de mujeres, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades étnicas presentes en los territorios rurales. Dicho plan, será implementado dando cumplimiento al punto 1.3.2.1 del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" adoptado mediante el Acto Legislativo 02 de 2017, para ello se articulará con las estrategias de Atención Primaria en Salud, aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, las sedes de atención descentralizadas en salud rural, el enfoque de determinantes sociales, el enfoque territorial, diferencial y de género, entre otros aspectos de la presente ley que permitan la formulación y gestión del Plan Nacional de Salud Rural.</p>	<p>El gobierno nacional deberá formular el Plan de manera participativa con las organizaciones campesinas, de mujeres, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades étnicas presentes en los territorios rurales. Dicho plan, será implementado dando cumplimiento al punto 1.3.2.1 del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" adoptado mediante el Acto Legislativo 02 de 2017, para ello se articulará con las estrategias de Atención Primaria en Salud, aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, las sedes de atención descentralizadas en salud rural, el enfoque de determinantes sociales, el enfoque territorial, diferencial y de género, entre otros aspectos de la presente ley que permitan la formulación y gestión del Plan Nacional de Salud Rural.</p> <p>Parágrafo 1. El Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Parágrafo 1. El Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de seis meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para la formulación e inicio de implementación del Plan Nacional de Salud Rural.</p> <p>Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos que propendan por el efectivo cumplimiento de las acciones e intervenciones estipuladas en el Plan Nacional de Salud Rural, de acuerdo al cálculo de costos según las características y necesidades de cada territorio, los cuales estarán dirigidos a el fortalecimiento y la recuperación de la infraestructura en salud, dotación en salud, garantías de acceso en salud y el mejoramiento de la calidad de la atención integral en la red pública de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.</p> <p>Parágrafo 3. Para la formulación e implementación del Plan</p>	<p>Protección Social tendrá un plazo de seis meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para la formulación e inicio de implementación del Plan Nacional de Salud Rural.</p> <p>Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos que propendan por el efectivo cumplimiento de las acciones e intervenciones estipuladas en el Plan Nacional de Salud Rural, de acuerdo al cálculo de costos según las características y necesidades de cada territorio, los cuales estarán dirigidos a el fortalecimiento y la recuperación de la infraestructura en salud, dotación en salud, garantías de acceso en salud y el mejoramiento de la calidad de la atención integral en la red pública de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.</p> <p>Parágrafo 3. Para la formulación e implementación del Plan Nacional de Salud Rural se deberá tener en cuenta e incluir además los siguientes enfoques:</p>		<p>Nacional de Salud Rural se deberá tener en cuenta e incluir además los siguientes enfoques:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salud para las mujeres rurales, campesinas e identidades diversas. 2. Salud ruralidad y ambiente. 3. Salud de las y los trabajadores rurales 4. Salud para los menores de edad residentes rurales. <p>Parágrafo 4. Para el seguimiento y evaluación del PNSR el Gobierno Nacional creará el Observatorio Nacional de Salud Rural.</p> <p>Parágrafo 5. Para cubrir la demanda de atención integral en salud en el sector rural, el Gobierno Nacional podrá desarrollar estrategias con organismos de cooperación internacional y con el sector no lucrativo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salud para las mujeres rurales, campesinas e identidades diversas. 2. Salud ruralidad y ambiente. 3. Salud de las y los trabajadores rurales 4. Salud para los menores de edad residentes rurales. <p>Parágrafo 4. Para el seguimiento y evaluación del PNSR el Gobierno Nacional creará el Observatorio Nacional de Salud Rural.</p> <p>Parágrafo 5. Para cubrir la demanda de atención integral en salud en el sector rural, el Gobierno Nacional podrá desarrollar estrategias con organismos de cooperación internacional y con el sector no lucrativo.</p>	
<p>TÍTULO XIII DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y VARIAS</p>	<p>TÍTULO XIII DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y VARIAS</p>		<p>Artículo 125. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma</p>	<p>Artículo 121. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma</p>	<p>Se ajusta numeración del articulado, quedando en con el número 121. Se hace aclaración sobre la permanencia en la IPS</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>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.</p> <p>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:</p> <p>1. Los pacientes que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes, en tratamientos de enfermedades que no</p>	<p>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.</p> <p>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:</p> <p>1. Los pacientes que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes, en tratamientos de enfermedades que no puedan ser interrumpidos o cuya</p>	<p>básica asignada por la EPS, mientras se obtiene la adscripción al CAPS correspondiente, se elimina el numeral 10.</p>	<p>podrían ser interrumpidos o cuya interrupción sea riesgosa, seguirán atendidos por los prestadores de servicios de salud y los contratos con estos, serán automáticamente subrogados por quien asuma la gestión del riesgo, según las reglas que se establecen en la transición, 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. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas. 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,</p>	<p>interrupción sea riesgosa, seguirán atendidos por los prestadores de servicios de salud y los contratos con estos, serán automáticamente subrogados por quien asuma la gestión del riesgo, según las reglas que se establecen en la transición, 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. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas. De igual forma se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos. El Estado</p>	
<p>los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el sistema de salud.</p> <p>2. Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan requisitos de permanencia y a la fecha de vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, que 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</p>	<p>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.</p> <p><u>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.</u></p> <p>2. Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan requisitos de permanencia y a la fecha de vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, que decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida, acordarán con</p>		<p>Salud al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.</p> <p>3. Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de expedición 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 UPC y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al nuevo sistema de aseguramiento social del Sistema de Salud. La Administradora de Recursos para la Salud, ADRES, efectuará el reconocimiento y giro de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento social en salud. Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas</p>	<p>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 al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.</p> <p>3. Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de expedición de la presente Ley, no</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>por los Centros de Atención Primaria en Salud en la medida en que entren en operación. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán aplicables a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios hasta por el periodo de transición de dos 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.</p> <p>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.</p>	<p>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 UPC y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al nuevo sistema de aseguramiento social del Sistema de Salud. La Administradora de Recursos para la Salud, ADRES, efectuará el reconocimiento y giro de las Unidades de Pago por Capitalización y demás recursos del aseguramiento social en salud. Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los Centros de Atención Primaria en Salud en la medida en que entren en operación. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán aplicables a las</p>		<p>Para la armonización de la operación de transición y evolución de las Entidades Promotoras de Salud con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:</p> <p>a. En un territorio donde haya una sola Entidad Promotora de Salud, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.</p> <p>b. En los territorios donde no queden Entidades Promotoras de Salud, los Centros de Atención Primaria en Salud, 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 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</p>	<p>Entidades Administradoras de Planes de Beneficios hasta por el periodo de transición de dos 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.</p> <p>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 con el nuevo Sistema</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Promotoras de Salud liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.</p> <p>4. Si no existiesen los Centros de Atención Primaria en Salud 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.</p> <p>5. 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 inscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y</p>	<p>de Salud, se observarán las siguientes reglas:</p> <p>a. En un territorio donde haya una sola Entidad Promotora de Salud, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.</p> <p>b. En los territorios donde no queden Entidades Promotoras de Salud, los Centros de Atención Primaria en Salud, 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 con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento</p>		<p>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. Las Entidades Promotoras de Salud 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 al plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social</p> <p>6. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que así lo acuerden con el Gobierno Nacional, la Administradora de Recursos de la Salud ADRES y con las</p>	<p>territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de Entidades Promotoras de Salud liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.</p> <p>4. Si no existiesen los Centros de Atención Primaria en Salud 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.</p> <p>5. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>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 que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria en Salud.</p> <p>7. Las Entidades Promotoras de Salud durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan su tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud.</p> <p>8. Las Entidades Promotoras de Salud podrán acordar con el</p>	<p>aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la inscripción 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. Las Entidades Promotoras de Salud 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 al plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del</p>		<p>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.</p> <p>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, 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</p>	<p>Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>6. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que así lo acuerden con el Gobierno Nacional, la Administradora de Recursos de la 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 que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria en Salud.</p> <p>7. Las Entidades Promotoras de Salud durante su permanencia en el periodo de transición o</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>funciones de dirección o asesoramiento.</p> <p>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.</p>	<p>cuando hagan su tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud.</p> <p>8. Las Entidades Promotoras de Salud 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</p>		<p>La Administradora de Recursos 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. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación 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 hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo sistema de aseguramiento social en salud. Las competencias aquí previstas para la Administradora de Recursos 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.</p>	<p>en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.</p> <p>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, 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.</p> <p>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</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>9. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. CISA, podrá gestionar, adquirir, administrar, 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 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 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</p>	<p>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.</p> <p>La Administradora de Recursos 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.</p>		<p>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.</p> <p>10. La Nación dispondrá los recursos necesarios para adelantar los procesos de cesión de créditos a favor de las instituciones prestadoras de salud y la Central de Inversiones S.A. -CISA podrá aplicar sus políticas de normalización de esta clase de activos; una vez adelante el recaudo de esta cartera la Central de Inversiones S.A. - CISA deberá girar el producto del recaudo de esta cartera al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez descontada su comisión por la gestión de cobranza.</p> <p>11. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un</p>	<p>Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación 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 hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo sistema de aseguramiento social en salud. Las competencias aquí previstas para la Administradora de Recursos 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.</p> <p>9. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. CISA podrá</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>término no mayor a seis (6) meses, a partir de la vigencia de la presente ley establecerá la reglamentación y conformación del Consejo Nacional de Salud.</p> <p>12. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis meses a partir de la vigencia de la presente ley establecerá los reglamentos para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.</p> <p>13. El Gobierno Nacional, diseñará programas de fortalecimiento institucional y financiero para las empresas Sociales del Estado que se transformen en Instituciones de Salud del Estado, los cuales estarán en cabeza del ministerio de salud y protección social.</p>	<p>gestionar, adquirir, administrar, 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 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 que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de</p>			<p>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.</p> <p>10. La Nación dispondrá los recursos necesarios para adelantar los procesos de cesión de créditos a favor de las instituciones prestadoras de salud y la Central de Inversiones S.A. -CISA podrá aplicar sus políticas de normalización de esta clase de activos; una vez adelante el recaudo de esta cartera la Central de Inversiones S.A. - CISA deberá girar el producto del recaudo de esta cartera al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez</p>	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
	<p>descontada su comisión por la gestión de cobranza.</p> <p>10. 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 y conformación del Consejo Nacional de Salud.</p> <p>11. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis meses a partir de la vigencia de la presente ley establecerá los reglamentos para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.</p> <p>12. El Gobierno Nacional, diseñará programas de fortalecimiento institucional y financiero para las empresas Sociales del</p>		<p>Estado que se transformen en Instituciones de Salud del Estado, los cuales estarán en cabeza del ministerio de salud y protección social.</p> <p>Artículo 126. Atención de las peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios durante el periodo de transición. 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 Empresas Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud y la conformación de sus Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. Las Empresas 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</p>	<p>Artículo 126 122. Atención de las peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios durante el periodo de transición. 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 Empresas Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud y la conformación de sus Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. Las Empresas 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</p>	<p>Se ajusta numeración del articulado, quedando con el número 122; no se hacen ajustes en el contenido.</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>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.</p> <p>Artículo 127. Transición hacia las nuevas Instituciones de Salud del Estado - ISE. En adelante, las Empresas Sociales del Estado adoptarán su denominación de Instituciones de Salud del Estado por mandato de la presente ley.</p> <p>En cuanto a los demás regímenes jurídicos deberán entenderse de aplicación inmediata. Las actuaciones y procesos que se venían adelantando a la fecha de vigencia de la presente ley, continuarán bajo las disposiciones con las que fueron iniciadas hasta su culminación. El actual gerente o director de la Empresa Social del Estado continuará ejerciendo el cargo de director de la Institución de Salud del Estado - ISE hasta finalizar el periodo para el cual fue nombrado, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el</p>	<p>las Empresas Promotoras de Salud (EPS), y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.</p> <p>Artículo 127 123. Transición hacia las nuevas Instituciones de Salud del Estado - ISE. En adelante, las Empresas Sociales del Estado adoptarán su denominación de Instituciones de Salud del Estado por mandato de la presente ley.</p> <p>En cuanto a los demás regímenes jurídicos deberán entenderse de aplicación inmediata. Las actuaciones y procesos que se venían adelantando a la fecha de vigencia de la presente ley, continuarán bajo las disposiciones con las que fueron iniciadas hasta su culminación. El actual gerente o director de la Empresa Social del Estado continuará ejerciendo el cargo de director de la Institución de Salud del Estado - ISE hasta finalizar el periodo para el cual fue nombrado, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el Director en los términos</p>	<p>Se ajusta numeración del articulado, quedando con el número 123; no se hacen cambios en el contenido.</p>	<p>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 Hospitalarias Estatales, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.</p> <p>En todo caso, las Instituciones de Salud del Estado mantendrán ininterrumpidamente la prestación de los servicios de salud a su cargo. 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</p>	<p>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 Hospitalarias Estatales, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.</p> <p>En todo caso, las Instituciones de Salud del Estado mantendrán ininterrumpidamente la prestación de los servicios de salud a su cargo. 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</p>	<p></p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>el gobierno nacional determinará las fases y períodos 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, las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Cuando exista una infraestructura pública que esté siendo operada por terceros, se propenderá su constitución, organización y funcionamiento bajo el régimen de las Instituciones de Salud del Estado - ISE. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que en la fecha de la presente ley estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, serán convertidas en Instituciones de Salud del Estado -ISE del</p>	<p>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, las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Cuando exista una infraestructura pública que esté siendo operada por terceros, se propenderá su constitución, organización y funcionamiento bajo el régimen de las Instituciones de Salud del Estado - ISE. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que en la fecha de la presente ley estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, serán convertidas en Instituciones de Salud del Estado -ISE del</p>		<p>respectivo nivel de Gobierno.</p>		
			<p>Artículo 128. ELIMINADO.</p>		
			<p>Artículo 129. Unidad de Pago por Capitación (UPC). El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población y sus prestaciones económicas, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral. Este valor se determinará mediante estudios técnicos, que consideren ajustadores de riesgo en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población. El Ministerio de Salud y Protección Social estará encargado de presentar al Consejo Nacional de Salud</p>	<p>Artículo 429 66. Unidad de Pago por Capitación (UPC). El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población y sus prestaciones económicas, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral. Este valor se determinará mediante estudios técnicos, que consideren ajustadores de riesgo en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población. El Ministerio de Salud y Protección Social estará encargado de presentar al Consejo Nacional de Salud los factores de ajuste de la</p>	<p>Se reubica artículo en el Título IV, se ajusta numeración quedando con el número 66; no se hacen cambios en el contenido.</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>los factores de ajuste de la UPC antes de finalizar cada año y este recomendará al Gobierno Nacional su aplicación para la siguiente vigencia y la proyección estimada para los próximos tres años. El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios de salud. Artículo 130. Criterios para la asignación y distribución de los recursos de la UPC para el aseguramiento social en salud. Para garantizar la suficiencia de recursos, la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los residentes en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social destinará los recursos de la UPC así: 1. Asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento de la Atención Primaria Integral en Salud, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el</p>	<p>UPC antes de finalizar cada año y este recomendará al Gobierno Nacional su aplicación para la siguiente vigencia y la proyección estimada para los próximos tres años. El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios de salud. Artículo 430 67. Criterios para la asignación y distribución de los recursos de la UPC para el aseguramiento social en salud. Para garantizar la suficiencia de recursos, la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los residentes en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social destinará los recursos de la UPC así: 1. Asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento de la Atención Primaria Integral en Salud, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de</p>	<p>Se reubica artículo dentro del Título IV, se ajusta numeración quedando con el número 67, se ajusta denominación del Atención Primaria Integral.</p>	<p>territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes. La financiación de la Atención Primaria Integral en Salud se hará vía oferta, según se define en la presente Ley. 2. Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano, aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías prioritizadas y otras variables que sean pertinentes. Parágrafo 1. En casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, el Estado podrá concurrir con recursos financieros para asumir el riesgo financiero derivado de la misma. Parágrafo 2. Los recursos que financian el aseguramiento en salud de</p>	<p>operación y demás variables que sean pertinentes. La financiación de la Atención Primaria Integral en Salud se hará vía oferta, según se define en la presente Ley. 2. Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano, aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías prioritizadas y otras variables que sean pertinentes. Parágrafo 1. En casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, el Estado podrá concurrir con recursos financieros para asumir el riesgo financiero derivado de la misma. Parágrafo 2. Los recursos que financian el aseguramiento en salud de</p>	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
<p>que trata el numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, integran la subcuenta de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud para la financiación del per cápita destinado a la Atención Primaria Integral en Salud.</p> <p>Parágrafo 3. Los recursos complementarios de cofinanciación previstos en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 se destinarán a la financiación del per cápita definido para la atención en salud de la mediana y alta complejidad.</p>	<p>artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, integran la subcuenta de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud para la financiación del per cápita destinado a la Atención Primaria Integral en Salud.</p> <p>Parágrafo 3. Los recursos complementarios de cofinanciación previstos en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 se destinarán a la financiación del per cápita definido para la atención en salud de la mediana y alta complejidad.</p>		<p>para hacer parte de las redes definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS- gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud, así como a solicitar la remuneración por sus servicios ante la Administradora de Recursos del Sistema de Salud -ADRES- como pagador único, lo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas e incentivos. Lo anterior, preservando las modalidades de acuerdo de voluntades existentes, sin perjuicio de otras modalidades para garantizar la contención de costos en salud y el cuidado integral de la población.</p>	<p>definidas <u>habilitadas</u> por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS- gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.</p> <p><u>Una vez registrado y certificado en la RISS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la ADRES, pagador único, para poder recibir así como a solicitar la remuneración por sus servicios ante la Administradora de Recursos del Sistema de Salud -ADRES- como pagador único;</u> <u>el acuerdo</u> lo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, <u>del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorías tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la ADRES, con base en</u> los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, <u>que haya convenido con la Entidad Territorial y la Gestora para la organización de la RISS,</u> <u>junto con los mecanismos</u></p>	
<p>Artículo 131. Acuerdos de Voluntades. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 12 de la presente ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las RISS, que les habilita</p>	<p>Artículo 131. Acuerdos de Voluntades. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 12 de la presente ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las RISS, que les habilita <u>faculta</u> para hacer parte de las redes</p>	<p>Se ajusta artículo dentro del Título IV, quedando con el número 68, se ajusta aspectos relacionados con los requisitos para recibir pago por parte de la ADRES.</p>			
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>Artículo 132. De la Identificación Única del Talento Humano en Salud. La identificación del talento humano en salud se consultará por medio del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus). El cumplimiento de los requisitos para ejercer el nivel técnico profesional, tecnológico, profesión u ocupación, se verificará a través del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus). El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por 1ª vez en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, será el equivalente a diez Unidades de Valor Tributario (UVT), cuando el número de graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) para las</p>	<p>para la verificación y control de metas e incentivos. Lo anterior, preservando las modalidades de acuerdo de voluntades existentes, sin perjuicio de otras modalidades para garantizar la contención de costos en salud y el cuidado integral de la población.</p>	<p>Se reubica artículo en Título X, se ajusta numeración quedando con el número 110, no se hacen cambios en su contenido.</p>	<p>profesiones asociadas al colegio o consejo profesional corresponda entre 1 a 3000 personas al año y de 8 UVT para los que reporten un número de graduados de más de 3000, a la fecha de la mencionada solicitud. Para el registro de novedades y duplicados el costo será del 40% del costo de por primera vez.</p>	<p>corresponda entre 1 a 3000 personas al año y de 8 UVT para los que reporten un número de graduados de más de 3000, a la fecha de la mencionada solicitud. Para el registro de novedades y duplicados el costo será del 40% del costo de por primera vez.</p>	<p></p>
<p>Artículo 132. De la Identificación Única del Talento Humano en Salud. La identificación del talento humano en salud se consultará por medio del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus). El cumplimiento de los requisitos para ejercer el nivel técnico profesional, tecnológico, profesión u ocupación, se verificará a través del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus). El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por 1ª vez en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, será el equivalente a diez Unidades de Valor Tributario (UVT), cuando el número de graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) para las</p>	<p>Artículo 132. De la Identificación Única del Talento Humano en Salud. La identificación del talento humano en salud se consultará por medio del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus). El cumplimiento de los requisitos para ejercer el nivel técnico profesional, tecnológico, profesión u ocupación, se verificará a través del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus). El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por 1ª vez en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, será el equivalente a diez Unidades de Valor Tributario (UVT), cuando el número de graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) para las profesiones asociadas al colegio o consejo profesional</p>	<p>Se reubica artículo en el Título X, se ajusta numeración quedando con el número 103, no se hacen cambios en su contenido.</p>	<p>Artículo 133. Cumplimiento de la normatividad vigente. El Gobierno Nacional dará cumplimiento en un término no superado a tres años a lo establecido en el artículo 2º del Decreto Ley 2400 de 1968, a las Sentencias C 614 de 2009 y C 171 de 2012 de la Corte Constitucional, vinculado gradualmente a los servidores públicos en los empleos que se creen para el efecto. La formalización laboral se hará teniendo en cuenta la antigüedad, cualquiera que haya sido la forma de vinculación y respetando las condiciones laborales, salariales y prestacionales propias del respectivo cargo.</p> <p>Artículo 134. Observatorio de Talento Humano en Salud. El Gobierno nacional, dentro</p>	<p>Artículo 133. Cumplimiento de la normatividad vigente. El Gobierno Nacional dará cumplimiento en un término no superado a tres años a lo establecido en el artículo 2º del Decreto Ley 2400 de 1968, a las Sentencias C 614 de 2009 y C 171 de 2012 de la Corte Constitucional, vinculado gradualmente a los servidores públicos en los empleos que se creen para el efecto. La formalización laboral se hará teniendo en cuenta la antigüedad, cualquiera que haya sido la forma de vinculación y respetando las condiciones laborales, salariales y prestacionales propias del respectivo cargo.</p> <p>Artículo 134. Observatorio de Talento Humano en Salud. El Gobierno nacional, dentro de</p>	<p>Se reubica artículo en el título IX, se ajusta la numeración, quedando con el número 99, no se</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, adelantará la reorganización del Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS), de manera que este se desarrolle como una iniciativa de cooperación entre varios sectores y organizaciones para mejorar las decisiones políticas en materia de THS, para el incremento de información y desarrollo de capacidades para mejorar el desarrollo del personal sanitario. El OTHS deberá tener como principales funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La consolidación de información sobre el THS. 2. El análisis y la obtención de pruebas sobre la dinámica del mercado laboral. 3. La identificación de las cuestiones clave de la política de THS. 4. La revisión y perfeccionamiento de los sistemas de información y seguimiento del THS, incluidos los indicadores clave y los métodos para compartir datos. 5. La implementación de métodos para el análisis 	<p>los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, adelantará la reorganización del Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS), de manera que este se desarrolle como una iniciativa de cooperación entre varios sectores y organizaciones para mejorar las decisiones políticas en materia de THS, para el incremento de información y desarrollo de capacidades para mejorar el desarrollo del personal sanitario. El OTHS deberá tener como principales funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La consolidación de información sobre el THS. 2. El análisis y la obtención de pruebas sobre la dinámica del mercado laboral. 3. La identificación de las cuestiones clave de la política de THS. 4. La revisión y perfeccionamiento de los sistemas de información y seguimiento del THS, incluidos los indicadores clave y los métodos para compartir datos. 5. La implementación de métodos para el análisis de la oferta y la demanda del THS, entre otras. 	<p>hacen cambios en el contenido.</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>evaluar el desarrollo de las políticas públicas sectoriales, conforme a las competencias de cada nivel de gobierno.</p> <p>Los directores departamentales de salud convocarán a su vez, un comité ejecutivo departamental, a los directores territoriales de salud de los municipios, que tendrá como finalidad realizar la coordinación continua de políticas y ejecución de acciones entre el nivel departamental y sus municipios.</p> <p>La regularidad y procedimientos operativos de estos comités serán reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Artículo 136. 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 de Fomento, Desarrollo y Medición de Impacto de la Actividad Física (CONIAF).</p>	<p>desarrollo de las políticas públicas sectoriales, conforme a las competencias de cada nivel de gobierno.</p> <p>Los directores departamentales de salud convocarán a su vez, un comité ejecutivo departamental, a los directores territoriales de salud de los municipios, que tendrá como finalidad realizar la coordinación continua de políticas y ejecución de acciones entre el nivel departamental y sus municipios.</p> <p>La regularidad y procedimientos operativos de estos comités serán reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Artículo 136 117. 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 de Fomento, Desarrollo y Medición de Impacto de la Actividad Física (CONIAF), dispondrán de 12</p>	<p>Se reubica artículo en el título XII, se ajusta numeración, quedando con el número 117; no se hacen cambios en el contenido.</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>de la oferta y la demanda del THS, entre otras.</p> <p>Parágrafo. Estarán obligados a reportar información al OTHS, para el cumplimiento de sus funciones: el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Trabajo, las Instituciones de Educación Superior, Instituciones de Educación para el Trabajo que tengan programas vigentes de formación del THS, las Empresas Gestoras de Salud y Vida, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, privadas y mixtas, los operadores farmacéuticos y en general cualquier institución de cualquier nivel relacionado con la dinámica del THS del país, en la forma y condiciones que determine el Gobierno nacional.</p> <p>Artículo 135. Comité Ejecutivo. El Ministerio de Salud y Protección Social convocará de manera periódica a los directores territoriales de salud de los departamentos y distritos del país, en un comité ejecutivo nacional y que tendrá como finalidad, coordinar las acciones de naturaleza interinstitucional y</p>	<p>Parágrafo. Estarán obligados a reportar información al OTHS, para el cumplimiento de sus funciones: el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Trabajo, las Instituciones de Educación Superior, Instituciones de Educación para el Trabajo que tengan programas vigentes de formación del THS, las Empresas Gestoras de Salud y Vida, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, privadas y mixtas, los operadores farmacéuticos y en general cualquier institución de cualquier nivel relacionado con la dinámica del THS del país, en la forma y condiciones que determine el Gobierno nacional.</p> <p>Artículo 436 33. Comité Ejecutivo. El Ministerio de Salud y Protección Social convocará de manera periódica a los directores territoriales de salud de los departamentos y distritos del país, en un comité ejecutivo nacional y que tendrá como finalidad, coordinar las acciones de naturaleza interinstitucional y evaluar el</p>	<p>Se reubica artículo en el Título III, Capítulo I. Se ajusta numeración, quedando con el número 33, no se hacen cambios en el contenido.</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>Se reubica artículo en el Título III, Capítulo I. Se ajusta numeración, quedando con el número 33, no se hacen cambios en el contenido.</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>	<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
<p>de no garantía de dicha oferta a la población.</p> <p>Artículo 137. 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 gestores comunitarios para realizar consejería en actividad física en el marco de la atención integral y la garantía al derecho a la salud.</p> <p>Los programas de actividad física deberán ser desarrollados y supervisados por profesionales del área de la educación física, deporte y/o recreación o afines conforme la población y el territorio a atender, los cuales contarán con vinculación laboral por el sector deportes o la entidad</p>	<p>Artículo 437 118. 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 gestores comunitarios para realizar consejería en actividad física en el marco de la atención integral y la garantía al derecho a la salud.</p> <p>Los programas de actividad física deberán ser desarrollados y supervisados por profesionales de la salud, del área de la educación física, deporte y/o recreación o afines conforme la población y el territorio a atender, los cuales contarán con vinculación laboral por el sector deportes o la entidad territorial, conforme competencias.</p>	<p>Se reubica artículo en el título XII, se ajusta la numeración, quedando con el número 118; se incluye mención a profesionales de la salud en la realización de programas de actividad física.</p>	<p>territorial, conforme competencias.</p> <p>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.</p> <p>Parágrafo 2. Los profesionales del área de la salud, actividad física, deporte y/o recreación o afines 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.</p> <p>Parágrafo 3. Las Entidades Territoriales deberán garantizar la accesibilidad y disponibilidad de los programas de actividad física y los profesionales requeridos en el territorio de su jurisdicción y la articulación con los Centros de Atención Primaria en Salud.</p>	<p>Parágrafo 1. Los programas de actividad física deberán estar diseñados para atender las necesidades de salud y características específicas de cada persona, familia o comunidad considerando su edad, estado de salud, estilos de vida, cultura y características del territorio.</p> <p>Parágrafo 2. Los profesionales del área de la salud, actividad física, deporte y/o recreación o afines 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.</p> <p>Parágrafo 3. Las Entidades Territoriales deberán garantizar la accesibilidad y disponibilidad de los programas de actividad física y los profesionales requeridos en el territorio de su jurisdicción y la articulación con los Centros de Atención Primaria en Salud.</p> <p>Parágrafo 4. En el marco del Sistema de Información Público Unificado Interoperable -SPUIS, las</p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>Parágrafo 4. En el marco del Sistema de Información Público Unificado Interoperable -SPUIS, las Entidades Territoriales, los Centros de Atención Primaria en Salud y demás sectores intervinientes, en el marco de sus competencias, deberán llevar un registro y seguimiento de las personas, familias y comunidades que participen en los programas de actividad física. Así como medir los resultados e impacto en los grupos y poblaciones participantes.</p> <p>Artículo 138. 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</p>	<p>Entidades Territoriales, los Centros de Atención Primaria en Salud y demás sectores intervinientes, en el marco de sus competencias, deberán llevar un registro y seguimiento de las personas, familias y comunidades que participen en los programas de actividad física. Así como medir los resultados e impacto en los grupos y poblaciones participantes.</p> <p>Artículo 438 94. 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</p>	<p>Se reubica artículo en el Título VIII, se ajusta numeración, quedando con el número 94; no se hacen cambios en el contenido.</p>	<p>capacidades en talento humano y mecanismos de evaluación de desempeño de estos, implementación de sistemas informáticos que automatizan procesos, fortalecimiento de ciberseguridad y estandarización de procesos técnicos, regulatorios y eliminación de barreras administrativas basado en las mejores prácticas internacionales adoptados y adaptados 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. 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 Administrativo de la Función Pública y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.</p>	<p>humanos y mecanismos de evaluación de desempeño de estos, implementación de sistemas informáticos que automatizan 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 adaptados 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. 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 Administrativo de la Función Pública y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.</p> <p>La transformación deberá incluir el fortalecimiento del recurso humano y tecnológico, la ciberseguridad</p>	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
<p>La transformación deberá incluir el fortalecimiento del recurso humano y tecnológico, la ciberseguridad y la optimización de procesos y trámites. En particular, los registros sanitarios otorgados deberán pasar una vigencia indefinida con vigilancia periódica y permanente respondiendo al nivel de riesgo que implique. Así mismo, las modificaciones de registro sanitario que no intervengan con la calidad y seguridad del producto deberán ser automáticas. Para los medicamentos de venta libre y entendiéndolo su bajo nivel de riesgo, la publicidad deberá pasar de la aprobación previa al control posterior con vigilancia en el mercado.</p> <p>El fabricante de alimentos, bebidas y bebidas alcohólicas para consumo humano realizará el Registro sanitario ante el INVIMA, el cual será automático y suficiente para iniciar la fabricación y comercialización de estos. El INVIMA realizará la Inspección, Vigilancia y</p>	<p>y la optimización de procesos y trámites. En particular, los registros sanitarios otorgados deberán pasar una vigencia indefinida con vigilancia periódica y permanente respondiendo al nivel de riesgo que implique. Así mismo, las modificaciones de registro sanitario que no intervengan con la calidad y seguridad del producto deberán ser automáticas. Para los medicamentos de venta libre y entendiéndolo su bajo nivel de riesgo, la publicidad deberá pasar de la aprobación previa al control posterior con vigilancia en el mercado.</p> <p>El fabricante de alimentos, bebidas y bebidas alcohólicas para consumo humano realizará el Registro sanitario ante el INVIMA, el cual será automático y suficiente para iniciar la fabricación y comercialización de estos. El INVIMA realizará la Inspección, Vigilancia y Control Sanitario con enfoque de riesgo.</p> <p>El Invima contará con un sistema de información que fortalezca las acciones de Inspección, vigilancia y control sanitario.</p>	
<p>los servidores públicos de la salud en los términos establecidos en la Constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y precedentes jurisprudenciales.</p> <p>Artículo 140. Prevalencia en cuidadores o asistentes personales. Cuando se determine la contratación de una o más personas por parte de una Institución Prestadora de servicios de Salud o quien haga sus veces para la prestación de servicios domiciliarios a personas con discapacidad, se dará prevalencia en la contratación, a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal de forma no remunerada, a la persona con discapacidad beneficiaria del servicio, siempre y cuando se cuente con el perfil que sea equivalente o superior a la del personal de salud necesario para la prestación de los servicios requeridos por la persona en situación de discapacidad. En ningún caso la vinculación y las condiciones laborales y salariales de la persona</p>	<p>establecidos en la Constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y precedentes jurisprudenciales.</p> <p>Artículo 140. Prevalencia en cuidadores o asistentes personales. Cuando se determine la contratación de una o más personas por parte de una Institución Prestadora de servicios de Salud o quien haga sus veces para la prestación de servicios domiciliarios a personas que lo requieran con discapacidad, se dará prevalencia en la contratación, a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal de forma no remunerada, a la persona con discapacidad beneficiaria del servicio, siempre y cuando se cuente con el perfil que sea equivalente o superior a la del personal de salud necesario para la prestación de los servicios requeridos por la persona en situación de discapacidad. En ningún caso la vinculación y las condiciones laborales y salariales de la persona</p>	<p>Se reubica artículo en el Título XII, se ajusta numeración a 119, se hacen precisiones sobre las personas sujeto de cuidado domiciliario y se adiciona la obligatoriedad del abordaje integral de la salud de las personas cuidadoras.</p>
<p>El fabricante de alimentos, bebidas y bebidas alcohólicas para consumo humano realizará el Registro sanitario ante el INVIMA, el cual será automático y suficiente para iniciar la fabricación y comercialización de estos. El INVIMA realizará la Inspección, Vigilancia y</p>		

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
<p>Control Sanitario con enfoque de riesgo.</p> <p>El Invima contará con un sistema de información que fortalezca las acciones de Inspección, vigilancia y control sanitario.</p> <p>Artículo 139. Derechos y estímulos de los servidores públicos. Con el fin de dar cumplimiento y hacer efectivos los derechos y estímulos contemplados en la Ley de carrera administrativa y demás normas concordantes, el Gobierno Nacional dentro de los 12 meses siguientes a la expedición de la presente Ley, previa consulta y concertación con las organizaciones gremiales y sindicales de los servidores públicos del sector salud, expedirá la reglamentación que contemple mínimamente: ascensos, movilidad salarial, becas, estudios, recreación, bienestar social para el trabajador y su familia, reconocimiento por estudio e investigaciones científicas.</p> <p>Parágrafo. Las entidades de la salud respetarán y protegerán los derechos de asociación y negociación de</p>	<p>Artículo 139 102. Derechos y estímulos de los servidores públicos. Con el fin de dar cumplimiento y hacer efectivos los derechos y estímulos contemplados en la Ley de carrera administrativa y demás normas concordantes, el Gobierno Nacional dentro de los 12 meses siguientes a la expedición de la presente Ley, previa consulta y concertación con las organizaciones gremiales y sindicales de los servidores públicos del sector salud, expedirá la reglamentación que contemple mínimamente: ascensos, movilidad salarial, becas, estudios, recreación, bienestar social para el trabajador y su familia, reconocimiento por estudio e investigaciones científicas.</p> <p>Parágrafo. Las entidades de la salud respetarán y protegerán los derechos de asociación y negociación de la salud en los términos</p>	<p>Se reubica artículo en el Título X, quedando con el número 102, no se hacen modificaciones al contenido.</p>
<p>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará esta materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley con la posibilidad de articular este servicio con el sistema nacional de cuidado.</p> <p>Parágrafo. No podrá alegarse políticas internas de la Entidad o Institución Prestadora de Salud como criterio para imposibilitar la</p>	<p>cuidadora o asistente personal de persona con discapacidad contratada podrán ser inferiores a las del personal de salud que normalmente presta estos servicios.</p> <p>Esta Contratación deberá contar con la aprobación de la persona con discapacidad y del cuidador o asistente personal no remunerado de persona en situación de discapacidad. Para estos efectos, el interesado deberá manifestarlo por escrito ante la respectiva Institución Prestadora de servicios de Salud o a quien corresponda y aportar la documentación que acredite el cumplimiento del requisito establecido en esta Ley.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará esta materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley con la posibilidad de articular este servicio con el sistema nacional de cuidado.</p> <p>Parágrafo. No podrá alegarse políticas internas de la Entidad o Institución Prestadora de Salud como criterio para imposibilitar la</p>	<p>cuidadora o asistente personal de persona con discapacidad contratada podrán ser inferiores a las del personal de salud que normalmente presta estos servicios.</p> <p>Esta Contratación deberá contar con la aprobación de la persona beneficiaria del servicio con discapacidad y del cuidador o asistente personal no remunerado de persona en situación de discapacidad. Para estos efectos, el interesado deberá manifestarlo por escrito ante la respectiva Institución Prestadora de servicios de Salud o a quien corresponda y aportar la documentación que acredite el cumplimiento del requisito establecido en esta Ley.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará esta materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley con la posibilidad de articular este servicio con el sistema nacional de cuidado.</p> <p>Parágrafo. No podrá alegarse políticas internas de la Entidad o Institución Prestadora de Salud como criterio para imposibilitar la</p>

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
contratación de familiares, para afectos de lo señalado en el presente artículo.	contratación de familiares, para afectos de lo señalado en el presente artículo. <u>Parágrafo 2: Todos los prestadores de servicios de salud deberán desarrollar acciones para la prevención, diagnóstico y manejo del síndrome de sobrecarga del cuidador; y garantizar el manejo integral de las demás afectaciones sobre la salud derivadas del cuidado.</u>		Artículo 142. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. A las Instituciones de Salud del Estado ISE e IPS privadas o mixtas, se les concederán créditos blandos con tasas compensadas, según los requisitos que para ello establezca el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con la Administradora de los Recursos de Salud – ADRES y la Financiera de Desarrollo Territorial S.A.FINDETER que les facilite el saneamiento de sus finanzas y les favorezca su estabilización financiera y permanencia en el Sistema de Salud. Se priorizarán prestadores afectados financieramente por EPS liquidadas o en proceso de liquidación.	Artículo 142 74. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. A las Instituciones de Salud del Estado ISE e IPS privadas o mixtas, se les concederán créditos blandos con tasas compensadas, según los requisitos que para ello establezca el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con la Administradora de los Recursos de Salud – ADRES y la Financiera de Desarrollo Territorial S.A.FINDETER que les facilite el saneamiento de sus finanzas y les favorezca su estabilización financiera y permanencia en el Sistema de Salud. Se priorizarán prestadores afectados financieramente por EPS liquidadas o en proceso de liquidación.	Se reubica en el título IV, quedando con el número 74, no se hacen cambios en su contenido.
Artículo 141. Mecanismos de Información para personas en condición de discapacidad. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, Privadas y Mixtas, establecerán mecanismos de información, capacitación y rutas a seguir para las personas con discapacidad y cuidadores, con el fin de garantizar el acceso y prestación a todos los servicios de salud como del fortalecimiento de las redes de apoyo. Para lo anterior podrá coordinar estrategias con las demás entidades del orden nacional, con el objetivo de facilitar el acceso a los diferentes servicios y trámites del Estado.	Artículo 144 120. Mecanismos de Información para personas en condición de discapacidad. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, Privadas y Mixtas, establecerán mecanismos de información, capacitación y rutas a seguir para las personas con discapacidad y cuidadores, con el fin de garantizar el acceso y prestación a todos los servicios de salud como del fortalecimiento de las redes de apoyo. Para lo anterior podrá coordinar estrategias con las demás entidades del orden nacional, con el objetivo de facilitar el acceso a los diferentes servicios y trámites del Estado	Se reubica artículo en el Título XII, quedando con el número 120; no se hacen cambios en el contenido.	Artículo 143. Vigencia. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.	Artículo 143 124. Vigencia. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.	Se ajusta numeración quedando con el número 124.
				Artículo nuevo. Examen Nacional para dirección de ISE. La escogencia de los directores de las ISE se efectuara por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias	Se crea un artículo nuevo sobre el examen nacional para los directores de ISE; se ubica en el Capítulo II del título III, quedando con el número 43
Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
	mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios.			inversión de sus recursos. 3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado.	
Artículo nuevo. Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria (FIDH). Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria. Los recursos del FIDH provenirán, entre otras, de las siguientes fuentes: 1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación. 2. Los rendimientos financieros derivados de la		Se crea un artículo nuevo sobre la creación del Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria, necesario para el facilitar tanto el financiamiento como los trámites administrativos para la dotación y la mejora de infraestructura de la Red Pública Hospitalaria; se ubica en el Capítulo II del título III, quedando con el número 47		4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales. 5. Aportes de otras entidades públicas 6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público. 7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes. 8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías. 9. Donaciones. 10. Cualquier otro recurso de	

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p>destinación específica dirigido al Fondo</p> <p>11. Los demás recursos que le asigne el Gobierno Nacional.</p> <p>12. Los demás recursos que reciba a cualquier título.</p> <p>Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se registrarán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del fondo.</p> <p>El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del fondo.</p> <p>Artículo nuevo. Evaluación gastos administrativos de las Gestoras de Salud y Vida. El Ministerio de Salud</p>	<p>Justificación</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p>y Protección Social evaluará y ajustará cada dos (2) años a partir de estudios técnicos, el porcentaje de gastos administrativos que se le reconoce a las Gestoras de Salud y Vida para el cumplimiento de las funciones asignadas, que no podrá superar el 5% del per cápita asignado para el pago de atención de mediana y alta complejidad, en los términos establecidos en el artículo 51 de la presente ley.</p> <p>En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla los indicadores establecidos, recibirá hasta un 1,5% menos de su ingreso por gastos administrativos, y en caso de que reincida su incumplimiento en dos periodos consecutivos, será objeto de medida de supervisión especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Artículo nuevo. Delimitación y fortalecimiento de la función jurisdiccional y de conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud. Sin perjuicio de</p>	<p>Justificación</p> <p>Se crea un artículo nuevo sobre la delimitación de la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud, se ubica en el título VII,</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p>las funciones jurisdiccionales de la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud previstas en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, se crean las siguientes:</p> <p>a. Conocer a prevención de los procesos ejecutivos promovidos para el cumplimiento efectivo de los compromisos obligatorios de pago y/o depuración de cartera producto de las mesas de saneamiento de cartera, acuerdos conciliatorios y/o cualquier otro acuerdo en la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones de conciliación, siempre y cuando, constituyan un título ejecutivo. Para el propósito de este artículo se seguirá el procedimiento</p>	<p>Justificación</p> <p>quedando con el número 86.</p>
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p> <p>establecido en la Sección Segunda del Código General del Proceso, o el que haga sus veces.</p> <p>b. Conocer de modo privativo de los procesos de insolvencia, reorganización y liquidación judicial, del Régimen de Insolvencia Empresarial previstos en la Ley 1116 de 2006 o la norma que la adicione, modifique o sustituya, para los sujetos vigilados.</p> <p>c. Conocer a prevención de las acciones revocatorias de los actos y/o contratos a que se refiere el numeral 7 del artículo 301 del Decreto Ley 663 de 1993, para medidas de intervención forzosa administrativa para liquidar, ordenadas por la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	<p>Justificación</p>

<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
	<p>d. Conocer a prevención de la acción de desestimación de la personalidad jurídica cuando se utilice para defraudar la ley, de cara a extender a los accionistas del vigilado. De esta forma responderán solidariamente por las obligaciones nacidas de tales actos y por los perjuicios causados. Así mismo, conocerá de la acción indemnizatoria a que haya lugar por los posibles perjuicios. En esta acción procederá el decreto y práctica de medidas cautelares de embargo y secuestro de bienes de acuerdo a lo señalado en el Código General del Proceso.</p> <p><u>Parágrafo 1. Deróquese el numeral 1 del artículo 3 de la Ley 1116 de 2006.</u></p> <p><u>Parágrafo 2. Con la finalidad de garantizar la imparcialidad y autonomía,</u></p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
	<p><u>procedentes ante la autoridad judicial superior funcional del juez que hubiese conocido del proceso.</u></p> <p><u>Para los efectos de este parágrafo aplicara lo contenido en el artículo 24 parágrafo tercero inciso segundo de la Ley 1564 de 2012 Código General del Proceso.</u></p> <p><u>Parágrafo 4. La Superintendencia Nacional de Salud para el caso de las funciones establecidas en este artículo, administrará justicia bajo el principio de gradualidad de la oferta. De acuerdo con lo anterior, esta autoridad informará las condiciones y la fecha a partir de la cual ejercerá dichas funciones jurisdiccionales.</u></p> <p><u>Parágrafo 5. Deróquese del parágrafo 2 del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificada por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, la expresión, "(...) no podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo (...)".</u></p>	
<p>Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 339 De 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley N° 340 de 2023, N° 341 de 2023 y N° 344 de 2023 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>Texto propuesto para tercer debate</p>	<p>Justificación</p>
	<p><u>en el ejercicio de las funciones del literal b), la Superintendencia Nacional de Salud ajustará su estructura a efectos de garantizar que el área encargada de asumir las funciones jurisdiccionales asignadas por la presente ley cuente con la debida independencia frente a las demás áreas encargadas del ejercicio de las funciones de supervisión e instrucción.</u></p> <p><u>Dentro del plazo previsto en el inciso anterior, el Gobierno nacional establecerá los requisitos de admisión de las personas jurídicas vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de insolvencia.</u></p> <p><u>Parágrafo 3. Para las funciones de que tratan los literales a), c), d) y e) del presente artículo, la Superintendencia Nacional de Salud tendrá las mismas atribuciones de las instancias procesales, primera o única, que hubiesen conocido del mismo en razón de la cuantía y jurisdicción, sin perjuicio de los recursos</u></p>	
<p>7. CONFLICTOS DE INTERÉS</p> <p>El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 establece el régimen de conflicto de interés para los congresistas. De conformidad con la jurisprudencia del Consejo de Estado y la Corte Constitucional, para que se configure el conflicto de intereses como causal de pérdida de investidura deben presentarse las siguientes condiciones o supuestos: (i) Que exista un interés directo, particular y actual: moral o económico, (ii) Que el congresista no manifieste su impedimento a pesar de que exista un interés directo en la decisión que se ha de tomar, (iii) Que el congresista no haya sido separado del asunto mediante recusación, (iv) Que el congresista haya participado en los debates y/o haya votado, (v) Que la participación del congresista se haya producido en relación con el trámite de leyes o de cualquier otro asunto sometido a su conocimiento.</p> <p>En virtud de lo estipulado en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, que modificó el artículo 291 de la Ley 5a de 1992, señala:</p> <p>El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo con el artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar.</p> <p>Por lo cual, en cumplimiento de lo dispuesto en el marco normativo citado, nos permitimos señalar que en el trámite de este Proyecto podrían incurrir en conflicto de interés cuando los congresistas o su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil puedan obtener beneficios directos o actuales del presente proyecto.</p> <p>Además, en cumplimiento de lo dispuesto en el marco normativo citado, nos permitimos señalar que no existen conflicto de intereses para la discusión y aprobación del presente proyecto de ley por parte de quienes suscribimos esta ponencia.</p>		

8. PROPOSICIÓN

Con base en las anteriores consideraciones, y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de la ley 5 de 1992, rendimos PONENCIA POSITIVA para tercer debate al Proyecto de Ley No. 216 de 2023 Senado, 339 de 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley números. 340 de 2023 Cámara, 341 de 2023 Cámara, y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara, "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", con modificaciones, de conformidad con el pliego de modificaciones.

Delos Honorables Senadores,

Handwritten signatures: Wilson Arias, Omar Rincón, Omar Ego, Ferruz Soho I., Martha Isabel Parada Espino.

9. TEXTO PROPUESTO PARA TERCER DEBATE

INFORME DE PONENCIA PARA TERCER DEBATE AL PROYECTO DE LEY No. 216 de 2023 Senado, Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara, Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara, y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

DECRETA:

TÍTULO I OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud.

Desarrolla un modelo de salud en el marco de la atención primaria, organiza sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articula a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganiza los destinos y usos de los recursos financieros, establece un sistema público unificado e interoperable de información, fortalece la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; define criterios para el desarrollo de políticas en ciencia, tecnología e innovación en salud, así como de formación y condiciones de trabajo digno y fija las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

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

TÍTULO II MODELO DE SALUD BASADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Artículo 3. Atención Primaria en Salud (APS). La Atención Primaria en Salud se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Se encuentra constituida de manera

integrada e interdependiente por la acción transectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las redes integrales e integradas de servicios de salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemática, permanente y resolutive e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Es transversal al sistema de salud y todos los integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, lo cual debe evidenciarse en cada interacción del sistema con las personas, familias y comunidades.

El desarrollo de la atención primaria en salud contemplará, entre otros aspectos, los siguientes:

- 1. Identificación, con participación comunitaria, de las condiciones sociales que inciden en la calidad de vida y en la salud, así como de las inequidades existentes entre grupos de población según su ubicación territorial.
2. Formulación, con participación comunitaria, de políticas y planes transectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, espacio público, salud ocupacional y control de violencia interpersonal, de género e intrafamiliar.
3. La provisión integral e integrada, con financiación del sistema de salud, de los servicios de salud individuales y colectivos.
4. La atención domiciliaria y en los entornos comunitario, escolar, laboral e institucional en salud a través de equipos de salud territorial con el propósito de eliminar barreras de acceso a los servicios de salud, a toda la población del territorio nacional, incluyendo la atención de personas con dependencia funcional por discapacidad, curso de vida, o situaciones de salud agudas o crónicas.
5. El fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia y seguimiento de las personas asegurando así la continuidad de la atención y coordinando la adecuada derivación a los equipos de salud territorial.
6. La coordinación con otros sectores para su integración en el sistema de referencia y contrarreferencia y generación de respuestas transectoriales según caracterización de salud familiar y comunitaria.
7. Se tendrá una perspectiva de salud mental en todas las actuaciones sectoriales y transectoriales y se buscará el fortalecimiento de las capacidades de las personas, familias y comunidades en todo el curso de vida, para transitar la vida cotidiana, establecer relaciones significativas y ser productivos para sí mismos y sus comunidades. Garantizando el componente predictivo y preventivo en la atención de salud mental.
8. Implementar las disposiciones de la Política Nacional de Cuidado y el Sistema Nacional de Cuidado, según competencia, incluyendo los enfoques diferencial y de género.
9. Garantizar la información requerida para la atención primaria en salud, permanente en línea y en tiempo real a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.
10. Fortalecimiento al acceso efectivo a servicios de salud, en especial, en zonas rurales, zonas con población dispersas, con vulnerabilidades socioeconómicas y desigualdades en salud, y poblaciones con presencia de grupos étnicos.

- 11. La Atención Primaria en Salud integrará los enfoques familiar, comunitario, diferencial, territorial y de género.
12. La provisión integral de los servicios y medicamentos que sean requeridos para el tratamiento de una enfermedad o condición médica.

Parágrafo 1. El componente predictivo del modelo estará desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y los prestadores de Salud.

Parágrafo 2. El diseño, implementación y mantenimiento del Modelo de Atención en Salud Preventivo, Predictivo y Resolutive al igual que las intervenciones de los Equipos de Salud Territorial deberán estar basadas en la evidencia y demás recursos disponibles, contar con un sistema de monitoreo y evaluación de coberturas y resultados, en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) y hacer uso eficiente y transparente de los recursos.

Artículo 4. Definición del modelo de salud. El modelo de salud preventivo, predictivo y resolutive se fundamenta en la Atención Primaria en Salud universal, centrado en las personas, las familias y las comunidades, integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación, el enfoque diferencial y de género y la dignidad, e implementa las estrategias de atención primaria en salud integral, salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad.

Desarrolla una configuración territorial para la organización de la respuesta a las necesidades, potencialidades y expectativas de la población, ordena las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.

El modelo de salud establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el territorio, con un nivel primario constituido con equipos de salud territorial y centros de atención primaria en salud como el primer contacto con el sistema de salud, que integra y coordina la atención incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos, en el contexto de las redes integrales e integradas de servicios de salud.

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

Artículo 5. Ejes centrales del modelo de salud. La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la predicción basada en información y la atención integral en salud constituyen los ejes centrales del Modelo de atención y las políticas transectoriales para la calidad de vida y el bienestar, con enfoque territorial y diferencial.

<p>La promoción de la salud es un proceso que comprende acciones orientadas a fortalecer las capacidades de las personas, familias y comunidades y la transformación positiva de las condiciones y entornos de desarrollo mediante la participación transectorial y el empoderamiento comunitario y el autocuidado. La prevención es el conjunto de acciones, estrategias y medidas socio sanitarias, orientadas a disminuir oportunamente la aparición y desarrollo de una enfermedad o situación de desequilibrio mental o físico en las personas y comunidades.</p> <p>La predicción se refiere a que el modelo, con base en información sociodemográfica, epidemiológica, de cartografía y participación social e intersectorial, identifica e interviene con anticipación las dinámicas protectoras y aquellas que vulneran la vida y la salud de una población en un territorio, a partir de la gestión de la salud pública liderada y conducida por la autoridad sanitaria a través de políticas, planes, programas y proyectos en forma dinámica, integral, sistemática y participativa, siendo fundamental para la operación del modelo de salud.</p> <p>La atención integral en salud es un proceso que comprende la provisión de servicios en salud de forma eficaz, segura y centrada en las personas, y que comprende el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidado paliativos.</p> <p>Artículo 6. Identificación de determinantes sociales de la salud. Para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud el Estado incidirá coordinadamente sobre los determinantes sociales de la salud, con el fin de mejorar las condiciones generales, familiares e individuales de vida de los habitantes del territorio nacional; reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades y disminuir su carga socio económica; elevar el nivel de la calidad de vida de la población; y preservar la salud en cada territorio.</p> <p>Son determinantes sociales de la salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas. 2. Seguridad y soberanía alimentaria, que conlleva la accesibilidad y suficiencia de alimentos sanos y nutritivos para una buena y adecuada nutrición. 3. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas. 4. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas. 5. Ambiente sano. 6. Acceso al transporte. 7. Acceso a la educación. 8. Enfoques diferenciales. 9. Enfoques de interseccionalidad. 10. Control de vectores, control zoonosis y tenencia adecuada de mascotas. 11. Los demás que tengan incidencia sobre la salud. <p>Parágrafo. Por lo cual podrán establecerse nuevos determinantes que exijan su reconocimiento por su relación con el derecho fundamental a la salud de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública y sus expresiones en el ámbito territorial.</p>	<p>Artículo 7. Territorio para la gestión en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá Territorios para la Gestión en Salud, como estructuras funcionales, promoviendo el fortalecimiento del diseño y aplicación de 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. Los agentes del sistema de salud desarrollarán sus funciones desde las acciones promocionales de salud, pasando por la prestación de servicios de salud, operado en Redes Integrales e Integradas, el aseguramiento social en salud, hasta la definición de intervenciones y metas, las cuales se ajustarán a las distintas necesidades y problemas en salud de las personas, familias y comunidades que allí habitan.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social en un término no superior a un año posterior a la entrada en vigencia de la presente ley definirá los Territorios de gestión de salud, usando métodos y algoritmos de estadística espacial que incluyan como mínimo los siguientes elementos: i) organización de tipologías de municipios y distritos usando variables socio económicas, ii) ajuste de modelos de territorialización basados en distancias entre municipios o distritos de distintas tipologías, iii) validación de divisiones territoriales basadas en distancias y diferencias de capacidades territoriales, y iv) criterios a partir de los cuales se definen los territorios PDET y ZOMAC.</p> <p>Parágrafo 2. Los Territorios para la gestión en salud podrán acudir a esquemas asociativos territoriales, de conformidad con lo previsto en la ley 1454 de 2011 o la norma que la sustituya, derogue o modifique, que garanticen la cooperación, coordinación integración y articulación de las acciones y redes de servicios requeridos para la materialización del derecho fundamental a la salud de la población.</p> <p>Artículo 8. Nivel Regional. La agrupación de los departamentos y distritos se efectuará atendiendo los Territorios de Gestión de Salud definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de forma que, al interior de las mismas, se logre el mayor nivel de autosuficiencia en la prestación de los servicios en red que no logra cada departamento aisladamente y se incentive un sano desarrollo de la oferta de servicios en salud a través de las redes integrales e integradas de servicios de salud. Los departamentos y distritos deberán tener en cuenta en sus agrupaciones el criterio de cooperación con los municipios con mayores índices de pobreza multidimensional.</p> <p>Artículo 9. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS. La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, equitativos, integrales, integrados, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, con una orientación familiar y comunitaria a una población ubicada en un espacio poblacional determinado. Las redes integradas e integrales, debidamente habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la coordinación de las Entidades Territoriales y las Gestoras de Salud y Vida deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirven, estarán conformadas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud, sus relaciones serán de cooperación y complementariedad y se registrarán y certificarán 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</p>
<p>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, diferencial y de género. Tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS; y otro complementario, con las instituciones de mediana y alta complejidad.</p> <p>Los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, se suministrarán por las Redes con la suficiencia técnica y administrativa necesarias. Sin perjuicio de la adscripción a un Centro de Atención Primaria en Salud -CAPS, las personas podrán acceder a la consulta médica cerca del sitio de trabajo, dentro de la oferta de CAPS disponible del agente público, privado o mixto responsable de la gestión de sus riesgos de salud y financiero.</p> <p>Las Redes se soportarán en las tecnologías de la información y la comunicación, cuya reglamentación técnica y operativa le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Las Gestoras de Salud y Vida desarrollarán mecanismos de coordinación de las redes integrales e integradas de servicios de salud RIISS, en conjunto con entidades territoriales bajo la dirección del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y CAPS se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.</p> <p>Para este efecto, las Entidades Departamentales y Distritales conjuntamente con las Gestoras de Salud y Vida establecerán para cada 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 de Servicios de Salud, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas e incentivos, para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos convenios tendrán control por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales establecerán los convenios de desempeño con los CAPS a través de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, las que supervisarán y evaluarán su gestión, en cumplimiento de las funciones asignadas en la presente ley. Estos convenios tendrán control por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Parágrafo 1. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud supervisarán el desempeño de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social</p> <p>Parágrafo 2. Las Instituciones de Salud del Estado ISE, se entenderán integradas a las redes que determine el Ministerio de Salud y Protección Social por tratarse de entidades de naturaleza pública.</p>	<p>Parágrafo 3: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas también se entenderán integradas en las Redes que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Artículo 10. Criterios determinantes de las redes integrales e integradas de servicios de salud – RIISS. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los estándares, criterios y mecanismos para la conformación de las RIISS en los Territorios para la gestión de salud. 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 de resultados en salud y los enfoques diferencial y de género, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá los criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS, con fundamento en los siguientes ámbitos de abordaje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modelo de atención. Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales y diferenciales y de género. Establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental. El modelo contará con un nivel primario como primer contacto que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas, centros especializados y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades. 2. Rectoría y Gobernanza de la red. Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario con servicios de mediana y alta complejidad, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las redes se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región. 3. Organización y gestión. Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS.

<p>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; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales 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 entre los prestadores, los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida.</p> <p>Se calculará un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores, los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al 3%. Se considerarán:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los resultados en salud dados en los siguientes parámetros: <ol style="list-style-type: none"> m. Reporte de oportunidad de atención médica a 48 horas n. Reporte de oportunidad de atención odontológica a 48 horas o. Reporte de oportunidad de atención en salud de consulta psiquiatría y terapias de rehabilitación en 72 horas. p. Identificación de la población obesa y remisión a programa integral interdisciplinario de tratamiento correctivo a preventivo. q. Identificación de la población con riesgo de cáncer e ingreso a programa de atención interdisciplinarios de atención correctivo a preventivo. r. Identificación de población con riesgo depresión, suicidio e ingreso a programa interdisciplinario de atención correctivo a preventivo. s. Identificación de población con riesgo de enfermedades crónicas y con enfermedad activa con ingreso a programa de atención interdisciplinario y tratamiento correctivo a preventivo t. Cumplimiento de indicadores de prevención y promoción de la salud en el marco de atención integral en salud u. Disminución en mortalidad materna. v. Reporte de mortalidad perinatal w. Disminución en mortalidad en menores de 5 años x. Disminución en mortalidad evitable 2. Satisfacción del usuario 3. Uso eficiente de los recursos <p>5. Resultados. Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del Sistema Integral para la Calidad en Salud (SICA). Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.</p> <p>6. Los modelos de convenio de desempeño al interior de las redes y las modalidades de pago pactados, deben responder a modelos de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos.</p>	<p>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, así como los requisitos y condiciones para su organización y conformación.</p> <p>Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de su función de articuladores de las RIISS.</p> <p>Artículo 11. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud – RIISS. Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de salud organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, para tal efecto contarán con el apoyo de los Centros de Atención Primaria en Salud y las Gestoras de Salud y Vida. El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud-RIISS en los territorios para la gestión en salud. En estas RIISS se integrarán los servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental.</p> <p>Todas las instituciones de Salud del Estado de carácter universitarios, deberá contar con asesoría y apoyo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con el Ministerio de Educación Nacional, en formación y componentes pedagógicos para los profesionales quienes imparten cátedra o hacen seguimiento y acompañamiento a los estudiantes en dichas instituciones de salud.</p> <p>Artículo 12. Fortalecimiento del nivel primario de atención. El nivel primario de atención es el componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias, la comunidad, y con el resto de los sectores sociales, facilita la participación social y la acción intersectorial, y su fortalecimiento constituye el medio para la implementación del modelo de atención en salud preventivo, predictivo y resolutivo.</p> <p>Para tal efecto, el Gobierno Nacional desarrollará planes, programas y proyectos intersectoriales, territoriales con enfoques diferencial y de género que promuevan condiciones de desarrollo social, cultural, económico, político, ambiental, así como la atención física y mental en salud; para ello se apoyará en tecnologías de la información y la comunicación, equipamiento e infraestructura social, investigación social y clínica aplicada, entre otras.</p> <p>Artículo 13. Centro de Atención Primaria en Salud. 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 de Servicios de Salud; junto con los equipos de salud territoriales se constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud. Todos los CAPS de naturaleza pública, privada y mixta serán financiados por oferta.</p> <p>Los CAPS hacen parte de la territorialización del accionar del sector salud partiendo del reconocimiento de las necesidades, características y potencialidades del territorio y la persona, familias y comunidades, la articulación para facilitar el acceso de la población adscrita a otros sectores del Estado, y la promoción de la participación social y comunitaria.</p>
<p>Las acciones de los CAPS, incluidas las de los equipos de salud territoriales son universales, territoriales, sistemáticas y permanentes, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales, y en el marco del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo del que trata esta ley.</p> <p>Los CAPS desarrollarán los procesos de adscripción poblacional, administración y atención al ciudadano, prestación de servicios de salud, vigilancia en salud pública, gestión intersectorial y participación social y darán cumplimiento a todos los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad normados por el Ministerio de Salud y Protección Social</p> <p>Los CAPS en conjunto con las Coordinaciones Departamentales y Distritales de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, asumirán las funciones asignadas a las Gestoras de Salud y Vida, en las zonas del territorio nacional donde éstas no tengan presencia, el Ministerio de Salud reglamentará la materia en un término de seis (6) meses de entrada vigencia de la presente ley.</p> <p>Los CAPS prestan servicios de salud individuales, servicios de salud colectivos y de salud ambiental en cualquiera de las modalidades contempladas en la norma de habilitación, y podrán apoyarse en todas las formas de telesalud. Así mismo, podrán incluir progresivamente especialidades básicas, medicina familiar y se articulan con los servicios sociosanitarios y de cuidado disponibles en el territorio.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, reglamentará su conformación, tipologías, localización, funcionamiento e integración en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud 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. Los CAPS serán autorizados y habilitados por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>La financiación de los CAPS se hará con recursos a la oferta, provenientes de la Cuenta de Atención Primaria en Salud de acuerdo con presupuestos estándar que financie 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.</p> <p>Para el cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los CAPS, se realizarán las correspondientes auditorías integrales a los servicios en salud que estos presten, 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.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley el rol de los CAPS de naturaleza privada o mixta en el cumplimiento de las funciones de salud pública y prestación de servicios de conformidad con la normativa vigente a la expedición de la presente Ley.</p>	<p>Parágrafo 2. Los Centros de Atención Primaria en Salud de naturaleza pública se organizarán como Instituciones de Salud del Estado - ISE del nivel primario, podrán tener y operar sedes en el ámbito de su territorio y población adscrita para garantizar el acceso a servicios de salud y podrán ser una unidad funcional de otra Institución de Salud del Estado, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley.</p> <p>Parágrafo 3. Los Centros de Atención Primaria en Salud, que sean determinados en el marco del derecho fundamental a la consulta previa con los grupos étnicos, tendrán naturaleza pública, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.</p> <p>Parágrafo 4. En el caso de los CAPS privados y mixtos los presupuestos se asignarán según los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social</p> <p>Artículo 14. 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adscripción poblacional: <p>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 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.</p> <p>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.</p> <p>Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, debe 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 cambios en la población del territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita.</p> 2. Prestación de servicios de salud: <ol style="list-style-type: none"> a. Recolectar 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, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas, teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género.

<p>c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales y aquellos asociados a la salud mental autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos con apoyo de los operadores farmacéuticos.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>h. Asegurar la pertinencia sociocultural de los servicios de salud a las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.</p> <p>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.</p> <p>Además, en el marco de este proceso serán responsables de:</p> <p>a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género.</p> <p>b. Organizar la operación del CAPS en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio.</p> <p>c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad en articulación con las Gestoras de Salud y Vida cuando aplique.</p> <p>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.</p> <p>b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.</p> <p>c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente.</p> <p>5. Articulación y coordinación del CAPS con las Gestoras de Salud y Vida:</p>	<p>a. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia teniendo en cuenta el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>d. Establecer un 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 RISS establecidas 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.</p> <p>e. Los CAPS desarrollarán mecanismos de coordinación de las redes integrales e integradas de servicios de salud RISS, 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.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará dentro de los primeros seis (6) meses de entrada en vigencia de la presente Ley, el procedimiento que cualquier ciudadano, familia o grupo deberá realizar para notificar y recibir atención médica por motivos de viaje dentro del territorio nacional.</p> <p>Parágrafo 2. 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 ellos privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda.</p> <p>Parágrafo 3. Los CAPS privados y mixtos, se garantizará la participación de la comunidad y de las y los trabajadores. El Gobierno Nacional reglamentará la materia</p> <p>Artículo 15. Equipos de salud territorial. Los equipos de salud territorial son grupos interdisciplinarios conformados por personas con perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especializados para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades de manera permanente, sistemática, continua y contigua en territorios determinados y sus entornos de la vida cotidiana, en los diferentes momentos del curso de la vida, considerando la diversidad poblacional, los enfoques y principios del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud.</p> <p>Cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio, donde el número de familias variará según condiciones de dispersión geográfica, ruralidad, aspectos socio culturales, ambientales, demográficas, entre otros. La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias.</p>
<p>La asignación del equipo de salud territorial a un grupo de personas, familias y comunidades favorece un mayor conocimiento de las dinámicas de salud y bienestar de dichas poblaciones, la integralidad y oportunidad de la atención, así como la continuidad del cuidado centrado en las personas en los ámbitos de vida cotidiana.</p> <p>Los equipos de salud territorial son organizados por los Centros de Atención Primaria en Salud y realizan acciones permanentes de caracterización, detección temprana, protección específica, servicios de salud de carácter resolutivo prestados a través de cualquiera de las modalidades consideradas en la norma de habilitación con apoyo en todas las formas de telesalud, intervenciones colectivas, así como procesos de gestión de la salud pública.</p> <p>Los equipos de salud territorial aportan a las dinámicas comunitarias de salud y la organización social del cuidado de la vida, teniendo como eje articulador del trabajo sectorial y transectorial la garantía de los derechos que permiten materializar una vida digna.</p> <p>La información poblacional y territorial identificada por el equipo de salud territorial permitirá adoptar decisiones sobre la planificación de la salud, predecir posibles afectaciones, gestionar los resultados de salud y contribuir a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud. La información en mención hará parte del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, establecerá las disposiciones normativas y técnicas para la operación de los equipos de salud territorial.</p> <p>Parágrafo. 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.</p> <p>Artículo 16. Acceso y continuidad de la atención en el nivel complementario. El acceso y continuidad de la atención con el nivel complementario de mediana y alta complejidad, se debe garantizar a lo largo del tiempo, de forma coordinada y sin interrupciones, a todas las personas de las poblaciones, urbanas, rurales y dispersas, además debe contemplar a la familia o sus cuidadores como sujetos de atención, y también como criterio de humanización en la continuidad del cuidado de la persona.</p> <p>Se establecerán por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, los mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud – RISS, con acciones conjuntas, coordinadas y sinérgicas entre los CAPS con los demás integrantes de la Red, asegurando el continuo de la atención de las personas.</p> <p>Las instituciones de mediana y alta complejidad de las redes integrales e integradas de servicios de salud deberán prestar apoyo permanente a los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS para la mejora continua y permanente de su capacidad resolutiva; para lo cual se apoyarán en todas las modalidades de telesalud, telemedicina o el</p>	<p>desplazamiento temporal de profesionales o especialistas requeridos; en cualquier caso, coordinarán con tales instituciones las rutas y protocolos de atención de las enfermedades crónicas, agudas o por accidentes que impactan a la población.</p> <p>Artículo 17. Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas en la prestación de servicios. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud serán públicas, privadas y mixtas. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas podrán formar parte de las redes integrales e integradas de servicios de salud. Los servicios habilitados se prestarán de acuerdo con las necesidades y solicitudes del sistema de referencia, bajo el régimen de tarifas y formas de pago, las condiciones para el pago de dichos servicios y la generación de los reportes de información.</p> <p>Los Centros de Atención Primaria en Salud podrán ser instituciones públicas, privadas o mixtas. Las instituciones privadas o mixtas ofrecerán los servicios de atención primaria en salud dentro de las Redes integrales e integradas de servicios de salud, a cuyo efecto se tendrán como parámetros los presupuestos estándar con incentivos por dispersión y calidad definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dentro de las instituciones privadas y mixtas podrán participar organizaciones campesinas, afros e indígenas, debidamente habilitadas.</p> <p>Artículo 18. 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 RISS que operan en los territorios de gestión en salud</p> <p>Se entiende por resolver una referencia programar y conseguir la atención que el paciente requiere, agenciando debidamente el tránsito a través de la RISS, 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.</p> <p>Las 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 del dicho sistema, lo que incluye la disposición pública y en línea de la agenda de sus servicios y de las listas de espera.</p> <p>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.</p> <p>Las gestoras 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 RISS como para los CAPS.</p>

<p>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 RIISS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso de referencia y contra referencia, garantizando confidencialidad de la información sensible.</p> <p>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 en el marco de la operación mixta, la organización, gestión y operación de las redes integrales e integradas de servicios de salud mediante instancias de coordinación regional, departamental 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.</p> <p>En el nivel Nacional se conformará una coordinación nacional de la red de servicios especiales para suplir las necesidades de atención que superen los límites regionales, con el fin de coordinar la referencia de pacientes que necesiten tratamientos en instituciones especiales que no estén disponibles en el ámbito regional.</p> <p>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.</p> <p>Artículo 19. Servicios Farmacéuticos. Todos los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los establecimientos farmacéuticos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud serán considerados servicios de salud, por lo tanto cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento, que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El Estado deberá tomar las medidas adecuadas y necesarias para garantizar que tales servicios estén disponibles en todo el territorio nacional.</p> <p>Parágrafo 1. La Coordinación de la Red deberá generar los mecanismos de gestión y articulación de los servicios farmacéuticos para que se garantice progresivamente la eliminación de barreras de acceso, incluyendo la dispensación a domicilio sin perjuicio de la entrega presencial.</p> <p>Parágrafo 2. Se procurará la entrega de la totalidad de los medicamentos prescritos a los pacientes, con el fin de evitar múltiples desplazamientos para los mismos. Cuando la entrega de medicamentos se efectúe por partes, serán el prestador, el proveedor farmacéutico y la Gestora de salud y vida quienes deberán coordinar el mecanismo para notificar y dispensar al paciente los medicamentos con la misma orden. En ningún caso se pondrá la carga administrativa al paciente.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la dispensación a domicilio gratuita a la población vulnerable en condición de discapacidad y/o movilidad reducida o con condiciones y situaciones que lo requieran; así como el cobro por el servicio logístico a quienes no cumplan con el requisito de exención del pago.</p>	<p>Parágrafo 3. A partir de la emisión de la presente ley no se expedirán nuevas credenciales de expendedor de drogas. Se garantizarán los derechos adquiridos de las personas que a la entrada en vigencia de la presente ley cuenten con las credenciales.</p> <p>Artículo 20. Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria. Las Direcciones Municipales con el apoyo del CRUE del nivel seccional y las entidades Distritales de Salud según corresponda, coordinarán la Red de Urgencias y tendrán bajo su responsabilidad el servicio único de atención prehospitalaria de urgencias, que podrá integrarse con otros servicios de emergencia tales como los cuerpos de bomberos o la Cruz Roja, Defensa Civil, entre otros.</p> <p>Artículo 21. Prestación de servicios especializados para personas con enfermedades huérfanas/raras y su prevención. El Ministerio de Salud y Protección Social fomentará y organizará la red de las instituciones y centros de referencia en enfermedades huérfanas/raras, con el objeto de hacer prevención, tamización y optimizar el diagnóstico preciso y oportuno y garantizar el manejo oportuno para estas condiciones de salud, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente, así como diseñar e implementar programas de investigación tendientes a generar evidencia en promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento.</p> <p>La prestación de servicios se hará de forma integral mediante un modelo diferencial de atención que incluya prevención, tamización diagnóstico temprano, manejo, rehabilitación, cuidado paliativo y acceso efectivo a tratamientos, terapias y procedimientos que se requieran y que permita la atención directa de pacientes remitidos desde las coordinaciones departamentales y regionales desde el sistema de referencia y contrarreferencia o se apoyará utilizando la telesalud u otras TIC para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio, en articulación con las 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. Este modelo deberá ser diseñado y desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de veinticuatro (24) meses a partir de la entrada en vigencia de esta ley.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de Recursos del Sistema de Salud – ADRES garantizará la financiación de prestación de los servicios de salud para la atención integral de las enfermedades huérfanas/raras, así como la adquisición y la distribución de medicamentos y tecnologías en salud indispensables en el tratamiento de estas enfermedades.</p> <p>Parágrafo 1. 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 lo 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.</p> <p>Parágrafo 2. Mientras se define e implementa el modelo diferencial para la atención de enfermedades huérfanas/raras, se deberá garantizar la continuidad de la atención integral</p>
<p>de los pacientes en tratamiento y de los nuevos pacientes como casos sospechosos o casos confirmados.</p> <p>Parágrafo 3. Se deberá diseñar e implementar un programa de capacitación a los profesionales de salud tanto de puerta de entrada como los que hagan parte del proceso de atención para la tamización, diagnóstico temprano de enfermedades huérfanas/raras; y se deberá facilitar la consejería genética.</p> <p>Artículo 22. Laboratorios de salud pública. Los laboratorios de salud pública se fortalecerán con los recursos asignados, de acuerdo con las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001 para los departamentos y distritos en salud, para desarrollar sus capacidades de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, zoonosis, entre otras; la gestión de la calidad e investigación, información fundamental para el desarrollo predictivo de políticas sanitarias.</p> <p>Créese el Sistema Nacional de Laboratorios de Salud Pública bajo la coordinación del Instituto Nacional de Salud – INS, con el fin de articular y fortalecer la vigilancia en salud pública.</p> <p>Artículo 23. Coordinación regional de las Redes. Es una instancia funcional de las Entidades Territoriales que la conforman y autorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, estará conformada por un equipo humano, encabezado por profesionales de la salud en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de alta complejidad.</p> <p>Tendrá permanente y continua comunicación con las coordinaciones departamentales de las RISS para atender los requerimientos de referencia de pacientes, así como con las direcciones médicas de las instituciones sanitarias públicas, privadas y mixtas de atención hospitalaria o ambulatoria que prestan los servicios de alta complejidad en la región o fuera de ella, para garantizar la atención oportuna de los usuarios de salud.</p> <p>Dispondrá de una plataforma tecnológica con funcionamiento permanente que hace parte del Sistema Público Unificado e Interoperable Información en Salud para garantizar la comunicación entre las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud que conforman las redes. La plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contrarreferencia.</p> <p>La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la auditoría médica. Debe tener la capacidad de generar datos que permitan elaborar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe semestral al Consejo Territorial de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo relacionado con la plataforma tecnológica y los perfiles del talento humano responsable de la coordinación de</p>	<p>la referencia y contrarreferencia, de acuerdo con la disponibilidad del talento humano en el país.</p> <p>Parágrafo 2. La coordinación regional de la red de servicios velará por la continuidad de la atención de los pacientes que necesiten tratamiento en instituciones que no están disponibles en el ámbito departamental, conforme a los procesos de referencia y contrarreferencia estructurados por las gestoras de salud y vida a cargo de la población.</p> <p>Artículo 24. Coordinación Departamental o Distrital de las Redes. La Coordinación Departamental o Distrital de las RISS, son unidades funcionales de las Entidades Territoriales Departamentales o Distritales, estará conformada por la instancia institucional y el equipo humano técnico y de comunicaciones, encabezado por profesionales de salud en áreas de administración de salud o salud pública.</p> <p>Corresponde a las coordinaciones departamentales o distritales de las RISS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Responder a los requerimientos de los Centros de Atención Primaria en Salud. 2. Administrar el sistema de referencia y contrarreferencia según lo dispuesto en la presente Ley. 3. Mantener permanente comunicación con las instituciones que prestan los servicios de mediana y alta complejidad y conforman la red de servicios de salud en el departamento, para organizar y garantizar la atención oportuna. 4. Ofrecer a las instituciones de las RISS comunicación abierta y permanente con la Coordinación Regional para organizar las referencias a las instituciones que prestan servicios de alta complejidad en otros departamentos de la región. 5. Disponer de una plataforma tecnológica que brinde soporte ininterrumpido para garantizar la intercomunicación entre las diferentes Instituciones de Salud del Estado – ISE, y las instituciones privadas y mixtas que hagan parte de la red. 6. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la auditoría médica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe semestral al Consejo de Planeación y Evaluación de la Red de Servicios y al Ministerio de Salud y de Protección Social. <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo relacionado con la plataforma tecnológica y los perfiles del talento humano responsable de la coordinación de la referencia y contrarreferencia, de acuerdo con la disponibilidad del talento humano en el país.</p> <p>Parágrafo 2. En la coordinación departamental y distrital de la red de servicios se velará por la continuidad de la atención de los pacientes que necesiten tratamiento en instituciones que no estén disponibles en el ámbito municipal, conforme a los procesos de referencia y contrarreferencia estructurados por las gestoras de salud y vida a cargo de la población.</p> <p>Artículo 25. Consejo asesor de planeación y evaluación de las RISS. Las Direcciones Departamentales y Distritales de salud organizarán un Consejo asesor de planeación y evaluación de las RISS, encabezado por el director territorial de salud, al que asistirán con</p>

voz, pero sin voto los directores de las Unidades zonales de planeación y evaluación del respectivo Departamento o Distrito, representantes de los municipios, las Gestoras de Salud y Vida, los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, delegados de la academia, de la sociedad civil y las organizaciones de la comunidad; de conformidad con el reglamento que define el Ministerio de Salud y Protección Social.

Le corresponde al Consejo asesor de planeación y evaluación en salud Departamental o Distrital:

1. Realizar una evaluación trimestral del funcionamiento de la red de servicios y de los sistemas de referencia y transporte de pacientes identificando sus deficiencias y fortalezas.
2. Efectuar recomendaciones para el desarrollo y adecuación de los sistemas de referencia y transporte de pacientes.
3. Proponer las prioridades de financiamiento e inversiones, en busca de garantizar un proceso de mejoramiento permanente de los servicios de mediana y alta complejidad para los habitantes del territorio.
4. Generar un informe trimestral del funcionamiento de la red de servicios mediante el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS y remitirlo a la autoridad territorial, al Consejo Departamental o Distrital de Salud, a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social. Las bibliotecas de las Instituciones de Educación Superior públicas y privadas en el Departamento o Distrito y los Centros de investigación en salud tendrán acceso a cada informe a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS.

Artículo 26. 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 se constituirán tomando como referencia asentamientos poblacionales de acuerdo con las características y necesidades del territorio.

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, 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 deberán establecer los convenios de desempeño con los Centros de Atención Primaria – CAPS que conforman el nivel primario de la correspondiente Red Integral e Integrada de Servicios de Salud de su área de influencia, mediante la Dirección Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación contarán con profesionales expertos en salud pública, administración de salud, saneamiento ambiental, información y sistemas,

para asesorar el diseño y formulación de los planes de salud municipales y los correspondientes presupuestos de los Fondos Municipales de salud en su área de influencia.

Parágrafo. 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 formalización laboral en las direcciones territoriales de salud de estas entidades, se destinará hasta el 1% del presupuesto asignado por la ADRES, del valor anual calculado para cubrir la atención en salud de la población, en cada entidad territorial según reglamentación que expida el ministerio de salud protección social.

Artículo 27. Sistema de monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. 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 servicios de salud de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIIS, el cual estará bajo el marco del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS.

El Sistema de Monitoreo de las RIIS deberá ser interoperable con los sistemas de información de la gestión integral del riesgo de salud y prestará especial atención a los siguientes componentes:

1. Seguimiento a cohortes de riesgo.
2. Oportunidad de la atención en salud (servicios y procedimientos).
3. Efectividad de la atención en salud.
4. Calidad de la atención en salud.
5. Cobertura de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedad.
6. Acceso oportuno a medicamentos y a tecnologías en salud.

El Sistema de monitoreo deberá generar alertas tempranas que permitan actuar oportunamente por parte de los distintos agentes del sistema de salud, evitando la vulneración del goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Artículo 28. Sistema de monitoreo de abastecimiento oportuno de tecnologías en salud. Los integrantes de la cadena de suministro de tecnologías en salud serán considerados agentes del sistema y deberán suministrar la información necesaria para hacer seguimiento y garantizar el abastecimiento oportuno de las tecnologías en salud. La omisión del reporte de información ocasionará sanciones por la autoridad competente.

Artículo 29. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). Con el objetivo de garantizar el buen desempeño del Sistema de Salud y otorgarle instrumentos técnicos al ejercicio de la rectoría del Sistema, el Ministerio de Salud y Protección Social liderará la construcción de la Política de Calidad y del Plan Decenal de Calidad en Salud, que servirán para orientar la transformación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) en el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). El Ministerio de Salud y Protección Social

en un plazo de un (1) año, contado a partir de la vigencia de la presente Ley, reglamentará los siguientes componentes:

1. Habilitación de los agentes en el nivel nacional, departamental, distrital, municipal y comunitario. El Ministerio de Salud definirá los criterios y estándares mínimos para el ingreso y permanencia en el sistema de salud de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, los Prestadores de servicios, las RIIS, los proveedores de tecnologías en salud, públicos, privados y mixtos para garantizar la efectividad, la seguridad y aceptabilidad de la atención en salud, estos deberán reconocer e incorporar las particularidades territoriales y poblacionales; igualmente definirá los elementos para otorgar y mantener la habilitación de operación.
2. Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud. Los integrantes del sistema deberán desarrollar modelos analíticos y predictivos en salud para alcanzar los resultados en salud basados en el sistema de información para la calidad.
3. Sistema de Información para la Calidad. En el marco del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) el Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará el sistema integrado de información para la calidad, el cual permitirá monitorear el desempeño del sistema y los resultados en salud.
4. Relaciones funcionales entre los agentes del Sistema de Salud. Definirá los incentivos correctos en las relaciones y convenios de desempeño entre los distintos agentes del Sistema de Salud. El SICA formulará, monitoreará y evaluará los elementos que modularán dichas relaciones con una visión integral de sistema, enfoque diferencial de género, territorial y sociocultural, enfoque en resultados en salud y mejores prácticas de gestión, centrado en las necesidades de los usuarios, calidad de la prestación de servicios y la sostenibilidad del sistema, entre otros.
5. Acreditación y Excelencia en Salud. Formulará e implementará políticas, planes, estrategias o acciones tendientes al mejoramiento progresivo y sistemático de la calidad de los agentes del Sistema de Salud, hacia niveles superiores o de excelencia
6. Capacidades institucionales y de talento humano en salud. Los Gobiernos nacional y territoriales promoverán el desarrollo de capacidades institucionales para el cuidado integral de salud de las personas, familias y sus comunidades, en todos los ámbitos de la vida cotidiana. A su vez, promoverá la adecuada formación, y entrenamiento de los trabajadores del sector salud adecuado a las necesidades territoriales del país presentes y futuras, el trato digno y diferencial a los usuarios del sistema y armonizado con las políticas, planes y acciones del sector educación y otros, en esta materia.
7. Innovación Social en Salud. Desarrollará políticas, planes, estrategias o acciones encaminadas a la búsqueda de abordajes e intervenciones innovadoras a los problemas de salud tanto de los individuos, familias, como sus comunidades, fomentando el trabajo conjunto del Gobierno Nacional, las Entidades Territoriales, los agentes del Sistema de Salud, los usuarios y pacientes del sistema y demás sectores que pueden requerirse. Este componente promoverá el empoderamiento de las personas y las comunidades, propendiendo la transformación de los procesos institucionales de los agentes intervinientes con base en evidencia.

Parágrafo 1. Todos los desarrollos de los componentes del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) deberán guardar armonía entre sí, contar con un enfoque en resultados en

salud y buscar el mejor desempeño del Sistema de Salud y de los integrantes del Sistema de salud.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional expedirá modificación de los estándares de habilitación en los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente Ley y la modificación de los estándares de habilitación financiera de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, ajustándolas a los nuevos roles y funciones expedidas en la presente ley.

**TÍTULO III
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD
CAPÍTULO I.
GOBERNANZA Y GESTIÓN PÚBLICA DEL SISTEMA DE SALUD**

Artículo 30. Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud. La Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector del sector.

El Ministerio de Salud y Protección Social será quien oriente la toma de decisiones en salud; la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud; la gestión de los procesos al interior del sistema; ejerce la coordinación intersectorial y ejecuta las disposiciones legales vigentes. En el ámbito nacional le corresponde ejercer las competencias a cargo de la Nación que las disposiciones orgánicas y ordinarias le asignen. Para lo anterior, se consolidará un informe que evidencie los resultados obtenidos de dicha evaluación, gestión de procesos y coordinación intersectorial, el cual será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, a efectos de que la ciudadanía pueda acceder a su contenido.

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

Parágrafo 1. Los órganos de dirección en los ámbitos nacional y territorial deberán, atender las recomendaciones que formulen el Consejo Nacional de Salud y los respectivos Consejos Territoriales de Salud, relacionadas con las funciones que para estos Consejos señala la presente Ley.

Parágrafo 2. Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales, los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud, prevención primaria de la enfermedad y predicción en salud, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector, la participación de entidades públicas, privados y mixtas y la participación social en la salud, desde los enfoques diferencial, de género y de derechos.

<p>Artículo 31. Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública. Deróguese el parágrafo primero del artículo 7 de la Ley 1438 de 2011 y créase la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública, que tendrá por objeto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer las intervenciones y recursos para actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud de acuerdo con la información consolidada y analizada por el Ministerio de Salud y Protección Social. 2. Participar en la formulación inicial del Plan Nacional de Desarrollo, de que tratan los artículos 14° y 15° de la Ley 152 de 1994, para proponer las políticas, estrategias y recursos que incidan en los determinantes de salud. 3. Evaluar el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud y realizar el seguimiento a los indicadores de salud en los términos que establezca el reglamento. 4. Informar a las Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales las directrices y lineamientos de la política de los determinantes sociales de la salud. Así mismo, estas comisiones informarán a los municipios de su jurisdicción. 5. El Presidente de la República la presidirá y estará integrada por todos los ministros del gabinete y demás miembros que establezca el reglamento. <p>Parágrafo 1. Las acciones para la intervención de los determinantes de la salud son prioridad del Estado colombiano, se financiarán de manera transversal en los presupuestos de las entidades, y se deberán tener en cuenta al momento de realizar la planeación de estas, para los cual se priorizarán grupos poblaciones en condición de vulnerabilidad, así como los territorios cobijados por los programas de desarrollo con enfoque territorial – PDET.</p> <p>Parágrafo 2. El Gobierno Nacional en los 6 meses siguientes a la expedición de la presente Ley, reglamentará la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de la Salud y Salud Pública para lo cual adoptará las disposiciones a que haya lugar en cuanto a instancias de coordinación intersectorial que le anteceden en la materia. El Ministerio de Salud y Protección Social ejercerá la secretaría técnica. La comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública deberá sesionar al menos dos veces al año.</p> <p>Artículo 32. Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública. Los Gobernadores y Alcaldes conformarán la Comisión Intersectorial de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública en el ámbito de su jurisdicción, dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de esta ley, con los secretarios de sus gabinetes. Las comisiones intersectoriales revisarán la información territorial en el ámbito de su jurisdicción, incluyendo el análisis de situación de salud, para establecer los determinantes a intervenir; de igual forma analizarán el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud mediante la evaluación de indicadores de salud y publicarán trimestralmente los resultados en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS. Las decisiones de estas comisiones serán consideradas en el proceso de formulación, seguimiento y monitoreo del Plan de Desarrollo</p>	<p>Territorial respectivo en los términos establecidos en los artículos 36, 37 y 39 de la Ley 152 de 1994. Igualmente, las comisiones participarán en la estructuración de los planes de acción de que trata el artículo 41 de la Ley 152 de 1994 y, en las evaluaciones de los planes territoriales.</p> <p>Artículo 33. Comité Ejecutivo. El Ministerio de Salud y Protección Social convocará de manera periódica a los directores territoriales de salud de los departamentos y distritos del país, en un comité ejecutivo nacional y que tendrá como finalidad, coordinar las acciones de naturaleza interinstitucional y evaluar el desarrollo de las políticas públicas sectoriales, conforme a las competencias de cada nivel de gobierno.</p> <p>Los directores departamentales de salud convocarán a su vez, un comité ejecutivo departamental, a los directores territoriales de salud de los municipios, que tendrá como finalidad realizar la coordinación continua de políticas y ejecución de acciones entre el nivel departamental y sus municipios.</p> <p>La regularidad y procedimientos operativos de estos comités serán reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Artículo 34. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, que tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de política pública de salud, presentar iniciativas normativas de carácter reglamentario, evaluar y generar informes periódicos sobre el funcionamiento del Sistema de Salud.</p> <p>El Consejo Nacional de Salud estará conformado por seis (6) representantes del Gobierno Nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien lo presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público; el Ministro del Trabajo; el Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible; el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Director de Planeación Nacional y un (1) representante de los gobiernos territoriales.</p> <p>Igualmente se dará representación en la conformación del Consejo a los siguientes estamentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajadores 2. Organizaciones representativas de los profesionales de la salud. 3. Pacientes 4. Academia, facultades y escuelas de salud 5. Empresarios 6. Grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado <p>El Superintendente Nacional de Salud y el director de la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES formará parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. A su vez el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes.</p> <p>El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el</p>
<p>Ministerio de Salud y Protección Social o por solicitud de cinco (5) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con diez (10) o más de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría simple.</p> <p>Parágrafo 1. El Gobierno Nacional reglamentará el número de integrantes por cada estamento sin que el total supere los 15 integrantes, así como los mecanismos de elección y participación en este consejo. Se procurará la paridad de género en la conformación del mismo. Los representantes no gubernamentales serán elegidos por un período de tres (3) años, y podrán postularse para su reelección por máximo un periodo; su elección se realizará por cada una de las organizaciones correspondientes, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en principios democráticos, de representatividad, transparencia, e imparcialidad.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir dicha reglamentación en los seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley. Igualmente, reglamentará la designación de los representantes de los Centros de Atención Primaria en Salud.</p> <p>Parágrafo 2. Los representantes gubernamentales serán los funcionarios que ejerzan el cargo de jefe de la entidad con el derecho a participar en el Consejo Nacional de Salud.</p> <p>Parágrafo 3. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo idóneo, no dependiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito, previa convocatoria pública, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud. La respectiva ley anual definirá un presupuesto de funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros, el soporte técnico, y gastos para comunicación. Los consejeros no gubernamentales recibirán los gastos de transporte, hospedaje y alimentación y honorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según el reglamento establecido por el mismo Consejo.</p> <p>Artículo 35. Funciones del Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recomendar a los distintos sectores y Entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, para la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión. 2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del sistema de salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social. 3. Monitorear el buen funcionamiento del sistema de salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Revisar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia. 5. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente ley. El Consejo Nacional de Salud, en enero de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente ley. 6. Adoptar su propio reglamento. <p>Parágrafo 1. El Ministro de Salud y Protección Social deberá justificar al Consejo Nacional de Salud su decisión, cuando decida apartarse de las recomendaciones realizadas por el Consejo Nacional de Salud.</p> <p>Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá informar al Consejo Nacional de Salud acerca de las políticas que se hayan aprobado y de la ejecución de las mismas cada año.</p> <p>Artículo 36. Consejos Territoriales de Salud. Los Consejos Territoriales de Salud tendrán una composición similar en sus funciones e integrantes al Consejo Nacional de Salud, teniendo en cuenta las particularidades del territorio correspondiente y los enfoques diferencial y género, y contará con un (1) representante de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública, mixta o privada. Se procurará la paridad de género en su conformación.</p> <p>Podrán presentar estrategias para garantizar la aplicación territorial de las políticas públicas de salud, en coherencia con el Plan Decenal de Salud Pública de acuerdo con las particularidades de su territorio y adelantarán la coordinación, seguimiento y veeduría para el buen funcionamiento del sistema de salud y sus redes integrales e integradas de salud, así como de sus recursos en el territorio y el seguimiento y monitoreo del Plan Decenal de Salud Pública definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con la Comisión Intersectorial Departamental, Distrital y Municipal de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública.</p> <p>El Consejo Departamental, Distrital y municipal de Salud participará en la construcción del Plan Territorial de Salud con enfoque intersectorial, diferencial y participativo, así como el monitoreo y seguimiento trimestral de las actividades y recursos ejecutados, objetivos y metas alcanzadas.</p> <p>Los informes trimestrales de monitoreo y seguimiento serán entregados a la máxima autoridad territorial y al Ministerio de Salud y Protección Social, así como a los organismos de control y una copia será remitida a las bibliotecas de las Instituciones de Educación Superior en el respectivo ámbito de su jurisdicción, las cuales deberán publicarlo en sus respectivos portales en línea, para garantizar el acceso público a la información.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la operación de los Consejos Territoriales de Salud incluyendo la metodología e instrumentos necesarios para el monitoreo y seguimiento a los Planes Territoriales de Salud.</p>

**CAPÍTULO II.
INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO**

Artículo 37. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado - ISE. El objeto de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, será la prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado.

Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley. Las ISE se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. En su denominación se incluirá la expresión "Instituciones de Salud del Estado - ISE.
2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5º del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado se entienden homologadas a las Instituciones de Salud del Estado -ISE.
3. Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.
4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

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

Parágrafo 2. Aquellos establecimientos públicos creados por la Ley, Asambleas Departamentales, Consejos Distritales o Municipales, que estén adscritos a Ministerios, Departamentos, Distritos o Municipios que en el momento están desarrollando actividades de salud y saneamiento ambiental seguirán funcionando como lo hacen en la actualidad.

Parágrafo 3. Los municipios que, al momento de expedida la presente Ley, no cuenten con prestador público de servicios de salud del nivel municipal e identifiquen la necesidad de contar con uno, podrán crear una ISE por acuerdo del Concejo municipal, con el aval y acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 38. Tipologías y Niveles de Instituciones de Salud del Estado - ISE. El Gobierno Nacional definirá las tipologías y clasificará las Instituciones de Salud del Estado ISE. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las metas e indicadores de capacidad instalada, disponibilidad de servicios de salud, resultados de desempeño institucional y resultados y desenlaces en salud a ser cumplidas por cada tipología institucional y de servicios de salud.

Los departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar Instituciones de salud del estado ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en red integral e integrada.

3. De acuerdo con la Dirección Territorial de Salud se estructurará un presupuesto integral, que garantice el cierre financiero del presupuesto anual integrando los recursos de venta de servicios con los recursos departamentales y nacionales que cofinanciarán dicho presupuesto.
4. Cuando se trate de cofinanciación del presupuesto de la Institución de Salud del Estado -ISE por parte del nivel Nacional se examinará su coherencia financiera por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y de conformidad con las normas presupuestales.
5. Una vez aprobado por el Consejo Directivo, será remitido al director de la Institución de Salud del Estado - ISE para su ejecución.
6. Con cargo al presupuesto nacional se garantizarán recursos anuales para el proceso de formalización laboral.

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

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

Artículo 40. Giro de los recursos a las ISE. Los recursos del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado - ISE para financiar los servicios de salud, distintos de la venta de servicios que serán girados por la Administradora de Recursos para la Salud ADRES y los fondos de salud del orden territorial, según corresponda.

Dentro de los recursos girados a las ISE se entienden incluidos los correspondientes a los pagos de las nóminas, las contribuciones inherentes a las mismas y demás gastos de personal, y no podrán destinarse al pago por otros conceptos. Los directores de las Instituciones de Salud del Estado- ISE garantizarán y priorizarán estos pagos so pena de la responsabilidad disciplinaria prevista en la normatividad vigente.

Parágrafo. El movimiento de los recursos del que trata el presente artículo se regirá por el principio de transparencia y la información relacionada será de acceso público para las personas o entidades que quieran hacer veeduría ciudadana.

Artículo 41 Régimen de contratación de las ISE. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE en materia contractual se regirán por el derecho privado, pero podrán utilizar discrecionalmente las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.

El Ministerio de Salud y Protección Social regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos. Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente y con el sistema integral de calidad en salud (SICA), reglamentado en la presente Ley, o quien haga sus veces la generación de

Los departamentos y distritos que a la fecha de expedición de la ley tienen Empresas Sociales del Estado creados en red, por Ordenanzas o Acuerdos, podrán mantener dichos modelos de organización y compatibilizarlos con el sistema de redes integrales e integradas de prestación de servicios.

La creación de Instituciones de Salud del Estado - ISE, se hará previa evaluación de la necesidad de creación de nueva oferta de servicios, según los parámetros que al efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las ISE serán CAPS en el nivel primario y de mediana y alta complejidad en el complementario.

Artículo 39. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado - ISE. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de los territorios para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

El presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado - ISE se elaborará teniendo en cuenta:

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

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

Para el caso de los CAPS el presupuesto será estándar y por oferta.

Para la aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado - ISE de mediana y alta complejidad:

1. En el mes de julio de cada vigencia el director de la Institución de Salud del Estado - ISE presentará la propuesta de presupuesto al Consejo Directivo de la entidad para su validación, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. El presupuesto validado deberá ser remitido a la Dirección de Salud respectiva quien deberá dar concepto técnico sobre la propuesta de presupuesto y los supuestos utilizados para su elaboración.

mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las Instituciones de Salud del Estado - ISE.

Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las 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 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. 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. Dos (2) 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) años y no podrán ser reelegidos para el periodo inmediatamente siguiente.

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

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

Parágrafo 4. Los servidores públicos que sean miembros del Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, lo serán por derecho propio mientras ejerzan sus cargos.

Parágrafo 5. Los particulares miembros de los Consejos Directivos o asesores de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, aunque ejercen funciones públicas no adquieren por ese sólo hecho la calidad de empleados públicos. Su responsabilidad, lo mismo que sus incompatibilidades e inhabilidades, se regirán por las leyes de la materia.

Parágrafo 6. Se procurará la paridad de género en la conformación del Consejo Directivo.

Parágrafo 7. Los requisitos para el cargo de director son los establecidos en el artículo 22 Decreto 785 de 2005.

<p>Parágrafo 8. 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.</p> <p>Artículo 43. Examen Nacional para dirección de ISE. 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, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios.</p> <p>Artículo 44. Aprobación y evaluación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado - ISE del orden territorial. Para la aprobación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial se deberá seguir el siguiente procedimiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El director de la Institución de Salud del Estado - ISE deberá presentar al Consejo Directivo el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. 2. El Consejo Directivo de la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación. 3. El director podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. 4. En caso de que el Consejo Directivo no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el director se entenderá aprobado. <p>Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El director de la Institución de Salud del Estado - ISE del orden territorial deberá presentar al Consejo Directivo un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. 2. El Consejo Directivo deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del director, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación. 3. Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo del Consejo Directivo, debidamente motivado, el cual se notificará al director quien podrá interponer recurso de reposición ante el Consejo Directivo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación. 4. La decisión del Consejo Directivo tendrá recurso de reposición ante el mismo Consejo Directivo y de apelación en el efecto suspensivo, ante el director Territorial 	<p>de Salud. Para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Si el resultado en firme de la evaluación fuera insatisfactorio será causal de retiro del servicio del director por parte del nominador, para lo cual el Consejo Directivo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ejecutoria del acto administrativo, deberá solicitar al nominador la remoción del director, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra el cual procederán los recursos de ley. 6. La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión por parte del director de la Institución de Salud del Estado - ISE, dentro de los plazos señalados, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro. <p>Artículo 45. Instituciones de Salud del Estado Itinerantes. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán las Instituciones de Salud del Estado Itinerantes o ambulante del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud requeridos para la atención.</p> <p>Las entidades de salud del Estado Itinerantes o ambulante podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, además deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por Derecho Internacional Humanitario, de acuerdo con lo que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados al programa de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y las Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado de Colombia (ZOMAC).</p> <p>Las Instituciones de Salud del Estado - ISE itinerantes serán financiadas con recursos provenientes de los fondos territoriales de salud o recursos del Sistema General de Regalías cuando se trate de gastos de inversión.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos para que en el marco de la operación de las Instituciones de Salud del Estado Itinerantes, en articulación con ellas, se garantice el transporte multimodal (aéreo, marítimo, fluvial, terrestre) en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso.</p> <p>Artículo 46. Plan Nacional de Equipamiento en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social estructurará un Plan decenal de Equipamiento y dotación en Salud con criterios de equidad regional, con la participación de las Direcciones Territoriales de Salud, quienes deberán presentar los planes de inversión en infraestructura y dotación, en concordancia con los planes de desarrollo y ordenamiento territorial y podrán hacer ajustes a dichos planes por contingencias que ameriten una revisión y ajuste, previa verificación de la autoridad competente con observancia de los principios que rigen la contratación estatal. Este plan se financiará con recursos específicos de la ADRES, sin perjuicio de las demás fuentes de financiación con que cuenten los territorios.</p>
<p>El Ministerio de Salud y Protección Social podrá ejecutar los recursos, del Plan Nacional de Equipamiento en Salud, cualquiera que sea su fuente mediante fiducia mercantil con una sociedad fiduciaria de carácter público.</p> <p>En un plazo máximo de seis meses (6) de expedida la siguiente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá hacer público el plan de fortalecimiento de la infraestructura en salud, en relación con el desarrollo e implementación de los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS; el cual deberá incluir los respectivos mecanismos de seguimiento, auditoría, veeduría de rendición de cuentas.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud en coordinación con las entidades territoriales de salud, deberán presentar un informe anual sobre la necesidad de inversión en infraestructura, equipamiento y dotación en salud, con el fin de alcanzar la capacidad necesaria para garantizar la prestación de los servicios en salud en los territorios.</p> <p>El presente informe constituirá insumo para la construcción del proyecto de Presupuesto General de la Nación el cual es presentado anualmente ante el Congreso de la República.</p> <p>Artículo 47. Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria (FIDH). Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.</p> <p>Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación. 2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos. 3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado. 4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales. 5. Aportes de otras entidades públicas 6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público. 7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes. 8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías. 9. Donaciones. 10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo 11. Los demás recursos que le asigne el Gobierno Nacional. 12. Los demás recursos que reciba a cualquier título. <p>Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del fondo.</p>	<p>El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del fondo.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO III. GESTORAS DE SALUD Y VIDA</p> <p>Artículo 48. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años siempre que cumplan las condiciones de permanencia que se les aplica, más aquellas que se le imponen en el periodo de transición previsto en la presente ley.</p> <p>Aquellas EPS que cumplan los requisitos de habilitación y decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida durante los dos años, mencionados en el inciso anterior, deberán observar progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Colaborar en la organización de los Centros de Atención Primaria en Salud conforme a la organización de las redes integrales e integrada de servicios de salud por parte del Ministerio de Salud y Protección Social que serán financiados por la ADRES. 2. Durante los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de EGVS, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. 3. Durante el periodo de tiempo que permanezca como EPS, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará, de acuerdo con las capacidades de las ADRES, la implementación del giro directo. 4. Se organizarán progresivamente por territorios para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados. En los mencionados territorios y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los CAPS presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud. 5. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las redes integrales e integradas de servicios de salud que organicen las secretarías departamentales y distritales en coordinación con las gestoras de salud y vida de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. La habilitación y autorización de las RISS estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. 6. Presentar a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 48 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.

- 7. Antes de cumplir los dos años de transición previstos en esta Ley, las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos podrán transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGSVI), las cuales podrán ser de naturaleza privada o mixta y su conformación, habilitación y funcionamiento estará conforme a las condiciones y plazos señalados en la presente Ley.
- 8. Todas las Entidades Promotoras de Salud tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad.
- 9. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.

Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos y gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS, contratados por las Entidades Promotoras de Salud.

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

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

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

Parágrafo 4. Las Entidades Gestoras de Salud y Vida que al momento de la expedición de la presente ley presentan integración vertical en la mediana y alta complejidad, tendrán un plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición.

Parágrafo 5: Las EPS con participación accionaria del Estado podrán certificar la asunción del pago de sus pasivos y acreencias por parte de la Nación o de la Entidad territorial de su respectiva jurisdicción, como respaldo de cumplimiento de las condiciones de permanencia que se les aplica, necesarias para transformarse en Gestoras de Salud y Vida.

Artículo 49. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, que surgen en virtud de la transformación de las EPS, creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Gestoras de Salud y Vida contribuirán a la gestión integral del riesgo en salud y operativo en el territorio de salud asignado, para lo cual cumplirán las siguientes funciones de administración:

1. En coordinación con los CAPS, desarrollar todas las acciones para identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión en salud, incluyendo la población sana.
2. En coordinación con las direcciones Departamentales y Distritales de Salud participar en la organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud para los Territorios de Salud, incluyendo los CAPS, de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Cooperar en la planeación estratégica del desarrollo de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Gestionar el riesgo en salud en coordinación con los CAPS desde la Atención Primaria en Salud hasta la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, según la organización de las Redes Integrales e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIISS).
5. Establecer los planes de intervención y articular la ejecución de la gestión operativa para responder a la demanda de servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS y a las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.
6. Desarrollar modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo que identifiquen patrones de comportamiento para ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo.
7. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.
8. Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarías departamentales, distritales o quienes hagan sus veces y los CAPS, para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de acuerdo con las RIISS habilitadas y autorizadas 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.
9. Ejecutar en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RIISS.
10. Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de

insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales.

11. Entregar informes periódicos del funcionamiento de las Redes.
12. Participar en el Consejo Asesor de Planeación y Evaluación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios en Salud.
13. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.
14. Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de la red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud.
15. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.
16. Gestionar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.
17. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RIISS y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud, en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.
18. Realizar la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las RIISS, con sujeción a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio.
19. Validar la facturación del componente complementario de las RIISS, la cual será remitida a la ADRES para los pagos a que haya lugar.
20. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población articulado con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud a través del cual interactúen con las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, para poder dar soluciones efectivas a las no conformidades manifestadas.
21. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
22. Solo podrán operar en los territorios donde hayan tenido autorización como Gestoras de Salud y Vida.
23. Realizar la gestión para el pago de las prestaciones económicas.
24. Gestionar la atención integral de la salud del usuario.
25. En conjunto con la Entidad Territorial establecer los convenios de desempeño con los prestadores de servicios de salud de mediana y alta complejidad, dentro de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud – RIISS correspondiente

Artículo 50. Transitorio. Dentro de los 60 días hábiles siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Servicios de Salud y

Vida, las Entidades Promotoras de Salud que se encuentren habilitadas para operar en alguno de los dos regímenes de afiliación actuales y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a sus competencias, la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a dicha transformación presentando el proyecto de habilitación o plan de retiro voluntario según el caso, y el correspondiente plan de saneamiento, teniendo en cuenta lo siguiente:

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

En el caso del numeral uno (1), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento respaldado por una póliza que contemple el pago de la totalidad de los pasivos así como del IBNR, el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 48 meses contados a partir de su aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y tendrán que garantizar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo.

En el caso del numeral dos (2) la Entidades Promotoras de Salud tendrá que presentar un plan de saneamiento que contemple el pago de la totalidad del pasivo en un tiempo que no podrá ser superior a 48 meses contados a partir de la radicación del plan de retiro voluntario o al vencimiento de los 60 días previstos en el presente artículo. El plan de saneamiento debe tener en cuenta la prelación de pagos previsto en el artículo 12 de la ley 1797 de 2016, considerando que en el primer renglón de prelación deben incluirse las deudas que se tengan con todos los trabajadores de la salud con independencia de la forma de vinculación.

Parágrafo 1. Para el respectivo saneamiento se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas técnicas de las Entidades Promotoras de Salud.

Parágrafo 2. Las EPS que presenten el plan de habilitación y saneamiento a la entrada en vigencia de la presente ley, observando los parámetros definidos en el artículo 48 de la presente ley, podrán obtener una habilitación transitoria como Gestoras de Salud y Vida siempre y cuando la Superintendencia Nacional de Salud apruebe los mencionados planes y la póliza de que trata el presente artículo. Como consecuencia de ello se suspenderán los requisitos de habilitación financiera que les aplica como EPS, sin perjuicio de lo establecido en el régimen de transición.

La Superintendencia Nacional de Salud tendrá hasta 30 días calendario para emitir concepto sobre los planes y el cumplimiento de los parámetros.

Artículo 51. Gobierno Corporativo y Rendición de Cuentas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia. Las Gestoras de

Salud y Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma en cuanto a los indicadores de servicio, resultados en salud de su gestión financiera, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. El Gobierno Nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.

Artículo 52. Inspección, Vigilancia y Control para las Gestoras de Salud y Vida. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá la responsabilidad de hacer la Inspección, Vigilancia y Control del cumplimiento de las funciones a cargo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, lo que incluye:

1. El acceso efectivo a servicios de salud de mediana y alta complejidad para la población a su cargo referida por los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS.
2. Monitoreo y seguimiento al cumplimiento de los estándares de proceso y resultado aplicables a la prestación de los servicios en salud.
3. Las condiciones de gobierno corporativo, gestión operativa empresarial, indicadores financieros, constitución y administración.
4. Vigilar el uso eficiente de los recursos públicos que se les reconozca.

Artículo 53. Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se reconocerá a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el 5% del valor del per cápita asignada para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano adscrita a los CAPS a los cuales la Gestora garantiza la atención, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca al efecto. Además, podrán recibir hasta 3% de incentivos por resultados en la población asignada según lo estipulado en la presente ley.

Artículo 54. Evaluación gastos administrativos de las Gestoras de Salud y Vida. El Ministerio de Salud y Protección Social evaluará y ajustará cada dos (2) años a partir de estudios técnicos, el porcentaje de gastos administrativos que se le reconozca a las Gestoras de Salud y Vida para el cumplimiento de las funciones asignadas, que no podrá superar el 5% del per cápita asignado para el pago de atención de mediana y alta complejidad, en los términos establecidos en el artículo 51 de la presente ley.

En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla los indicadores establecidos, recibirá hasta un 1,5% menos de su ingreso por gastos administrativos, y en caso de que reincida su incumplimiento en dos periodos consecutivos, será objeto de medida de supervisión especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 55. 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, con su médico tratante, dentro de la Institución Prestadora de Salud o Institución de Salud del Estado (ISE) durante al menos seis (6) meses posteriores a su transformación. En ningún

caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas.

**TÍTULO IV
FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA**

Artículo 56. Cotizaciones y Aportes. Las cotizaciones y aportes contribuciones sobre el salario, los ingresos o la renta de las personas. Son aportantes al Sistema de Salud las personas jurídicas y las personas naturales que reciben ingresos por salarios, rentas, trabajo independiente, contratistas o pensionados. Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus cotizaciones en salud ante los operadores del pago de aportes autorizados y con destino a la Cuenta de Recaudo del Fondo Único Público de Salud administrado por la Administradora de Recursos de la Salud, ADRES.

Artículo 57. 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 o inexactos; igualmente, lo podrá hacer respecto a las personas jurídicas.

Artículo 58. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud – antes Administradora de los Recursos del Sistema de General de Seguridad Social en Salud. La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente Ley se denominará "Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES", y tiene por objeto garantizar el adecuado flujo, administración y control de los recursos públicos del Sistema de Salud, ejercerá las siguientes funciones:

1. Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al Fondo único Público de Salud
2. Administrar los recursos del Fondo Único Público en Salud, que financian el Sistema de salud, de conformidad con lo previsto en la presente ley.
3. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET.

4. Realizar los pagos, asumir como pagador único del sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada y mixta.
5. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud o a las instituciones de que dependan o las operen.
6. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas, pagos y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema, en los términos de la presente Ley.
7. Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para retroalimentar el régimen de tarifas y formas de pago, con el fin de garantizar el control del riesgo financiero y la sostenibilidad del sistema
8. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías integrales que corresponda.
9. Administrar la información propia de sus operaciones financieras a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.
10. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.
11. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a los entes territoriales y otros agentes.
12. Garantizar el flujo oportuno de recursos del sistema de salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles.
13. Hacer públicas todas las transacciones y reconocimiento del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.
14. Realizar las actividades de gestión administrativa necesarias para garantizar, la administración del Fondo Único Público. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública ley 80 de 1993. Los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud seguirán siendo administrados bajo el régimen privado.
15. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.
16. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el SOAT y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.
17. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas auditorías de segundo piso sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida.
18. Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar

comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para la sostenibilidad del sistema de salud.

19. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos.
20. Establecerá en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.
21. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud de acuerdo con las auditorías que realicen las Gestoras de Salud y Vida para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población afiliada.
22. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo.
23. Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión que el Ministerio de Salud y Protección Social ordene.
24. Diseñar mecanismos financieros y de crédito para contribuir a la liquidez de las instituciones prestadoras de servicios del sector salud, siempre que se cumplan los criterios de respaldo en el monto y la frecuencia de los pagos realizados por la ADRES a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos.

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

Parágrafo 2. Dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en conjunto con la ADRES reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional necesario para incrementar la capacidad de gestión de la Administradora con el fin de que pueda desarrollar las funciones asignadas.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la ADRES. La ADRES deberá realizar audiencias de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma en cuanto a las funciones de este artículo, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley reglamentará y definirá junto con la ADRES el plan de inversiones necesario para garantizar que en plazo máximo de 3 años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, la ADRES cuente con la capacidad operativa para asumir las funciones asignadas.

Artículo 59. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. A la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud-ADRES le corresponde administrar los recursos del Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, entre otros, los siguientes:

1. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional.
2. Los recursos provenientes de las cotizaciones para el aseguramiento social en salud correspondientes a salarios de los empleados o trabajadores dependientes, ingresos de los pensionados e ingresos de los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes y rentistas de capital.
3. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.
4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos por los obligados.
5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinados a financiar el sistema de salud.
6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales.
7. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a las entidades territoriales.
8. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la ADRES.
9. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos provenientes de las rentas cedidas que, a la vigencia de la presente ley, deben ser girados a la ADRES.
10. Los recursos propios de las entidades territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente ley, deben ser girados a la ADRES.
11. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales del FONPET, correspondientes a excedentes o desahorro.
12. Los rendimientos financieros.
13. Los recursos de FONSAET
14. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del sistema de salud.

Artículo 60. Destinación de los recursos administrados por la ADRES. Los recursos administrados por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES serán destinados a lo siguiente:

1. La financiación de los servicios de atención primaria que comprende la atención básica en salud, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y la operación de los equipos territoriales de salud.
2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales.
3. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley.
4. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
5. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

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

Los recursos de las cuentas de que trata el presente artículo no harán unidad de caja con los demás recursos del Fondo, pero sus excedentes podrán ser reasignados atendiendo las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones y los provenientes de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social en salud. Dicha reasignación será ordenada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 62. Cuenta de Atención Primaria en Salud. La Cuenta de Atención Primaria en Salud integra los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud, los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a los distritos y municipios, los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la ADRES.

Estos recursos se destinarán a financiar los servicios de atención primaria, soluciones de transporte y dotación de los equipos extramurales, la atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, y los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 63. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria integra las siguientes fuentes de recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos; los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la ADRES; los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos; los recursos correspondientes a las rentas cedidas; los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos; y los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud con cargo a esta cuenta, entre otros recursos.

Estos recursos se destinarán a los siguientes usos: al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformarán en Instituciones de Salud del Estado, al fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento, al funcionamiento de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado de los departamentos y distritos, y al pago de los servicios de esta red de atención de urgencias y transporte medicalizado, y al pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad.

Artículo 64. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. Los demás recursos que financian el sistema de salud y que están integrados en

6. El saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.
7. El Fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento.
8. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud proveedor de naturaleza pública, privada o mixta.
9. El funcionamiento, en departamentos y distritos, de la red de atención de urgencias, el transporte medicalizado de pacientes, interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo y de los laboratorios de salud pública.
10. Pago de los servicios de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.
11. Pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad, los CAPS y las gestoras de salud y vida.
12. La formación del talento humano en salud.
13. El pago de las incapacidades.
14. El pago de las obligaciones derivadas de los recursos con destinación específica que, a la vigencia de la presente Ley, la ADRES debe girar o pagar.
15. El pago por los gastos de administración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.
16. El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres gestantes no cotizante
17. El pago de la atención de pacientes lesionados en accidentes de tránsito por vehículos sin póliza SOAT o no identificados, así como el pago en exceso de las aseguradoras del SOAT de tarifa reducida.
18. El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a este propósito contenido en el punto 1 del Acuerdo de Paz, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz.
19. El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemia, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
20. El pago de recursos de inversión que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la ADRES su adquisición o contratación.
21. El pago de las obligaciones que surjan de resoluciones judiciales.

Artículo 61. Fondo Único Público de Salud. Los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud, serán administrados por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud - ADRES y serán manejados como un Fondo Único Público de Salud, que se crea en la presente ley, sin personería jurídica ni planta de personal propia, el cual tendrá dos cuentas independientes, y con los demás recursos del Sistema de Salud se hará unidad de caja en el Fondo. La inspección, vigilancia y control será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos.

el Fondo Único Público de Salud, deberán presupuestarse por conceptos, entre otros, para los siguientes usos:

1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que harán parte de la red de servicios en cada región.
2. El pago de las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad.
3. El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo.
4. El financiamiento de los programas de formación e investigación en salud.
5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.
6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que, a la entrada en vigencia de la presente ley, se deban reconocer por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras.
7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.

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

Artículo 65. Recursos de las entidades territoriales. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la operación de la Atención Primaria en Salud – APS y determinará las condiciones para la ejecución municipal y distrital de los recursos destinados a la misma.

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

Artículo 66. Unidad de Pago por Capitalización (UPC). El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitalización (UPC), para cubrir la atención en salud de la población y sus prestaciones económicas, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral. Este valor se determinará mediante estudios técnicos, que consideren ajustadores de riesgo en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población.

El Ministerio de Salud y Protección Social estará encargado de presentar al Consejo Nacional de Salud los factores de ajuste de la UPC antes de finalizar cada año y este recomendará al Gobierno Nacional su aplicación para la siguiente vigencia y la proyección estimada para los próximos tres años.

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

<p>Artículo 67. Criterios para la asignación y distribución de los recursos de la UPC para el aseguramiento social en salud. Para garantizar la suficiencia de recursos, la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los residentes en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social destinará los recursos de la UPC así:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento de la Atención Primaria en Salud, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes. La financiación de la Atención Primaria en Salud se hará vía oferta, según se define en la presente Ley. 2. Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano, aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías prioritizadas y otras variables que sean pertinentes. <p>Parágrafo 1. En casos de una situación extraordinaria sobrevenida y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otros, el Estado podrá concurrir con recursos financieros para asumir el riesgo financiero derivado de la misma.</p> <p>Parágrafo 2. Los recursos que financian el aseguramiento en salud de que trata el numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, integran la subcuenta de Atención Primaria en Salud para la financiación del per cápita destinado a la Atención Primaria en Salud.</p> <p>Parágrafo 3. Los recursos complementarios de cofinanciación previstos en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 se destinarán a la financiación del per cápita definido para la atención en salud de la mediana y alta complejidad.</p> <p>Artículo 68. Acuerdos de Voluntades. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 9 de la presente ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las RISS, que les faculta para hacer parte de las redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS- gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.</p> <p>Una vez registrado y certificado en la RISS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la ADRES, pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo, que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorías tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la ADRES, con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Entidad Territorial y la Gestora para la organización de la RISS.</p>	<p>Artículo 69. Autorización de pago de servicios. La Administradora de Recursos para la Salud ADRES, autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la red integral e integrada de servicios de salud de la región, según el régimen de tarifas y formas de pago que fije el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con la ADRES para el sistema de salud y los acuerdos de desempeño.</p> <p>El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regular el uso y costos de los recursos públicos del sistema de salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas.</p> <p>La ADRES llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados y del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.</p> <p>Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo. El Sistema Público unificado e Interoperable de información en Salud – SPUIS, contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas, en tiempo real.</p> <p>Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías de las facturas presentadas por los integrantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, que certificarán ante la ADRES el cumplimiento para el pago.</p> <p>La ADRES, dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias o dirigidas a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la red integral e integrada de servicios de salud, de acuerdo con las tendencias de gasto identificadas. Sus informes serán dispuestos a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud para su consulta.</p> <p>De encontrarse irregularidades continuadas en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a las</p>
<p>Direcciones Territoriales de Salud, las cuales podrán exigir a las Coordinaciones Departamentales de la Red la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución.</p> <p>Parágrafo. El Gobierno Nacional establecerá mecanismos para que la facturación electrónica por prestación de servicio de salud sea informada a la ADRES para efectos de llevar un control sobre el orden de los pagos y la resolución de las glosas.</p> <p>Artículo 70. Gestión de cuentas por prestación de servicios de salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados a la instancia de la Administradora de Recursos para la Salud ADRES que corresponda, la cual pagará mínimo el 85% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, y el pago del porcentaje restante estará sujeto a la revisión y auditoría de las cuentas, cuyo pago, si no se encuentran inconsistencias en la auditoría, no deberá superar los 90 días calendario a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría. En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación de la auditoría, la ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes.</p> <p>Artículo 71. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que necesita una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud y su condición socioeconómica le impide proporcionárselos por sí misma. Son servicios de transporte, hospedaje, acompañantes y cuidados crónicos de enfermería en casa. El Gobierno Nacional determinará las fuentes para financiarlos, la población que reciba el servicio y su cobertura.</p> <p>Parágrafo. Para los pacientes que, por condiciones de salud son trasladados y/o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallecen, el gobierno nacional determinará la forma en que serán asumidos los servicios del transporte para el traslado del cadáver, responsable y fuente de financiación; con el fin de que retorne a su lugar de origen (población indígena, negra, raizal, estrato 1) que no tengan pago servicio funerario.</p> <p>Artículo 72. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad y paternidad y por incapacidad derivada de una enfermedad general.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente Ley.</p> <p>Las mujeres y personas gestantes no cotizantes recibirán prestación económica equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta prestación alcanzará, de manera progresiva, el mismo tiempo estipulado para las licencias de maternidad de la población cotizante.</p>	<p>El procedimiento administrativo de auditoría y revisión de documentos soportes realizado por las Gestoras de Salud y Vida, no podrá exceder los treinta (30) días calendario, y la ADRES realizará el pago efectivo de dichas prestaciones económicas en un máximo de ocho (8) días hábiles contados a partir de la aprobación.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES reglamentarán el aumento progresivo de semanas hasta alcanzar el tiempo máximo estipulado en el 2026.</p> <p>Parágrafo 2. El sistema de salud deberá garantizar el adecuado control prenatal a todas las mujeres y personas gestantes, eliminando las barreras de acceso a los servicios y procurando la corresponsabilidad de las mismas para la protección de la vida y la salud.</p> <p>Artículo 73. Acreencias de las EPS. Las acreencias que las EPS liquidadas han dejado por las Empresas Sociales del Estado serán pagadas gradualmente, con apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>En todos los casos se garantizará el pago de la remuneración al talento humano en salud que los prestadores adeuden con los trabajadores de la salud al momento de la cancelación de las deudas, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.</p> <p>Artículo 74. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. A las Instituciones de Salud del Estado ISE e IPS privadas o mixtas, se les concederán créditos blandos con tasas compensadas, según los requisitos que para ello establezca el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con la Administradora de los Recursos de Salud – ADRES y la Financiera de Desarrollo Territorial S.A FINDETER que les facilite el saneamiento de sus finanzas y les favorezca su estabilización financiera y permanencia en el Sistema de Salud. Se priorizarán prestadores afectados financieramente por EPS liquidadas o en proceso de liquidación.</p> <p style="text-align: center;">TITULO V SISTEMA PÚBLICO UNIFICADO E INTEROPERABLE DE INFORMACIÓN EN SALUD</p> <p>Artículo 75. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. Se diseñará, desarrollará e implementará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIS para garantizar acceso transparente, en línea y en tiempo real de las transacciones en salud y administrativas por parte de cada actor del sistema de salud, según sean sus responsabilidades operativas o estratégicas, en el orden nacional, territorial e institucional. La incorporación de la información al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud tanto administrativa como asistencial serán obligatoria para todos los integrantes del sistema de salud.</p> <p>El sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país; y deberá integrar los sistemas de información ya disponibles.</p>

Artículo 76. Organización del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIS tendrá como principios de organización el seguimiento de la salud de las personas, las familias y las comunidades, así como el soporte informático al ciclo de atención integral de personas, familias y comunidades en el marco de acciones asistenciales, de promoción y prevención, junto con las referentes a los aspectos administrativos y financieros, así como la gestión de recursos físicos, humanos y tecnológicos para la atención en salud de acuerdo con la operación en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y de territorios para la gestión en salud, así como lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015.

Se organizará como mínimo en dos niveles:

1. Nivel operativo: garantizará la operación y funcionamiento de los procesos transaccionales y usuarios de la información para la atención integral de las personas, las familias y las comunidades con calidad, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia, por parte de todos los integrantes del Sistema de Salud, considerando la historia clínica electrónica interoperable en todos sus procesos, los registros de atención en salud, los registros financieros y económicos asociados, y la información sobre determinantes sociales y salud pública. De igual manera, se deberán incluir en el SPUIS los registros de atención en salud y los resultados en salud de las personas, las familias y las comunidades, así como los referentes a la gestión de las redes de servicios de salud y territorios para la gestión en salud, para garantizar el funcionamiento y la movilidad de la población en la red de servicios y entre los territorios de salud.
2. Nivel estratégico: Garantizará la información para su análisis sobre la situación de salud y la calidad de vida de la población, para contribuir a la toma de decisiones de las instancias de rectoría y dirección del sistema de salud y de los agentes involucrados en ellas. En este nivel se incluirá la información de los determinantes sociales de la salud y se promoverá el análisis de la misma para la definición de políticas y programas intersectoriales con enfoque diferencial y de género.

Artículo 77. Diseño y desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. El diseño y desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIS estará liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, que deberá elaborar un plan estratégico de diseño, implementación y evaluación. Podrá contar con la cooperación técnica del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones cuando lo considere pertinente y en el marco de sus competencias.

Para el desarrollo del SPUIS se articularán los actores en una estructura multimodal de coordinación con un desarrollo por etapas secuenciales y armónicas con la incorporación de funcionalidades.

El SPUIS deberá recoger los estándares y políticas de interoperabilidad para los sistemas de información definidas por los Ministerios de Salud y Protección Social y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) respecto a:

- a. Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión.
- b. Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.
- c. Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.
- d. La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.

Parágrafo. El Gobierno Nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.

Artículo 80. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y Decreto 2957 de 2010.

Para tal efecto y de conformidad con el Artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de las 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.

**TÍTULO VII
INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL**

Artículo 81. Inspección, vigilancia y control. El ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud se realizará conforme a lo definido en la Ley 1122 de 2007, sin embargo, el alcance de la función de inspección consistirá en solicitar, confirmar y analizar en detalle en los términos que determine la Superintendencia Nacional de Salud las evaluaciones generales, los análisis de los reportes generados por el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Territoriales de Salud, los reportes generados por el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud, las visitas, auditorías, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas. En desarrollo de la función de inspección ninguna persona o autoridad podrá oponer reserva o confidencialidad para el acceso a la información.

Con el objetivo de fortalecer las funciones de inspección, vigilancia y control en el territorio, se crearán nuevas regionales de las Superintendencia Nacional de Salud y se fortalecerá

**TÍTULO VI
PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL**

Artículo 78. Ámbitos de participación ciudadana y social. La participación, como principio fundante y vinculante de la Constitución Política de 1991, podrá ser ejercida por las personas y las comunidades en los siguientes ámbitos:

1. En los procesos cotidianos de atención primaria en salud (APS). Todos los agentes del sistema de salud desarrollarán procesos y procedimientos que garanticen el derecho al libre consentimiento informado en materia de salud, como una expresión de la autonomía de la voluntad.
2. En la exigibilidad del derecho a la salud: Siendo la salud un derecho fundamental, será obligación de todos los agentes en salud, disponer mecanismos suficientes y eficaces al alcance de las personas, que canalice la debida atención en salud.
3. Participación en políticas públicas en salud: Dentro del sistema de salud se desarrollarán mecanismos para garantizar la participación activa, vinculante y efectiva de las personas en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con la salud y seguridad pública social.
4. Consulta previa a comunidades étnicas: Por mandato de la ley 21 de 1991 y la Constitución Política de 1991, se tendrá que garantizar a las comunidades étnicas, en todo lo referente a salud, sus políticas diferenciales y su desarrollo intercultural, el derecho al consentimiento, previo, libre e informado.
5. En la Inspección, Vigilancia y Control: Por reglamento del Ministerio de Salud, se conformará una red de control social sobre los agentes del sistema de salud en articulación con los distintos niveles territoriales con los entes control, con las veedurías y con la superintendencia de salud. Este derecho lo tendrán todos los ciudadanos y comunidades en igualdad de condiciones. Todo lo anterior sin desmedo de las competencias y funciones de vigilancia y control asignadas a las diferentes entidades por la ley.

El Ministerio de Salud y Protección social, adecuará institucionalmente, y en el marco del sistema de salud, estos mecanismos de participación, Incluyendo el procedimiento para su vinculación a la red de controladores del sector salud que coordinará la superintendencia Nacional de Salud. Los mecanismos de participación social y ciudadana serán especialmente divulgados e implementados en las zonas rurales del país para garantizar la participación de la población rural.

Artículo 79. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas. Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l, m y n del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

De conformidad con el Artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con

la capacidad técnica administrativa y financiera de las existentes, con el propósito de impactar en mayor medida a las entidades vigiladas y mejorando la protección del derecho a la salud. Lo anterior deberá sujetarse a las disponibilidades presupuestales, al Marco de Mediano Plazo y al Marco de Gasto de Mediano Plazo.

Artículo 82. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

1. Financiamiento y administración. Su objetivo es inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en el flujo, administración y aplicación de los recursos del sistema de salud, para contribuir a su sostenibilidad financiera
2. Prestación de servicios de atención en salud pública. Su objetivo es inspeccionar, controlar y vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
3. Atención al usuario y participación social. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el sistema de salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del sistema de salud; y en la efectividad de la promoción y desarrollo de los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.
4. Acciones de control y medidas especiales. Las acciones de control tienen por objeto ordenar a los sujetos vigilados adoptar, adoptar de manera inmediata los correctivos de cualquier orden para garantizar la efectividad del derecho a la salud. Las medidas especiales tienen por objeto adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, e intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control para garantizar los derechos de los usuarios de los servicios de salud. Respecto a los recursos del sistema de salud también ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control para garantizar su uso adecuado y los recursos del sistema de salud.
5. Información. Inspeccionar, vigilar y controlar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos de calidad y con cobertura suficiente, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.
6. Equidad en salud. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios, del sistema de salud, así como el cumplimiento de las normas contenidas en esta ley para garantizar la aplicación de los principios del sistema de salud y sus formas de operación, y la correcta aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales. En todo caso, se respetará el derecho constitucional a la igualdad.
7. Fomento y promoción de transparencia en el sector salud. Con este objetivo se promoverá la celebración de pactos por la transparencia en el manejo de los recursos del sector salud, entre todos los actores del sistema de salud. Así mismo, la

<p>Superintendencia Nacional de Salud creará un sistema de indicadores de transparencia y un sistema de prevención de riesgos para fortalecer la lucha contra la corrupción.</p> <p>Artículo 83. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios.</p> <p>La conciliación tendrá efecto de cosa juzgada y prestará mérito ejecutivo, pudiendo ejecutarse ante la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales o ante los jueces ordinarios.</p> <p>Parágrafo. En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud se aplicarán las normas previstas en la Ley 2220 de 2022 o las que la modifiquen, sustituyan o adicionen.</p> <p>Artículo 84. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud. 2. Exigir la observancia a los actores del sistema de salud de los principios y fundamentos del derecho a la salud. 3. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema de Salud y promover el mejoramiento integral del mismo. 4. Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al acceso al servicio de atención en salud, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud. 5. Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud. 6. Velar por la eficiencia en el recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud. 7. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema de Salud. 8. Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema de Salud. 9. Establecer sistemas de gestión del riesgo financiero del Sistema de salud y de sus instituciones. <p>Artículo 85. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, las siguientes:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeccionar, Vigilar y Controlar a la Administradora de Recursos de Salud ADRES, el Fondo Único Público para la Salud, Fondos de Salud de las entidades territoriales, y demás actores del sistema, incluidos los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001. 2. Inspeccionar, vigilar y controlar que las Direcciones Territoriales de Salud cumplan a cabalidad con las funciones señaladas por ley, e imponer las sanciones a que haya lugar. En virtud de la misma potestad mediante decisión motivada, de oficio o a petición de parte podrá avocar el conocimiento de aquellos asuntos específicos a las funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud que se tramitan en las entidades territoriales de salud, cuando se evidencia la vulneración de dichos principios. 3. Reducir en una tercera parte los términos de los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud, respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir. El incumplimiento de los términos establecidos en la presente norma constituyen falta grave. 4. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema de Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del Sistema de Salud por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud. 5. Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de los criterios de equidad, los principios del derecho fundamental a la salud y la aplicación del gasto social en salud por parte de las Entidades Territoriales. 6. Vigilar, inspeccionar y controlar que las Instituciones prestadoras del Sistema de Salud adopten y apliquen dentro de un término no superior a seis (6) meses, un Código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo y asegure la realización de los fines de la presente ley. 7. Brindar garantías de progresividad en el Sistema de Salud en lo relacionado con la integralidad de la prestación del servicio, la prevención de riesgos y en el marco de la protección del derecho fundamental por vías administrativas, en la prestación del servicio. 8. Priorizar la implementación de mecanismos administrativos expeditos y directos, para la protección integral del derecho a la salud, bajo los principios de oportunidad, celeridad y eficacia. En todo caso, estos mecanismos no serán barrera para el ejercicio de la acción de tutela, ni podrán constituirse en requisito de procedibilidad para la misma. 9. Desarrollar procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control en los territorios para la gestión en salud. 10. Desarrollar un sistema de peticiones, quejas y reclamos de fácil acceso y trámite, con cobertura nacional y manejo desconcentrado, con capacidad de inspección, vigilancia y control para garantizar la efectiva e inmediata atención a los usuarios del sistema de salud, regido por el principio de celeridad. 11. Rendir informe anual al Consejo Nacional de Salud en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del Sistema de Salud y proponer las medidas correctivas.
<ol style="list-style-type: none"> 12. Conservar su autonomía técnica en materia de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud, frente a cualquier otro organismo del Estado. 13. Velar porque los actores e instancias del Sistema de Salud operen adecuadamente y cumplan con sus funciones, que serán de carácter preventivo y capacidad resolutoria en los planes de mejoramiento para la prestación de los servicios. <p>Parágrafo 1. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría.</p> <p>Parágrafo 2. Los objetivos y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud referentes a instituciones, funciones, lineamientos u otros criterios que entren en contradicción con la finalidad de la presente ley, deberán entenderse modificadas en su sentido y alcance con el propósito de brindar concordancia y coherencia con lo dispuesto en la presente ley. En todo caso, se tendrá como criterios de interpretación brindar todas las garantías de inspección, vigilancia y control sobre riesgos y sucesos que se refieran a la vulneración del derecho fundamental a la salud, con el propósito de brindar de forma preventiva un esquema institucional de protección para garantizar una adecuada ejecución de las disposiciones del Sistema de Salud.</p> <p>Artículo 86. 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 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 solidaria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficio ilegítimo. 4. Cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido por productos o servicios no efectivamente erogados 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. <p>En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.</p>	<p>Artículo 87. Delimitación y fortalecimiento de la función jurisdiccional y de conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud. Sin perjuicio de las funciones jurisdiccionales de la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud previstas en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, se crean las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Conocer a prevención de los procesos ejecutivos promovidos para el cumplimiento efectivo de los compromisos obligatorios de pago y/o depuración de cartera producto de las mesas de saneamiento de cartera, acuerdos conciliatorios y/o cualquier otro acuerdo en la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones de conciliación, siempre y cuando, constituyan un título ejecutivo. Para el propósito de este artículo se seguirá el procedimiento establecido en la Sección Segunda del Código General del Proceso, o el que haga sus veces. f. Conocer de modo privativo de los procesos de insolvencia, reorganización y liquidación judicial, del Régimen de Insolvencia Empresarial previstos en la Ley 1116 de 2006 o la norma que la adicione, modifique o sustituya, para los sujetos vigilados. g. Conocer a prevención de las acciones revocatorias de los actos y/o contratos a que se refiere el numeral 7 del artículo 301 del Decreto Ley 663 de 1993, para medidas de intervención forzosa administrativa para liquidar, ordenadas por la Superintendencia Nacional de Salud. h. Conocer a prevención de la acción de desestimación de la personalidad jurídica cuando se utilice para defraudar la ley, de cara a extender a los accionistas del vigilado. De esta forma responderán solidariamente por las obligaciones nacidas de tales actos y por los perjuicios causados. Así mismo, conocerá de la acción indemnizatoria a que haya lugar por los posibles perjuicios. En esta acción procederá el decreto y práctica de medidas cautelares de embargo y secuestro de bienes de acuerdo a lo señalado en el Código General del Proceso. <p>Parágrafo 1. Deróguese el numeral 1 del artículo 3 de la Ley 1116 de 2006.</p> <p>Parágrafo 2. Con la finalidad de garantizar la imparcialidad y autonomía, en el ejercicio de las funciones del literal b), la Superintendencia Nacional de Salud ajustará su estructura a efectos de garantizar que el área encargada de asumir las funciones jurisdiccionales asignadas por la presente ley cuente con la debida independencia frente a las demás áreas encargadas del ejercicio de las funciones de supervisión e instrucción.</p> <p>Dentro del plazo previsto en el inciso anterior, el Gobierno nacional establecerá los requisitos de admisión de las personas jurídicas vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de insolvencia.</p> <p>Parágrafo 3. Para las funciones de que tratan los literales a), c), d) y e) del presente artículo, la Superintendencia Nacional de Salud tendrá las mismas atribuciones de las instancias procesales, primera o única, que hubiesen conocido del mismo en razón de la cuantía y jurisdicción, sin perjuicio de los recursos procedentes ante la autoridad judicial superior funcional del juez que hubiese conocido del proceso.</p>

Para los efectos de este párrafo aplicara lo contenido en el artículo 24 párrafo tercero inciso segundo de la Ley 1564 de 2012 Código General del Proceso.

Parágrafo 4. La Superintendencia Nacional de Salud para el caso de las funciones establecidas en este artículo, administrará justicia bajo el principio de gradualidad de la oferta. De acuerdo con lo anterior, esta autoridad informará las condiciones y la fecha a partir de la cual ejercerá dichas funciones jurisdiccionales.

Parágrafo 5. Deróguese del párrafo 2 del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificada por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, la expresión: "(...) no podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo (...)".

Artículo 88. Principio de celeridad en el sistema de quejas y reclamos. Si dentro del conocimiento de la queja o reclamo se evidencian actos que pongan en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes, la Superintendencia Nacional de Salud podrá en el marco de la función de control, ordenar las acciones necesarias para salvaguardar el derecho vulnerado o puesto en riesgo, decisión que deberá adoptarse como medida cautelar por medio de acto administrativo.

Los traslados a los sujetos vigilados para el recaudo de la información necesaria para la toma de la decisión no podrán superar el término perentorio de setenta y dos (72) horas y la decisión de fondo podrá omitir la práctica de pruebas de encontrarse documentado la vulneración o riesgo del derecho fundamental a la salud.

En todo caso el Superintendente Nacional de Salud deberá adoptar estrategias para evacuar de manera masiva y expedita las peticiones quejas y reclamos de los usuarios de manera periódica, por medio de procedimientos masivos, inmediatos, presenciales y con directa interacción del usuario y el prestador del servicio, cuya única finalidad sea la garantía material y oportuna del derecho fundamental a la salud.

Parágrafo. Las peticiones en las que no se evidencie riesgo o vulneración al derecho fundamental a la salud se tramitarán dentro de los términos previstos en la Ley 1755 de 2015. En todo caso el funcionario que así lo decida será solidariamente responsable por los perjuicios que con ello pudieren causar.

**TÍTULO VIII
POLÍTICA FARMACEÚTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD**

Artículo 89. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. Los Ministerios de Salud y Protección Social y Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud formularán cada diez (10) años, la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud.

El Comité del Fondo de Investigación en Salud — FIS, integrado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y el Ministerio de Salud y Protección Social definirá las prioridades en investigación desarrollo tecnológico e innovación y la destinación de los recursos provenientes del FIS, en el marco de la Política de Ciencia, Tecnología e

1. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.
2. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.
3. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.
4. 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.

Dicha reducción solo se concederá sobre los intereses establecidos por la entidad, para el pago de las obligaciones a su favor.

Artículo 94. 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 automatizen 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. 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.

La transformación deberá incluir el fortalecimiento del recurso humano y tecnológico, la ciberseguridad y la optimización de procesos y trámites. En particular, los registros sanitarios otorgados deberán pasar una vigencia indefinida con vigilancia periódica y permanente respondiendo al nivel de riesgo que implique. Así mismo, las modificaciones de registro sanitario que no intervengan con la calidad y seguridad del producto deberán ser automáticas. Para los medicamentos de venta libre y entendiendo su bajo nivel de riesgo, la publicidad deberá pasar de la aprobación previa al control posterior con vigilancia en el mercado.

El fabricante de alimentos, bebidas y bebidas alcohólicas para consumo humano realizará el Registro sanitario ante el INVIMA, el cual será automático y suficiente para iniciar la fabricación y comercialización de estos. El INVIMA realizará la Inspección, Vigilancia y Control Sanitario con enfoque de riesgo.

Innovación, según las especificidades territoriales, que tendrán como propósito único la financiación de mecanismos de investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud, según las especificidades territoriales.

Artículo 90. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud. La gestión de tecnologías en salud la hará el Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud-IETS mediante la creación de un Comité Asesor Técnico Científico.

El Objetivo del Comité Técnico Científico es 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 tecnologías aplicables en salud, desde su investigación y desarrollo, regulación, inversión y desinversión.

El Comité será conformado por 5 profesionales con idoneidad debidamente demostrada en la materia. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará la forma de integrar el Comité Técnico Científico y su funcionamiento.

Parágrafo. 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.

Artículo 91. Vacunas producidas en Colombia. Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia y Tecnología en Salud a nivel nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidas por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, dará especial consideración a los productores locales, según la legislación aplicable.

Artículo 92. Racionalización de 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 deberá 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 el sitio web de la entidad sanitaria que lo emite, la cual debe ser de una entidad oficial y el Invima confirmará la autenticidad, alcance 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. La veracidad de esta traducción será también responsabilidad del aportante.

Artículo 93. Alivio de intereses por sanciones impuestas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima. Las personas que, al 30 de septiembre 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:

El Invima contará con un sistema de información que fortalezca las acciones de Inspección, vigilancia y control sanitario.

**TÍTULO IX
POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD**

Artículo 95. Política de Formación. En desarrollo de la Política Pública Intersectorial de Talento Humano en Salud-THS, el Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con actores sectoriales e intersectoriales, desarrollará acciones en la formación del THS en todos niveles de educación, las cuales tendrán en cuenta los siguientes criterios:

1. Orientación de las prioridades de formación del talento humano en salud según las necesidades de la población para el mejoramiento de su salud y calidad de vida; de acuerdo con las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la Atención Primaria Integral en Salud (APIS) y del Sistema de Salud, con enfoque familiar, comunitario, territorial, diferencial y de género.
2. Generación de incentivos para estudiantes de ciencias de la salud que realicen prácticas en zonas rurales, urbanas y dispersas, con el propósito de reducir las brechas en salud en marco de la garantía del derecho fundamental e incrementar la disponibilidad del talento humano en salud.
3. Definición estímulos para la formación de las profesiones y ocupaciones del área de la salud priorizadas.
4. Establecimiento de mecanismo para orientar el ingreso a los posgrados del área de la salud en condiciones de competencia, transparencia y equidad.
5. Actualización de los criterios para la relación docencia servicio de los programas académicos del área de la salud, para el nivel primario y complementario de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, así como de los institucionales y comunitarios que sean necesarios para responder a la situación de salud de la población.
6. Desarrollo de estrategias para aumentar el número de cupos en los programas de formación tanto en Instituciones de Educación Superior públicas como privadas a nivel nacional.
7. Desarrollo del marco normativo y técnico para incluir el reconocimiento como escenarios de práctica como uno de los requisitos de habilitación de prestadores de servicios de salud y de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.
8. Diseño e implementación de un sistema de calidad para la oferta y desarrollo de las acciones de formación continua del Talento Humano en Salud, la cual comprende los procesos y actividades permanentes de entrenamiento y fundamentación teórico-práctica, dirigidos a complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas por parte de las profesiones y ocupaciones y que complementan la formación básica de educación superior, o de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH).
9. Diseño y ejecución de acciones de formación continua que sean prioritarias para responder a la situación de salud de la población y a la implementación de la política de salud, así como implementar y gestionar una plataforma propia de formación continua con componentes presenciales y virtuales.

Parágrafo 1. Para la formulación de la política de THS en lo relacionado con la formación, el Ministerio de Salud y Protección Social, se articulará con el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Ciencia y Tecnología y contará con los apoyos del Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Cancerología para su realización

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional, con el fin de fortalecer la oferta de especialistas médico quirúrgicos, establecerán estrategias de manera transitoria para aumentar los cupos en los programas de formación tanto en Instituciones de Educación Superior públicas como privadas a nivel nacional, que permitan alcanzar los mínimos requeridos de talento humano de acuerdo con las necesidades de atención en salud de cada territorio.

Parágrafo 3. El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, definirán dentro de los dos (2) años siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, los programas de consenso para orientar la formación de profesionales de la salud y las especialidades médico – quirúrgicas, incluyendo los referentes y orientaciones vinculantes sobre las condiciones de calidad, que permita orientar la oferta de programas del área de salud y especialidades médico – quirúrgicas, considerando los programas vigentes en el país, los referentes internacionales, las necesidades de salud de la población, entre otros. Estos programas de consenso se deberán actualizar cada cinco (5) años atendiendo la dinámica del sector educativo y las necesidades de atención en salud de cada territorio del país.

Los programas de consenso servirán como uno de los insumos técnicos para los trámites de registro calificado y el proceso de convalidaciones de títulos obtenidos en el exterior del área de la salud, incluyendo a las especialidades médico quirúrgicas, sin perjuicio y en armonización con el artículo 35 de la ley 2136 de 2021. Para lo anterior, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social expedirán un instructivo, desarrollarán el trabajo de construcción conjunta con las Instituciones Educativas, brindarán la capacitación periódica, los criterios técnicos y el resultado de los procesos de seguimiento a los distintos actores del sector que participen en los trámites relacionados.

El Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social deberán publicar los programas de consenso, para que cualquier persona tenga acceso a las orientaciones mínimas para la oferta de programas académicos del área de la salud, incluyendo los referentes y orientaciones vinculantes sobre las condiciones de calidad, para desarrollar los trámites de registro calificado de los programas del área de la salud, incluyendo su denominación, duración, número de créditos académicos, horas totales, horas prácticas, prácticas formativas con relación de escenarios de práctica, cupos asignados, entre otras variables que se consideren pertinentes de acuerdo con las particularidades de cada programa.

Artículo 96. Examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico - quirúrgicas. Para el acceso a los programas de especialización médico – quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior. Las Instituciones de Educación Superior definirán

los criterios definitivos de admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido.

Los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional, podrán definir la realización de este examen único nacional habilitante para otros programas de posgrados clínicos en salud.

Artículo 97. Becas de matrícula para formación pregradual y posgradual de profesionales de salud, en áreas médico quirúrgicas y de salud pública. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud y especialistas médico-quirúrgicas, posgrados en salud pública el gobierno creará un programa de becas para cubrir los costos académicos que se distribuirá en el caso de pregrado en las instituciones de educación superior pública que aumentan los cupos en programas de salud y en el caso de posgrado entre los profesionales de medicina, enfermería y otras profesiones del sector salud.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de los cupos para becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por instituciones de educación superior y los cupos por especialidades médico quirúrgicas y oferta de programas pregraduales, posgraduales de salud pública para el país. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial – PDET, a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado - ZOMAC, y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

Parágrafo 2. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo remunerado en las regiones con requerimientos de dicho personal.

Parágrafo 3. Para la financiación de las becas y estímulos se aunarán esfuerzos y recursos que destinen Gobierno Nacional, Entidades Territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud, las Instituciones de Educación Superior. La reglamentación para el mecanismo de administración estará en cabeza del Gobierno Nacional.

Artículo 98. Prelación a las universidades públicas para la asignación de cupos por parte de los hospitales públicos. Las Instituciones de Salud del Estado – ISE brindarán prelación a las Instituciones de Educación Superior de carácter público para la asignación de cupos de acuerdo a las necesidades para sus prácticas formativas en áreas clínicas y comunitarias, en los programas de pregrado y postgrado del área de la salud, sin exigir contra prestación económica alguna.

Se garantizará un mínimo de cupos para estudiantes de instituciones de educación superior privadas, según las necesidades de formación.

Artículo 99. Observatorio de Talento Humano en Salud. El Gobierno nacional, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, adelantará la reorganización del Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS), de manera que este

se desarrolle como una iniciativa de cooperación entre varios sectores y organizaciones para mejorar las decisiones políticas en materia de THS, para el incremento de información y desarrollo de capacidades para mejorar el desarrollo del personal sanitario. El OTHS deberá tener como principales funciones:

1. La consolidación de información sobre el THS.
2. El análisis y la obtención de pruebas sobre la dinámica del mercado laboral.
3. La identificación de las cuestiones clave de la política de THS.
4. La revisión y perfeccionamiento de los sistemas de información y seguimiento del THS, incluidos los indicadores clave y los métodos para compartir datos.
5. La implementación de métodos para el análisis de la oferta y la demanda del THS, entre otras.

Parágrafo. Estarán obligados a reportar información al OTHS, para el cumplimiento de sus funciones: el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Trabajo, las Instituciones de Educación Superior, Instituciones de Educación para el Trabajo que tengan programas vigentes de formación del THS, las Empresas Gestoras de Salud y Vida, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, privadas y mixtas, los operadores farmacéuticos y en general cualquier institución de cualquier nivel relacionado con la dinámica del THS del país, en la forma y condiciones que determine el Gobierno nacional.

**TÍTULO X
REGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD**

Artículo 100. Régimen Laboral de las ISE. En los términos de la normatividad vigente los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en la ley o pactadas con las organizaciones sindicales, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales.

Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al 90%, se regirán por la presente Ley.

Son normas especiales y generales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado- ISE, las siguientes:

1. El Gobierno Nacional y las respectivas autoridades competentes en el orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la Institución de Salud del Estado - ISE, señalará el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado-ISE que determine el Gobierno Nacional.
2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las instituciones de salud del Estado -ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto 400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan.
3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9 de la ley 4 de 1992, según el caso. A los trabajadores

oficiales, además de lo anterior, lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas.

4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968, Ley 909 de 2004 y las demás normas que lo reglamenten, modifiquen o sustituyan.
5. La remuneración de los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones de las condiciones de empleo. En ningún nivel territorial se estará sujeto a los límites que en materia salarial establece la ley 617 de 2000.

Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE.

Parágrafo 1. Los contratos de prestación de servicios a cargo de las Empresas Sociales del Estado que, a la entrada en vigencia de la presente ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las Instituciones de Salud del Estado-ISE.

Parágrafo 2. El Gobierno Nacional establecerá un sistema de estímulos para los servidores públicos de la salud que laboren en regiones dispersas y de difícil acceso.

Parágrafo 3. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.

Artículo 101. Derechos de permanencia de los servidores. Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente ley, serán vinculados en las Instituciones de Salud del Estado-ISE, sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales.

Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE. En ningún caso, habrá desmejoramiento de las condiciones laborales.

Para efectos de la laboralización ordenada por la Corte Constitucional, las personas que, a la vigencia de la presente ley, se encuentren laborando más de tres años continuos en cargos de carrera administrativa, bajo cualquier modalidad de vinculación, serán vinculados en las Instituciones de Salud del Estado – ISE, en las condiciones laborales, salariales y prestacionales propias del respectivo cargo sin solución de continuidad y según su antigüedad.

Artículo 102. Derechos y estímulos de los servidores públicos. Con el fin de dar cumplimiento y hacer efectivos los derechos y estímulos contemplados en la Ley de carrera

administrativa y demás normas concordantes, el Gobierno Nacional dentro de los 12 meses siguientes a la expedición de la presente Ley, previa consulta y concertación con las organizaciones gremiales y sindicales de los servidores públicos del sector salud, expedirá la reglamentación que contemple mínimamente: ascensos, movilidad salarial, becas, estudios, recreación, bienestar social para el trabajador y su familia, reconocimiento por estudio e investigaciones científicas.

Parágrafo. Las entidades de la salud respetarán y protegerán los derechos de asociación y negociación de los servidores públicos de la salud en los términos establecidos en la Constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y precedentes jurisprudenciales.

Artículo 103. Cumplimiento de la normatividad vigente. El Gobierno Nacional dará cumplimiento en un término no superior a tres años a lo establecido en el artículo 2º del Decreto Ley 2400 de 1968, a las Sentencias C 614 de 2009 y C 171 de 2012 de la Corte Constitucional, vinculado gradualmente a los servidores públicos en los empleos que se creen para el efecto. La formalización laboral se hará teniendo en cuenta la antigüedad, cualquiera que haya sido la forma de vinculación y respetando las condiciones laborales, salariales y prestacionales propias del respectivo cargo.

Artículo 104. 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.

En el marco de lo dispuesto por la Ley 1751 de 2015 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.

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, rehabilitación y paliación 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

umentar 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, Predictivo y Resolutivo 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.

Artículo 105. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades médico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán vincular o contratar a profesionales especialistas, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, según el régimen jurídico aplicable a la respectiva institución, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.

Parágrafo 1: En todo caso, si la prestación del servicio se enmarca en los elementos de una relación laboral, los especialistas de la salud deberán ser vinculados mediante contrato de trabajo, según la naturaleza del régimen jurídico aplicable a la respectiva institución.

Parágrafo 2. Todos los trabajadores o vinculados mediante las modalidades establecidas en el presente artículo tendrán derecho a una remuneración oportuna. Se entenderá por remuneración oportuna aquella que no supere los diez (10) días calendario posteriores a la radicación de la factura, cuenta de cobro o documento equivalente, en los casos que aplique.

Parágrafo 3: Respecto de los trabajadores especialistas médico quirúrgicos del sector salud, indistintamente de su forma de vinculación, no se podrá establecer cláusula de exclusividad, salvo aquellos que estén vinculados mediante contrato de trabajo y así lo convengan

Artículo 106. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios:

- 1. Las personas vinculadas a las Instituciones Privadas y Mixtas con participación del sector público inferior al 90% del Sector Salud, por norma general, estarán vinculadas mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes
- 2. De conformidad con el artículo 53 de la Constitución Política de 1991:

- 2.1. Se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas.
- 2.2. Se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud.
- 2.3. Se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud.

Parágrafo 1. El Ministerio de Trabajo presentará anualmente, al inicio de las sesiones ordinarias del Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno Nacional organizará una Dirección en el Ministerio de Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley.

Parágrafo 2. Los agentes del sistema de salud, independientemente de su naturaleza, tienen la obligación de girar de manera oportuna los valores por los servicios prestados a las instituciones prestadoras de servicios de salud, para que éstas efectúen el pago de las obligaciones, incluidas las laborales y/o contractuales al talento humano en salud, las cuales tendrán prioridad sobre cualquier otro pago, so pena de las sanciones por parte de las autoridades competentes.

Artículo 107. Garantías para el suministro de los medios de labor. Las Instituciones Prestadoras de Salud tanto públicas como mixtas y privadas, independientemente de la forma de vinculación contractual, garantizarán los insumos, recursos, tecnologías en salud, así como los demás medios de labor necesarios y suficientes para la atención segura y con calidad a los usuarios del sistema, independientemente de su forma de vinculación contractual con la entidad.

Artículo 108. 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 adicione 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.

Artículo 109. Servicio Social Obligatorio (SSO) y Médicos Residentes. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las Entidades Territoriales en Salud del Orden Departamental, Distrital y Municipal, los prestadores de servicios de salud y otros aliados estratégicos, establecerá mecanismos para garantizar de manera gradual y progresiva la disponibilidad del número total de plazas de SSO en todo el territorio nacional que sean requeridas para que todos los egresados de programas del área de la salud puedan realizar el SSO, con especial énfasis en áreas rurales, dispersas, de difícil acceso o desatendidas.

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 salud territorial, 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 salud territorial en regiones apartadas según las necesidades de cada región, mediante convenios suscritos entre la institución de salud y la institución de educación superior, en el marco de la relación docencia-servicio.

La vinculación de los médicos y médicas residentes, en los equipos de salud territorial se deberán ser mediante contrato 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 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 transparente a las plazas en concordancia con la normatividad aplicable en la materia.

Artículo 110. De la Identificación Única del Talento Humano en Salud. La identificación del talento humano en salud se consultará por medio del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus). El cumplimiento de los requisitos para ejercer el nivel técnico profesional, tecnológico, profesión u ocupación, se verificará a través del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus). El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por 1ª vez en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, será el equivalente a diez Unidades de Valor Tributario (UVT), cuando el número de

graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) para las profesiones asociadas al colegio o consejo profesional corresponda entre 1 a 3000 personas al año y de 8 UVT para los que reporten un número de graduados de más de 3000, a la fecha de la mencionada solicitud. Para el registro de novedades y duplicados el costo será del 40% del costo de por primera vez.

**TÍTULO XI
AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACIÓN**

Artículo 111. Comité de Autorregulación Profesional. Las instituciones públicas, privadas y mixtas de las redes integrales e integradas de servicios de salud contarán con un Comité de Autorregulación Profesional, que tendrá como función analizar las políticas acerca de la utilización ética, racional y eficiente de procedimientos, medicamentos, dispositivos médicos y demás tecnologías en salud, con pleno respeto de la autonomía profesional y del derecho a la objeción de conciencia, a cuyo efecto podrá consultar con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), conforme a lo estipulado en el Ley 1438 de 2011.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la reglamentación sobre la integración y operación del Comité de Autorregulación Profesional, observando la participación de pares profesionales.

Las reuniones del comité de autorregulación profesional de control de procedimientos y conductas médicas adoptadas por los profesionales o especialistas para ejercer autorregulación individual, colectiva e institucional de las decisiones clínicas, estarán sujetas a reglamentación sobre su alcance y susceptibilidades a inspección, vigilancia y control con el fin de respetar la autonomía profesional y el derecho a la objeción de conciencia.

La Superintendencia Nacional de Salud investigará y sancionará, de ser el caso, a las instituciones que no tengan constituido y en funcionamiento el Comité de Autorregulación Profesional y a las que contando con dicho Comité no observen lo establecido por él. Las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, conforme a sus competencias, vigilarán el cumplimiento de estas disposiciones y podrán en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia.

En el caso de las Instituciones de Salud del Estado será falta grave para el director, cuando se compruebe el incumplimiento del presente artículo.

Artículo 112. Procedimiento para resolución de conflictos por parte de profesionales de la salud. En desarrollo de lo previsto en el artículo 16 de la Ley 1751 de 2015 y teniendo en cuenta los principios de celeridad, eficiencia, imparcialidad racionalidad científica y *pro homine*, para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de manera ágil y oportuna, en caso de desacuerdo, conflicto o discrepancia sobre el diagnóstico y/o la alternativa terapéutica que haya previsto el o la profesional de la salud tratante, se acudirá al procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud que se regula en esta ley. Este procedimiento tiene por fin proteger la salud del o la paciente y estará orientado a respetar el derecho de este y de su familia a ser debidamente informados

y a consentir sobre el tratamiento a seguir así como el respeto a la autonomía profesional. En el procedimiento para resolución de conflictos por parte de profesionales de la salud, dentro término máximo de siete (7) días calendario, contados a partir del origen de la discrepancia, desacuerdo o conflicto, se surtirán las siguientes etapas:

1. Inmediatamente se produzca la discrepancia en torno al diagnóstico o la alternativa terapéutica, el o la profesional de la salud tratante remitirá la misma a la Junta de Profesionales de la Salud del prestador o de la red de prestadores, según el caso, constituidos teniendo en cuenta los códigos deontológicos de cada profesión. Para estos efectos, se entiende Junta de Profesionales a la concurrencia de dos o más profesionales o especialistas en el área.
2. Ante dicha instancia, el profesional de la salud tratante deberá aportar los elementos científicos que justifiquen el diagnóstico y/o la alternativa terapéutica a la luz de las especificidades del caso concreto y de la evidencia científica disponible. De haberse apartado de los criterios profesionales colectivamente aceptados, el profesional de la salud tratante deberá justificar, de manera clara, las razones por las cuales dichos criterios no son pertinentes para procurar la mejor atención del o la paciente.
3. En caso de que la instancia esté de acuerdo con lo ordenado por el o la profesional de la salud tratante, bastará con que imparta su aprobación. Para tal fin, adoptará una decisión vinculante, la cual será comunicada a la entidad responsable de prestar el bien o servicio de salud prescrito.
4. En el evento de que la instancia en desacuerdo, deberá señalar las razones específicas por las cuales lo ordenado no es lo más aconsejable para el paciente en el caso concreto, así como indicar la opción adecuada y le advertirá al profesional de la salud tratante los riesgos derivados del tratamiento prescrito. Dicha opinión será comunicada al o la paciente, sus representantes y a la entidad responsable de la prestación.
5. En el caso de desacuerdo, el o la profesional de la salud tratante deberá informar al o la paciente o a sus familiares, en caso de que este no esté en capacidad de decidir por sí mismo, los resultados de la opinión de la instancia de profesionales de la salud y las causas de su rechazo, así como consultar de nuevo su opinión y respetar su derecho a decidir sobre su salud. En esta decisión el profesional de la salud tratante deberá ser claro y en un lenguaje entendible por el paciente o su familia, las implicaciones del diagnóstico, expresar las ventajas o desventajas del tratamiento o alternativa terapéutica, los riesgos que se corren y las posibilidades de que este tenga éxito.
6. Con base en lo anterior, el o la profesional de la salud tratante, en desarrollo de su autonomía, podrá mantener el diagnóstico o la alternativa terapéutica que haya ordenado o adoptar la sugerida por la instancia. En todo caso, se respetará el consentimiento del o la paciente.

7. En caso de que la solicitud no se responda dentro de ese término, se entenderá resuelta la discrepancia en los términos indicados por el o la profesional de la salud tratante.

Parágrafo 1. El presente procedimiento que se adopta mediante la presente ley deberá tener en cuenta el grado de urgencia de la situación objeto de estudio, el tipo de procedimientos ordenados por el profesional de la salud tratante y su relación con el mejoramiento de la salud de la persona y su especial protección, en los términos del artículo 11 de la Ley 1751 de 2015.

Parágrafo 2. En desarrollo del elemento de aceptabilidad del derecho fundamental a la salud, este procedimiento deberá tener en cuenta las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, asumiendo sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud.

Parágrafo 3. Dicho procedimiento no se aplicará en los casos en que el diagnóstico y/o terapia de recuperación puede generar o se advierta un riesgo para la vida o integridad del o la paciente, de acuerdo con lo que señale el o la profesional tratante.

Artículo 113. Traslado a los Tribunales de Ética de los Trabajadores de la Salud. Las autoridades pondrán en conocimiento de los Tribunales de Ética de cada profesión mediante la compulsión de copias respectiva por toda evidencia que, con motivo de las investigaciones y procesos en casos regulados por la presente Ley, implique faltas ético disciplinarias que se presenten durante la práctica profesional.

De conformidad a la Ley 23 de 1981, los comités de ética deberán trasladar a los Tribunales de Ética los procesos disciplinarios ético profesionales que se presenten por razón de quejas relativas al ejercicio de la medicina en Colombia en segunda instancia.

Parágrafo. Con el fin de fortalecer y fomentar las buenas prácticas en las áreas de la salud, las autoridades competentes deberán promover la creación de comités de ética para las diferentes profesiones de la salud que no cuentan con los mismos.

**TÍTULO XII
DISPOSICIONES GENERALES**

Artículo 114. Sujeción a disponibilidades presupuestales y al Marco Fiscal de Mediano Plazo. Las normas de la presente ley que afecten recursos del Presupuesto General de la Nación deberán sujetarse a las disponibilidades presupuestales, al Marco de Gasto de Mediano Plazo y al Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Artículo 115. 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 los modifique, adicione o sustituyan.

Artículo 116. Plan Nacional de Salud Rural. En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), incluyendo además en sus priorizaciones a las subregiones y municipios de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial PDET, las Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado de Colombia (ZOMAC) y las Regiones Paz en concordancia con la Ley 2272 de 2022 y demás disposiciones. El propósito de dicho Plan será reducir las brechas urbano-rurales en el acceso, la prevención y la atención en salud.

El gobierno nacional deberá formular el Plan de manera participativa con las organizaciones campesinas, de mujeres, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades étnicas presentes en los territorios rurales. Dicho plan, será implementado dando cumplimiento al punto 1.3.2.1 del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" adoptado mediante el Acto Legislativo 02 de 2017, para ello se articulará con las estrategias de Atención Primaria en Salud, aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, las sedes de atención descentralizadas en salud rural, el enfoque de determinantes sociales, el enfoque territorial, diferencial y de género, entre otros aspectos de la presente ley que permitan la formulación y gestión del Plan Nacional de Salud Rural.

Parágrafo 1. El Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de seis meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para la formulación e inicio de implementación del Plan Nacional de Salud Rural.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos que propendan por el efectivo cumplimiento de las acciones e intervenciones estipuladas en el Plan Nacional de Salud Rural, de acuerdo al cálculo de costos según las características y necesidades de cada territorio, los cuales estarán dirigidos a el fortalecimiento y la recuperación de la infraestructura en salud, dotación en salud, garantías de acceso en salud y el mejoramiento de la calidad de la atención integral en la red pública de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.

Parágrafo 3. Para la formulación e implementación del Plan Nacional de Salud Rural se deberá tener en cuenta e incluir además los siguientes enfoques:

1. Salud para las mujeres rurales, campesinas e identidades diversas.
2. Salud ruralidad y ambiente.
3. Salud de las y los trabajadores rurales
4. Salud para los menores de edad residentes rurales.

Parágrafo 4. Para el seguimiento y evaluación del PNSR el Gobierno Nacional creará el Observatorio Nacional de Salud Rural.

Parágrafo 5. Para cubrir la demanda de atención integral en salud en el sector rural, el Gobierno Nacional podrá desarrollar estrategias con organismos de cooperación internacional y con el sector no lucrativo.

Artículo 117. 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 de 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.

Artículo 118. 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 gestores comunitarios para realizar consejería en 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 de salud 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.

Parágrafo 3. Las Entidades Territoriales deberán garantizar la accesibilidad y disponibilidad de los programas de actividad física y los profesionales requeridos en el territorio de su jurisdicción y la articulación con los Centros de Atención Primaria en Salud.

Parágrafo 4. En el marco del Sistema de Información Público Unificado Interoperable - SPUIIS, las Entidades Territoriales, los Centros de Atención Primaria en Salud y demás sectores intervinientes, en el marco de sus competencias, deberán llevar un registro y seguimiento de las personas, familias y comunidades que participen en los programas de actividad física. Así como medir los resultados e impacto en los grupos y poblaciones participantes.

Artículo 119. Prevalencia en cuidadores o asistentes personales. Cuando se determine la contratación de una o más personas por parte de una Institución Prestadora de servicios de Salud o quien haga sus veces para la prestación de servicios domiciliarios a personas que lo requieran, se dará prevalencia en la contratación, a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal de forma no remunerada, a la persona beneficiaria del servicio, siempre y cuando se cuente con el perfil que sea equivalente o superior a la del personal de salud necesario para la prestación de los servicios requeridos por la persona en situación de discapacidad. En ningún caso la vinculación y las condiciones laborales y salariales de la persona cuidadora o asistente personal de persona con discapacidad contratada podrán ser inferiores a las del personal de salud que normalmente presta estos servicios.

Esta Contratación deberá contar con la aprobación de la persona beneficiaria del servicio y del cuidador o asistente personal no remunerado. Para estos efectos, el interesado deberá manifestarlo por escrito ante la respectiva Institución Prestadora de servicios de Salud o a quien corresponda y aportar la documentación que acredite el cumplimiento del requisito establecido en esta Ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará esta materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley con la posibilidad de articular este servicio con el sistema nacional de cuidado.

Parágrafo 1. No podrá alegarse políticas internas de la Entidad o Institución Prestadora de Salud como criterio para imposibilitar la contratación de familiares, para afectos de lo señalado en el presente artículo.

Parágrafo 2: Todos los prestadores de servicios de salud deberán desarrollar acciones para la prevención, diagnóstico y manejo del síndrome de sobrecarga del cuidador; y garantizar el manejo integral de las demás afectaciones sobre la salud derivadas del cuidado.

Artículo 120. Mecanismos de información para personas en condición de discapacidad. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, Privadas y Mixtas, establecerán mecanismos de información, capacitación y rutas a seguir para las personas con discapacidad y cuidadores, con el fin de garantizar el acceso y prestación a todos los servicios de salud como del fortalecimiento de las redes de apoyo. Para lo anterior

podrá coordinar estrategias con las demás entidades del orden nacional, con el objetivo de facilitar el acceso a los diferentes servicios y trámites del Estado.

**TÍTULO XIII
DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y VARIAS**

Artículo 121. 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:

- Los pacientes que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes, en tratamientos de enfermedades que no puedan ser interrumpidos o cuya interrupción sea riesgosa, seguirán atendidos por los prestadores de servicios de salud y los contratos con estos, serán automáticamente subrogados por quien asuma la gestión del riesgo, según las reglas que se establecen en la transición, 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. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas. 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.
- Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan requisitos de permanencia y a la fecha de vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, que 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 al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.

- Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de expedición 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 UPC y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al nuevo sistema de aseguramiento social del Sistema de Salud. La Administradora de Recursos para la Salud, ADRES, efectuará el reconocimiento y giro de las Unidades de Pago por Capitalización y demás recursos del aseguramiento social en salud. Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los Centros de Atención Primaria en Salud en la medida en que entren en operación. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán aplicables a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios hasta por el periodo de transición de dos 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 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 con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

- En un territorio donde haya una sola Entidad Promotora de Salud, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.
 - En los territorios donde no queden Entidades Promotoras de Salud, los Centros de Atención Primaria en Salud, 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 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 liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.
- Si no existiesen los Centros de Atención Primaria en Salud 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.
 - 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 inscripción 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. Las Entidades Promotoras de Salud 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 al plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

6. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que así lo acuerden con el Gobierno Nacional, la Administradora de Recursos de la 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 que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria en Salud.
7. Las Entidades Promotoras de Salud durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan su tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud.
8. Las Entidades Promotoras de Salud 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.

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, 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 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.

La Administradora de Recursos 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. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación 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 hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo sistema de aseguramiento social en salud. Las competencias aquí previstas para la Administradora de Recursos 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.

9. 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 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 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.
10. 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 y conformación del Consejo Nacional de Salud.
11. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis meses a partir de la vigencia de la presente ley establecerá los reglamentos para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.
12. El Gobierno Nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las empresas Sociales del Estado que se transformen en Instituciones de Salud del Estado, los cuales estarán en cabeza del ministerio de salud y protección social.

Artículo 122. Atención de las peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios durante el periodo de transición. 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 Empresas Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud y la conformación de sus Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. Las Empresas 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.

Artículo 123. Transición hacia las nuevas Instituciones de Salud del Estado - ISE. En adelante, las Empresas Sociales del Estado adoptarán su denominación de Instituciones de Salud del Estado por mandato de la presente ley.

En cuanto a los demás regímenes jurídicos deberán entenderse de aplicación inmediata. Las actuaciones y procesos que se venían adelantando a la fecha de vigencia de la presente ley, continuarán bajo las disposiciones con las que fueron iniciadas hasta su culminación. El actual gerente o director de la Empresa Social del Estado continuará ejerciendo el cargo de director de la Institución de Salud del Estado - ISE hasta finalizar el período para el cual fue nombrado, 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 Hospitalarias Estatales, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

En todo caso, las Instituciones de Salud del Estado mantendrán ininterrumpidamente la prestación de los servicios de salud a su cargo. 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, las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Cuando exista una infraestructura pública que esté siendo operada por terceros, se propenderá su constitución, organización y funcionamiento bajo el régimen de las Instituciones de Salud del Estado - ISE. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que en la fecha de la presente ley estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, serán convertidas en Instituciones de Salud del Estado - ISE del respectivo nivel de Gobierno.

Artículo 124. Vigencia. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables Senadores:

Wilson Arias
Comar Restrepo
Óscar Espinoza

Martha Isabel Parra Espinoza
Forney Silva I.

10. ANEXOS

Anexo 1. CUADRO DE PROPOSICIONES ACOGIDAS DURANTE LA PLENARIA DE CÁMARA

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 1: Objeto.	HR Martha Alfonso 15 de Junio (6:35 p.m.) HR James Mosquera. 15 de noviembre (10:08 am)		
Artículo 2. Aseguramiento social en salud.	HR Olga Velásquez. 15 de noviembre (11:55 am) HR Alfredo Mondragón, HR Germán Rozo HR Camilo Ávila 29 de noviembre (8:40 am)		
Artículo 4. Definición del modelo de salud.	HR Martha Alfonso 15 de Junio (6:35 pm). HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am) HR Luis M López 10 de octubre (12:55 m)		
Artículo 5. Ejes centrales del modelo de salud.	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (2:32 pm) HR Luis Miguel López 10 octubre HR Catherine Juvinao, HR Julia Miranda, HR Gloria Arizabaleta, HR Alfredo Mondragón, HR Martha Alfonso. 02 de octubre (7:54 pm)		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 6. Atención Primaria en Salud (APS).	HR Irma Luz Herrera - HS Ana Paola Agudelo - HS Miguel Virgúez - HS Carlos Eduardo Guevara 30 de mayo (2:58 pm)		
	HR Carlos Felipe Quintero 7 de junio (2:42 pm)		
	HR Jorge Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (2:32 pm)		
	HR Maria Fernanda Carrascal - HR Juan Carlos Vargas - HR Alfredo Mondragón - HR Susana Gomez 19 de septiembre (3:37 pm)		
	HR Alfredo Mondragón 28 de noviembre (4:35 pm)		
	HR Heráclito Landínez 28 noviembre (4:52 pm)		
Artículo 7. Identificación de determinantes sociales de la salud.	HR Hermes Pete 1 de Junio (1:35 pm)		
	HR Martha Alfonso, HR Alfredo Mondragón, HR Germán Rozo, HR Juan Carlos Vargas, HR Catherine Juvinao, HR Jennifer Pedraza, HR Julia Miranda, HR Gloria Arizabaleta. 3 de octubre (5:00 pm)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
Artículo 8. Territorio para la gestión en salud.	HR Irma Luz Herrera, HR Ana Paola Agudelo. 2 de octubre (7:37 pm)		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 9. Centro de Atención Primaria en Salud.	HR Irma Luz Herrera, HR Ana Paola, Agudelo. 4 de octubre (4:30 pm)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Norman David Bañol Álvarez 14 de noviembre (5:38 pm)		
Artículo 10. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS.	HR Liliana Rodriguez Valencia 1 de junio (10:37 AM)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (12:30 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Maria Fernanda Carrascal - HR Juan Carlos Vargas - HR Alfredo Mondragón - HR Susana Gomez, HR Martha Alfonso 19 de septiembre (3:27 pm)		
	HR Carolina Giraldo Bolero 21 de septiembre (5:35 pm)		
	HR Martha Alfonso, HR Alfredo Mondragón, HR Germán Rozo, HR Juan Carlos Vargas, HR Catherine Juvinao, HR Jennifer Pedraza, HR Julia Miranda, HR Gloria Arizabaleta. 3 de octubre (5:00 pm).		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 11. Equipos de salud territorial.	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 12. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS.	HR Jaime Raul Salamanca, HR Martha Alfonso. 10 de octubre (4:45 pm)		
	HR Martha Alfonso - HR Támara Argote 15 de Junio (6:30 pm)		
	HR Alfredo Mondragón - HR Martha Alfonso 19 de septiembre (17:16 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 13. Criterios determinantes de las redes integrales e integradas de servicios de salud - RIISS.	HR Jorge Rodrigo Tovar 29 septiembre (10:00 am)		
	HR Luis Miguel López. 10 de Octubre (12:44 m).		
	HR Martha Alfonso - HR Támara Argote 15 de Junio (6:35 pm)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 14. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Olga Lucia Velásquez 22 de noviembre (1:58 pm)		
Artículo 15. Fortalecimiento del nivel primario de atención.	HR Jaime Raúl Salamanca 31 de mayo (4:37 PM)		
	HR Olga Lucia Velásquez 2 de Junio (2:19 pm)		
Artículo 17. Apoyo al interior de las redes.	HR Alfredo Mondragón - HR Martha Alfonso 19 de septiembre (5:16 pm)		
	HR Maria Fernanda Carrascal - HR Juan Carlos Vargas- HR Alfredo Mondragón, HR Susana Gomez, y HR Martha Alfonso 19 de septiembre (3:27 pm)		
Artículo 18. Sistema de referencia y contrarreferencia.	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Germán Rozo, HR Julia Miranda, HR Germán Gomez, HR Juan Carlos Vargas, HR Martha Alfonso, HR David Racero, HR Camilo Avila, HR Alfredo Mondragón. 3 de octubre (5:00 pm)		
	HR Irma Luz Herrera - HS Ana Paola Agudelo - HS Manuel Virgúez Piraquive - HS Carlos Eduardo Guevara 30 de mayo (2:57 pm)		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am) HR Cesar Cristian Gomez. 9 de octubre (5:14 pm)		
Artículo 19. Servicios y tecnologías de salud en el Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo.	HR Luis Miguei López. 10 de Octubre (12:44).		
Artículo 20. Servicios farmacéuticos	HR Alfredo Mondragón - HR Martha Alfonso 19 de septiembre (5:16 pm) HR Wilder Escobar. 14 de noviembre (4:40 pm)		
Artículo 21. Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Cesar Cristian Gomez. 9 de octubre (5:14 pm)		
Artículo 22. Prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras y su prevención.	HR Erika Sánchez - HR Juan Carlos Vargas - HR Gloria Elena Arizabaleta - HR Martha Alfonso, HR David Racero. 2 de octubre (10:18 am)		
Artículo 23. Laboratorios de salud pública.	HR Martha Alfonso 9 de octubre (6:55 pm)		
Artículo 24. Coordinación regional de las Redes.	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
Artículo 25. Coordinación Departamental o Distrital de las Redes.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 26. Consejo asesor de planeación	HR Alfredo Mondragón - HR Martha Alfonso		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
y evaluación de las RIIS.	19 de septiembre (17:16 pm) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Germán Rozo, HR David Racero, HR Alfredo Mondragón, HR Camilo Avila, 03 de octubre (5:00 pm)		
Artículo 27. Sistema de monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 28. Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud	HR Martha Alfonso - HR Támara Argote 15 de Junio (6:35) HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am) HR Piedad Correal Rubiano 29 de agosto de 2023 (16:05 pm). HR Jorge Rodrigo Tovar 29 septiembre (10:00 am)		
Artículo 29. Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (13:32 pm) HR Alfredo Mondragón - HR Camilo Ávila - HR David Racero 3 octubre (5:00 pm)		
Artículo 30. Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales de	HR Martha Alfonso 15 de Junio (6:35 pm)		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública.			
Artículo 31. Consejo Nacional de Salud.	HR Alfredo Mondragón - HR Martha Alfonso 19 de Septiembre (5:16 PM) HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
Artículo 32. Funciones del Consejo Nacional de Salud.	HR Martha Alfonso 15 de Junio (6:35 pm) HR Wilder Escobar. 8 de noviembre (3:42 p.m)		
Artículo 33. Consejos Territoriales de Salud.	HR Alfredo Mondragón - HR Martha Alfonso 19 de Septiembre (16:20 pm)		
Artículo 35. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).	HR Alfredo Mondragón 19 de Septiembre (16:24 pm) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (13:32 pm) HR Irma Luz Herrera, HR Ana Paola Agudelo 2 de octubre (7:37 pm) HR German Rozo, HR, David Racero, HR Alfredo Mondragón, HR Camilo Avila. 3 de octubre (5:00 pm)		
Artículo 36. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado - ISE.	HR Gabriel Parrado 15 de Junio (3:05 pm)		
Artículo 39. Giro de los recursos a las ISE.	HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:25 pm) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
	HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:25 pm) HR Cesar Cristian Gomez. 9 de octubre (5:14 pm)		
Artículo 43. Aprobación y evaluación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado - ISE del orden territorial.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 44. Régimen Laboral de las ISE.	HR Julia Miranda, HR Catherine Juvinao, HR Jennifer Pedraza, HR Daniel Carvalho 9 de octubre (4:50 pm)		
Artículo 45. Derechos de permanencia de los servidores.	HR Erick Velasco 1 de Junio (10:23 am) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 46. Entidad de Salud del Estado Itinerante.	HR Karen Astrid Manrique Olarte - HR Juan Pablo Salazar - HR Juan Carlos Vargas - HR Karen López - HR Diógenes Quintero - HR John Jairo Gonzáles - HR Leonor Palencia - HR Germán Gómez 1 de Junio (11:58 am) HR Elizabeth Jay - Pang Diaz 1 de Junio (12:40 pm). HR James Hermenegildo Mosquera 20 de junio (3:03 pm)		
Artículo 47. Plan Nacional de Equipamiento en Salud.	HR Julia Miranda, HR Catherine Juviano, HR Martha Alfonso, HR Alfredo Mondragón, HR Germán Rozo, HR Juan Carlos Vargas; HR Jennifer Pedraza. 02 de octubre (7:54 pm).		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
	HR Irma Luz Herrera, HS Ana Paola Agudelo 7 de noviembre (6:36 pm)		
Artículo 48. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).	HR Ana Rogelia Monsalve 29 de noviembre (12:47 pm)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 49. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida.	HR Germán Rozo, HR Alfredo Mondragón, HR Martha Alfonso. 2 de octubre (4:12 pm)		
	HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón 19 de Septiembre (4:24 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HS David Racero, HR Martha Alfonso, HR Catherine Juvinao, HR Jennifer Pedraza, HR Julia Miranda, HR Alfredo Mondragón, HR Germán Rozo, HR Juan Carlos Vargas. 02 de octubre (4:12 pm).		
	HR Ana Rogelia Monsalve 29 de noviembre (12:47 pm)		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 50. Transitorio.	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jhon Freydy Núñez. 10 de octubre (2:31 pm)		
Artículo 51. Gobierno Corporativo y Rendición de Cuentas.	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
Artículo 52. Inspección, Vigilancia y Control para las Gestoras de Salud y Vida.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 53. Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Wilmer Guerrero, HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucía Velásquez 19 de septiembre (21:01 pm)		
Artículo 54. Atención de los pacientes con patologías crónicas.	HR Olga Lucia Velásquez. 15 de noviembre (1:24 pm)		
Artículo 55. Definición, (fuentes, usos y gestión de los recursos financieros del sistema)	HR Wilmer Castellanos 7 de junio (3:01 pm)		
	HR Olga Lucia Velásquez. 15 de noviembre (1:10 pm).		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 56. Cotizaciones y Aportes.	HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucia Velásquez 19 de septiembre (21:01 pm)		
	HR Irma Luz Herrera - HS Ana Paola Agudelo 29 septiembre (12:21 pm)		
	HR Olga Lucia Velásquez. 15 de noviembre (1:10 pm).		
Artículo 57. Obligatoriedad del pago de cotizaciones y contribuciones.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 58. Funciones de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.	HR Jennifer Pedraza 6 de junio (3:27 pm)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:25 pm)		
	HR Martha Alfonso, HR Jennifer Pedraza, HR Juan Carlos Vargas, HR Julia Miranda, HR Catherine Juvinao, HR Alfredo Mondragón. 2 de octubre (6:10 pm).		
Artículo 63. Manejo y Destinations de los demás recursos del Fondo Público Único de Salud.	HR Wilmer Guerrero, HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucia Velásquez 19 de septiembre (21:01 pm)		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 65. Destinación de los recursos administrados por la ADRES.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 67. Servicios Sociales Complementarios en Salud.	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR James Mosquera 15 junio (1:40 pm)		
Artículo 68. Nivel Regional.	HR Yenica Acosta - HR Juan Felipe Corzo - HR Hugo Danilo Lozano - HR Armando Zabaraín - HR Mauricio Cuéllas - HR Juan Espinal - 19 de septiembre (5:20 pm)		
	HR James Mosquera 7 junio (2:19 pm)		
Artículo 69. Autorización de pago de servicios.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:25 pm)		
Artículo 70. Gestión de cuentas por prestación de servicios de salud.	HR Wilmer Castellanos Hernandez. 10 de octubre (2:40 pm)		
	HR Catherine Juvinao. 15 de noviembre (1:11 pm)		
	HR Wilmer Guerrero, HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucia Velásquez - HR Maria Eugenia Lopera - HR Olga Beatriz González - HR		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
	Karime Cotes 19 de septiembre (21:01 pm)		
Artículo 71. Prestaciones económicas.	HR Alfredo Mondragón, HR Martha Alfonso, HR María del Mar Pizarro, HR Olga Lucía Velásquez, HR Gloria Arizabaleta, HR Susana Gómez 15 de noviembre		
Artículo 73. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Martha Alfonso 4 de octubre (11:35 am)		
Artículo 75. Acreencias de las EPS.	HR Catherine Juvinato, HR Alfredo Mondragón, HR Gloria Arizabaleta, HR Germán Rozo, HR Jennifer Pedraza, HR Julia Miranda, HR Martha Alfonso, HR Juan Carlos Vargas. 02 de octubre (6:10 p.m).		
Artículo 76. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.	HR Irma Luz Herrera - HS Ana Paola Agudelo - HS Manuel Virgúez - HS Carlos Eduardo Guevara 30 mayo (2:57 pm) HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Juan Carlos Vargas HR Gloria Elena Arizabaleta - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón 2 de octubre (10:18 am)		
Artículo 77. Características del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información.	HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Juan Carlos Vargas HR Gloria Elena Arizabaleta - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón 2 de octubre (10:18 am) HR Wilmer Castellanos 7 noviembre (3:36 pm)		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 78. Objetivos generales del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.	HR Jorge Eleicer Salazar, HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal 29 de agosto (10:04 am) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Juan Carlos Vargas 19 septiembre (4:36 pm)		
Artículo 80. Tecnología de Información y Comunicaciones al servicio de la atención en salud.	HR Karen Manrique 9 de octubre (4:58 pm)		
Artículo 82. Participación social en el Sistema de Salud.			HR Germán Rozo, HR Julia Miranda, HR Camilo Avila, HR Germpan Gomez, HR Juan Carlos Vargas, HR Martha Alfonso, HR David Racero, HR Alfredo Mondragón. 3 de octubre (5:00 pm)
Artículo 83. Ámbitos de la participación ciudadana y social.		HR. Norman Bañol, HR. Alfredo Mondragón, HR Gloria Arizabaleta, HR David Racero 3 octubre (5:00pm)	
Artículo 84. Superintendencia Nacional de Salud.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 85. Inspección, vigilancia y control.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 86. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.	HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Jennifer Pedraza - HR Juan Carlos Vargas HR Gloria Elena Arizabaleta - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón 2 de octubre (10:18 am)		
Artículo 87. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:26 pm) HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Jennifer Pedraza - HR Juan Carlos Vargas HR Gloria Elena Arizabaleta - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón 2 de octubre (10:18 am)		
Artículo 89. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud.	HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:26 pm) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 90. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.	HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:26 pm) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 92. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 94. Principio de celeridad en el sistema de quejas y reclamos.	HR Fernando David Niño 13 junio (4:51 pm)		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 95. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud.		HR Julia Miranda - HR Germán Rozo - HR Irma Herrera - HR Norman Bañol - HR David Racero - HR Juan Carlos Vargas 29 septiembre (9:52 am)	
Artículo 96. Política de Medicamentos, Dispositivos médicos, Insumos y Tecnologías en Salud.			HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:26 pm)
Artículo 97. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud.	HR Wilmer Guerrero, HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramirez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucía Velásquez - HR Pedro Suárez Vacca 19 de septiembre (9:01 pm) HR Julia Miranda - HR Germán Rozo - HR Daniel Carvalho - HR Normán Bañol - HR Juan Carlos Vargas - HR Irma Luz Herrera - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón 29 de septiembre (9:52 am)		
Artículo 98. Regulación de Precios de Medicamentos.			HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Jennifer Pedraza - HR Germán Rozo - HR Daniel Carvalho - HR Normán Bañol - HR Juan Carlos Vargas - HR Irma Luz Herrera - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón - HR María del Mar Pizarro - HR David Racero 29 de septiembre (9:52 am)

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 99. Sistema de monitoreo de abastecimiento oportuno de tecnologías en salud.	HR Wilmer Guerrero, HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucía Velásquez 19 de septiembre (9:01 pm)		
Artículo 101. Eliminación de trámites ante el INVIMA.	HR Jorge Eliécer Salazar 29 de agosto (10:09 a.m) HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Germán Rozo - HR Juan Carlos Vargas - HR Irma Luz Herrera - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón - HR María del Mar Pizarro - HR David Racero 29 de septiembre (9:50 am)		
Artículo 102. Condonación de intereses por sanciones impuestas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima.	HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Germán Rozo - HR Irma Luz Herrera - HR Alfredo Mondragón - HR David Racero 29 de septiembre (9:50 am)		
Artículo 103. Política de Formación.	HR Martha Alfonso - HR Támara Argote 15 de Junio (6:35 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Germán Rozo - HR Juan Carlos Vargas - HR Irma Luz Herrera - HR Alfredo Mondragón - HR David Racero - HR Norman Bañol 29 de septiembre (9:50 am)		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 104. Examen nacional y único de admisión a las especialidades médicas.		HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Jennifer Pedraza - HR Juan Carlos Vargas - HR Gloria Elena Arizabaleta - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón 2 de octubre (10:18 am)	
Artículo 105. Becas de matrícula para formación posgradual de profesionales de salud, en áreas médico quirúrgicas y de salud pública.	HR Karen Astrid Manrique Olarte - HR Juan Pablo Salazar - HR Juan Carlos Vargas - HR Karen López - HR Diógenes Quintero - HR John Jairo Gonzáles - HR Leonor Palencia - HR Germán Gómez 1 de Junio (11:58 am)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Hugo Danilo Losada. 10 de octubre (3:41 pm) HR Piedad Correal Rubiano. 10 de octubre (3:00 pm)		
Artículo 106. Prelación a las universidades públicas para la asignación de cupos por parte de los hospitales públicos.	HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:27 pm)		
Artículo 107. Régimen y Política Laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud.	HR James Mosquera 15 junio (3:40 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 108. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas.	HR Jorge Eliécer Salazar, HR Martha Alfonso 9 octubre (9:04 pm)		
Artículo 109. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud.	HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:27 pm)		
	HR Julia Miranda, HR Alfredo Mondragón, HR Erika Sánchez, HR Jennifer Pedraza, HR Juan Carlos Vargas, HR Martha Alfonso. 02 de octubre (10:18 am) HR Piedad Correal Rubiano. 10 de octubre (9:24 am).		
Artículo 111. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Jennifer Pedraza - HR Juan Carlos Vargas HR Gloria Elena Arizabaleta - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón 2 de octubre (10:18 am)		
Artículo 112. Servicio Social Obligatorio (SSO) y Médicos Residentes.	HR Carolina Giraldo Botero 21 de septiembre (5:35 pm)		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 113. Autonomía profesional			HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucía Velásquez 19 de septiembre (9:01 pm)
Artículo 114. Acto médico.			HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucía Velásquez 19 de septiembre (9:01 pm)
Artículo 115. Autorregulación médica.			HR Wilmer Guerrero, HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucía Velásquez 19 de septiembre (9:01 pm)
Artículo 116. Comité de Autorregulación Médica.	HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucía Velásquez 19 de septiembre (9:01 pm)		
	HR Irma Luz Herrera 4 de octubre (4:30 pm)		
Artículo 117. Procedimiento de resolución de conflictos en el ejercicio médico.			HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucía Velásquez 19 de septiembre (9:01 pm)

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 118. Discrepancias diagnósticas o terapéuticas.			HR Wilmer Guerrero, HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucía Velásquez 19 de septiembre (21:01 pm)
Artículo 119. Traslado a los Tribunales de Ética de los Trabajadores de la Salud.	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am) HR Irma Luz Herrera, HS Ana Paola Agudelo 4 de octubre (4:30 pm)		
Artículo 121. Regímenes Exceptuados y Especiales.	HR Erick Velasco 1 de junio (10:23 am) HR Germán Rozo, HR Jennifer Pedraza, HR David Racero, HR Alfredo Mondragón, HR Camilo Avila. 3 de octubre (5:00 pm)		
Artículo 124. Plan Nacional de Salud Rural.	HR Karen Astrid Manrique Olate - HR Juan Pablo Salazar - HR Juan Carlos Vargas - HR Karen López - HR Diógenes Quintero - HR John Jairo Gonzáles - HR Leonor Palencia - HR Germán Gómez 1 de Junio (11:58 am)		
	HR Martha Alfonso HR Támara Argote 15 de Junio (6:35 pm)		
	HR Leila Marleny Rincón Trujillo. 1 de noviembre (3:38 pm) 15 de Junio (6:35 pm) HR Irma Luz Herrera, HS Ana Paola Agudelo 2 de octubre (7:37 pm)		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 125. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud.	HR Leyder Alexandra Vásquez Ochoa. 5 de septiembre (4:54 pm). HR Wilmer Castellanos. 10 de octubre (4:40 pm)		
Artículo 128. Facultades extraordinarias.			HR. Olga Lucía Velásquez, HR Liliana Rodríguez, HR Martha Alfonso, HR Alfredo Mondragón 5 diciembre (5:49 pm)
Artículo 130. Criterios para la asignación y distribución de los recursos de la UPC para el aseguramiento social en salud.	HR Wilmer Guerrero, HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucía Velásquez 19 de septiembre (21:01 pm)		
Artículo 131. Acuerdos de Voluntades.	HR Wilmer Guerrero, HR Liliana Rodríguez - HR Mary Anne Perdomo - HR Karmen Ramírez - HR Támara Argote - HR Alfredo Mondragón- HR Martha Alfonso - HR Olga Lucía Velásquez 19 de septiembre (21:01 pm)		
Artículo 136. Plan de incentivos para la promoción del deporte, la recreación y la actividad física.	HR Karen Manrique. 9 de octubre (4:58 pm)		
Artículo 137. Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades.	HR. Martha Alfonso 10 octubre (9:55 am).		
Artículo 138. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).	HR Maria del Mar Pizarro - HR Olga Lucia Velásquez 7 de junio (6:20 pm)		

ARTICULOS	PROPOSICIONES ACOGIDAS		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 140. Prevalencia de los cuidadores o asistentes personales no remunerados para la prestación de servicios personales domiciliarios a personas en condición de discapacidad, a cargo de instituciones prestadoras de salud o quien haga sus veces.	HR David Racero. 9 de Octubre (5:23 pm)		
Artículo 141. Mecanismos de información	HR David Racero. 9 de Octubre (5:23 pm)		
Artículo 142. Créditos blandos a IPS	HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:27 pm)		

Anexo 2. CUADRO DE PROPOSICIONES DE ARTÍCULOS NUEVOS QUE FUERON DEJADOS COMO CONSTANCIAS DURANTE EL DEBATE DE PLENARIA DE CÁMARA

Artículo nuevo. Observatorio Nacional y Territorial de Salud Mental	HR Olga Lucía Velásquez 31 de mayo (5:05 pm)
Artículo Nuevo. régimen especial de medicamentos y productos biológicos para el tratamiento de enfermedades desatendidas, tropicales y transmitidas por vectores.	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal 29 de agosto (10:04 am)
Artículo nuevo. garantías prestación de servicios ECN (Manejo de patología mamaria).	HR Karen Astrid Manrique Olate - HR Juan Pablo Salazar - HR Juan Carlos Vargas - HR Karen López - HR Diógenes Quintero - HR John Jairo Gonzáles - HR Leonor Palencia - HR Germán Gómez 1 de Junio (11:58 am)
Artículo nuevo. Enfoque de diversidad sexual	HR Carolina Giraldo 21 de septiembre (5:35 pm)
Artículo nuevo. Telesalud y telemedicina	HR Carolina Giraldo 21 de septiembre (5:35 pm)
Artículo nuevo. MEN y MSPS cupos	HR Irma Luz Herrera - HR Julia Miranda - HR Erika Sánchez - HR Germán Rozo - HR Juan Carlos Vargas - HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón - HR David Racero - HR Norman Bañol - HR Jennifer Pedraza - HR Daniel Carvalho 29 de septiembre (9:50 am)
Artículo Nuevo. Autorización Sanitaria	HR Maria del Mar Pizarro, HR Germán Rozo, HR Martha Alfonso, HR Alfredo Mondragón, HR David Racero, HR Gloria Arizabaleta, HR Erika Sanchez. 2 de octubre (3:37 pm)
Artículo Nuevo. Actualización de políticas y lineamientos	HR Andres Calle. 3 de octubre (3:26 pm)
Artículo nuevo. Fortalecimiento institucional de las Direcciones Territoriales de Salud	HR Martha Alfonso 4 de octubre (11:35 am)
Artículo nuevo. Referentes Nacionales para especialidades médico quirúrgicas	HR Ana Paola Agudelo. HR Irma Luz Herrera. 4 de Octubre (4:30 pm)

Artículo Nuevo. Integración iniciativas pilar 3 Salud Rural	HR Luis Ramiro Ricardo Vuelvas, HR Karen López, HR Juan Carlos Vargas, HR John Jairo Gonzalez, HR Karen Manrique, Gerson Montaña, HR Haiver Rincón, HR Leonor Palencia, HR John Freddy Nuñez y otros. 10 de octubre (12:40 m)
Artículo Nuevo. Responsabilidad ante los ciudadanos	HR David Racero. 9 de octubre (6:06 pm)
Artículo Nuevo. Defensor del usuario en salud	HR Duvalier Sanchez. 10 de octubre (3:53 pm)
Artículo Nuevo. Sujetos disciplinables en el Sistema de Seguridad Social en Salud.	HR Piedad Correal. 10 de octubre (5:20 pm).
Artículo Nuevo. Faltas disciplinarias en el Sistema de Seguridad Social en Salud.	HR Piedad Correal. 10 de octubre (5:20 pm).
Artículo Nuevo. Sanciones disciplinarias en el Sistema de Seguridad Social en Salud.	HR Piedad Correal. 10 de octubre (5:20 pm).
Artículo Nuevo. Criterios para la graduación de la sanción.	HR Piedad Correal. 10 de octubre (5:20 pm).
Artículo Nuevo. Traslado a la Contraloría General de la República	HR Piedad Correal. 10 de octubre (5:20 pm).
Artículo Nuevo. Delitos contra la salud.	HR Piedad Correal. 10 de octubre (5:20 pm).
Artículo Nuevo. Certificación totalidad de la reserva técnica	HR Piedad Correal. 11 de octubre (11:33 pm).
Artículo Nuevo. Delimitación y fortalecimiento de la función jurisdiccional de la SNS	HR Wilmer Guerrero. HR Doctey Torres. 7 de noviembre (3:53 pm)
Artículo nuevo. Sin nombre (PAI)	HR Maria del Mar Pizarro 30 mayo (5:47 pm)
Artículo nuevo. Sin nombre (Política de autocuidado)	HR Erika Sanchez 31 mayo (3:53 pm)
Artículo nuevo. Convalidación de títulos de talento humano en salud	HR Erika Sanchez 31 mayo (3:53 pm)
Artículo nuevo. Modelo comunitario en Salud Mental	HR Jaime Raul Salamanca - 31 mayo (16:37 pm)
Artículo nuevo. Economía social y solidaria	HR Olga Lucia Velasquez - 31 mayo (5:05 pm)
Artículo nuevo. Atención en salud mental para el sector penitenciario y carcelario en Colombia.	HR Olga Lucia Velasquez - 31 mayo (5:05 pm)

Artículo nuevo. Política pública de prevención, predicción y resolución de enfermedades derivadas de la deficiencia en la salubridad y potabilidad del agua.	HR Olga Lucia Velasquez - 31 mayo (5:05 pm)
Artículo nuevo. Plan de incentivos para la promoción de acceso al saneamiento básico del agua.	HR James Ermenegildo Mosquera- 31 mayo (5:45 pm)
Artículo nuevo. Sin nombre (Incentivos fiscales profesionales en municipios PDET)	HR James Ermenegildo Mosquera- 31 mayo (5:45 pm)
Artículo nuevo. Atención móvil en salud.	HR James Ermenegildo Mosquera- 31 mayo (5:45 pm)
Artículo nuevo. Sin nombre (Transporte aereo de pacientes y red hospitalaria San Andres y Amazonas)	HR James Ermenegildo Mosquera- 31 mayo (5:45 pm)
Artículo nuevo. Defensoría del paciente	HR Elizabeth Jay Pang - 1 de junio (9:07 am)
Artículo nuevo. Estructura de la Defensoría del paciente	HR Duvalier Sánchez 1 de junio (9:38 am)
Artículo nuevo. Funciones de la Defensoría del paciente	HR Duvalier Sánchez 1 de junio (9:38 am)
Artículo nuevo. Observatorio Nacional y Territorial de Salud Mental	HR Duvalier Sánchez 1 de junio (9:38 am)
Artículo nuevo. Sin nombre (Transporte de indígenas fallecidos)	HR Olga Lucia Velásquez - 1 de junio (10:50 am)
Artículo nuevo. Prueba piloto en salud en zonas dispersas y de baja densidad poblacional.	HR Hugo Danilo Lozano Pimiento 1 de junio (11:04 am)
Artículo nuevo. Reconocimiento de los médicos tradicionales y ancestrales.	HR Hugo Danilo Lozano Pimiento- 1 de junio (11:04 am)
Artículo nuevo. Sin nombre (Modifíquese el artículo 12 de la Ley 1952 de 2019).	HR Hugo Danilo Lozano Pimiento- 1 de junio (11:04 am)
Artículo nuevo. Estrategia de transparencia presupuestaria.	HR Karen Astrid Manrique Olarte, Juan Pablo Salazar, Juan Carlos Vargas, Karen López 1 de junio (11:58 am)
Artículo nuevo. Fortalecimiento institucional de las Direcciones Territoriales de Salud	HR Alfredo Ape Cuello, HR Libardo Cruz Casado 1 de junio (12:26 m)
Artículo nuevo. Pago de facturas y auditorias por parte de la ADRES	HR Martha Alfonso, Gloria Arizabaleta, Alejandro Ocampo 1 de junio (12:49 m)
Artículo nuevo. Presupuesto a la entidad Administradora de Recursos del Sistema de Salud - ADRES	HR Jennifer Pedraza 6 de junio (3:27 pm)

Artículo Nuevo. Política Pública para la investigación en áreas de la salud.	HR Jennifer Pedraza 6 de junio (3:27 pm)
Artículo Nuevo. Seguimiento de enfermedades de alto impacto en salud pública desde el PAI.	HR James Mosquera - 7 de junio (2:19 pm)
Artículo Nuevo. Política de autocuidado	HR Miguel Polo Polo 7 de junio (1:25 pm)
Artículo Nuevo. Seguimiento de enfermedades de alto impacto en salud pública desde el PAI.	HR Miguel Polo Polo 7 de junio (1:25 pm)
Artículo Nuevo. Seguimiento de enfermedades de alto impacto en salud pública desde el PAI.	HR Miguel Polo Polo 7 de junio (1:25 pm)
Artículo Nuevo. Política de autocuidado	HR Marelén Castillo Torres - 7 de junio (3:29 pm)
Artículo Nuevo. Guarda y custodia de información	HR Jorge Elicer Salazar, HR Carlos Ardila - 29 de agosto (10:04 a.m)
Artículo Nuevo. Manejo de datos	HR Jorge Elicer Salazar, HR Carlos Ardila - 29 de agosto (10:04 a.m)
Artículo Nuevo. Operación del aseguramiento social en salud.	HR Piedad Correal Rubiano. No tiene fecha de radicación solo hora (4:05 pm).
Artículo Nuevo. Adscripción de la población a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS)	HR Piedad Correal Rubiano. No tiene fecha de radicación solo hora (4:05 pm).
Artículo Nuevo. Observatorio Nacional y Territorial de salud	HR Piedad Correal Rubiano. 29 de agosto (4:05 pm).
Artículo Nuevo. Atención en salud mental para el sector carcelario y penitenciario en Colombia.	HR Olga Lucia Velasquez. 05 de septiembre (4:18 pm).
Artículo Nuevo. Contratación individual	HR Sandra Bibiana Aristizabal Saleg 19 de septiembre (3:38 pm)
Artículo Nuevo. Traslado de Cadáveres	HR Yenica Acosta, HR Juan Corzo, HR Hugo Lozano y otros 19 de septiembre (5:20 pm)
Artículo Nuevo. Enfoque diferencial	HR Carolina Giraldo Botero 19 de septiembre (9:26 pm)
Artículo Nuevo. Merito e igualdad de oportunidades	HR Carolina Giraldo Botero 19 de septiembre (9:26 pm)
Artículo Nuevo. Programa para el fortalecimiento hospitalario	HR Carolina Giraldo Botero 19 de septiembre (9:26 pm)
Artículo Nuevo. Defensoría del paciente.	HR Duvalier Sanchez. 3 de octubre. 6:22 pm
Artículo Nuevo. Pasivos de prestadores de servicios.	HR Jhon Fredy Nuñez Ramos. Octubre 09 (2:20 pm)
Artículo Nuevo. Sistemas de traslados de urgencias	HR Hugo Danilo Lozano Pimiento 10 de octubre (10:25 am)

Artículo Nuevo. Vigilancia del Sistema de Salud	HR Armando Zabarrain. 10 de octubre (12:57 m)
Artículo nuevo. Disposiciones generales Título XII	HR Carolina Giraldo Botero 10 de octubre (11:35 am)
Artículo nuevo. Pruebas con animales	HR Wilmer Castellanos Hernandez. 10 de octubre (2:40 pm).
Artículo nuevo. Fortalecimiento administrativo del INVIMA	HR Wilmer Castellanos Hernandez. 10 de octubre (2:40 pm).
Artículo Nuevo. Sujetos disciplinables en el sector salud	HR Piedad Correal. 10 de octubre (5:41 pm).
Artículo Nuevo. Sanciones disciplinarias en el Sistema de Seguridad Social en Salud.	HR Piedad Correal. 10 de octubre (5:41 pm).
Artículo Nuevo. Criterios para la graduación disciplinaria en el Sistema de Salud	HR Piedad Correal. 10 de octubre (5:41 pm).
Artículo Nuevo. Traslado a la Controría General de la República	HR Piedad Correal. 10 de octubre (5:41 pm).
Artículo Nuevo. Defensor del usuario en salud	HR Duvalier Sanchez 10 de octubre (3:53 pm).
Artículo Nuevo. Delitos contra la salud.	HR Piedad Correal. 10 de octubre (5:24 pm).
Artículo Nuevo. Reserva técnica.	HR Piedad Correal. 11 de octubre (4:53 pm).
Artículo Nuevo. Transitorio	HR Jhon Fredy Nuñez. 31 de Octubre (15:42 pm).
Artículo Nuevo. Centros especializados.	HR Germán Rogelio Rozo. 1 de noviembre (2:04 pm)
Artículo Nuevo. Mecanismos de confianza para lograr eficiencias en las evaluaciones de medicamentos.	HR Pedro Armando Florez. 1 de noviembre (3:54 pm)
Artículo Nuevo. Medidas especiales para agilizar el cierre de los trámites retrasados en el INVIMA	HR Pedro Armando Florez. 1 de noviembre (3:54 pm)
Artículo Nuevo. Obligaciones de fallos judiciales	HR Wilmer Castellanos. 07 de noviembre (3:36 pm)
Artículo Nuevo. Validación Servicio Social Obligatorio.	HR Gilberto Betancourt Perez. 15 de noviembre (11:50 a.m).

Anexo 3. CUADRO DE PROPOSICIONES NO ACOGIDAS DURANTE EL DEBATE EN PLENARIA DE CÁMARA

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
	HR Milene Jarava Diaz 1 Junio (10:20 am).		HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:15 am)
Artículo 1: Objeto.	HR Marelén Castillo Torres 13 de Junio (11:48 am).		
	HR Julian Peinado Ramirez 20 de septiembre (3:53 pm)		
	HR Oscar Villamizar 9 de octubre (3:40 pm)		
	HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:31 am)		
	HR Armando Zabarrain. 31 de octubre (11:06 am)		
	HR Olga Lucia Velasquez 15 de noviembre (11:05 am).		
	HR Piedad Correal Rubiano, HR Catherine Miranda. 29 de agosto (5:23 pm)		
Artículo 2. Aseguramiento social en salud.	HR Cesar Cristian Gomez. 9 de octubre (5:14 pm)		
	HR Julia Miranda, HR Catherine Juvinao, HR Daniel Carvalho, HR Jennifer Pedraza, Katerine Miranda. 9 de octubre (4:46 pm)		
	HR Armando Zabarrain. 31 de octubre (11:06 am)		
	HR Milene Jarava Diaz 1 Junio (10:20 am).		HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:15 am)
	HR Piedad Correal Rubiano. 29 de agosto (04:05 pm)		
Artículo 3. Fines de la intervención del Estado.	HR Luis Miguel López. 5 de Septiembre (7:32 pm).		
	HR Luis M López. 9 de octubre (3:35 pm)		

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
	HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:31 am) HR Olga Lucia Velasquez 15 de noviembre (1:10 pm).		
Artículo 4. Definición del modelo de salud.	HR Marelén Castillo Torres 13 de Junio (11:48 am). HR Luis Miguel López. 5 de Septiembre (7:32 pm).		HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm) HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:16 am)
	HR Julian Peinado Ramirez 20 de septiembre (3:53 pm) HR Luis M López 19 de septiembre (4:17 pm)		
	HR Luis M López 10 de octubre (10:17 am) HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:30 am) HR James Mosquera. 23 de noviembre (10:22 am). HR Norman Bañol. 23 de noviembre (11:56 am)		
	HR Jaime Raul Salamanca 31 de Mayo (4:37 pm). HR Carlos Felipe Quintero 7 de Junio (2:42 pm).		
	HR Alvaro Leonel Rueda 1 de Junio (11:05 am). HR Heraclito Landinez 1 de Junio (11:55 am). HR Erick Velasco 1 de Junio (10:23 am).	HR Luis Miguel López. 5 de Septiembre (7:23 pm). HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm) HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:17 am)	
Artículo 5. Ejes centrales del modelo de salud.	HR Milene Jarava Diaz 1 de Junio (10:20 am).		
Artículo 6. Atención Primaria en Salud (APS).	HR Milene Jarava Diaz 1 de Junio (10:20 am). HR Elizabet Jai Pang 1 de Junio (9:07 am).		

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
	HR Marelén Castillo Torres 13 de Junio (11:48 am). HR Luis Miguel López. 5 de Septiembre (7:32 pm). HR Luis Miguel López. 5 de Septiembre (7:32 pm).		
Artículo 7. Identificación de determinantes sociales de la salud.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Jennifer Pedraza, HR Julia Miranda, HR Catherine Juvinao, HR Katherine Miranda. 9 de octubre (4:50 pm) HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm) HR Luis M López 10 de octubre (10:17 am) HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:30 am) HR Armando Zabarain. 31 de octubre (11:06 am)		
	HR Alvaro Leonel Rueda 1 de Junio (11:05 am) HR Milene Jarava Diaz 1 de Junio (10:20 am)		HR Modesto Aguilera Vides 1 de Junio (10:57 AM) HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:17 am)
	HR Carlos Felipe Quintero 7 de Junio (2:42 pm) HR Marelén Castillo Torres 13 de Junio (11:48 am) HR Carolina Giraldo Botero 19 de Septiembre (9:26 pm) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Luis M López 19 de septiembre (4:15 pm)		

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
	HR Irma Luz Herrera, HR Ana Paola Agudelo. 02 de octubre (7:37 pm) HR Irma Luz Herrera, HR Ana Paola Agudelo. 02 de octubre (7:38 pm) HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm) HR Carolina Giraldo Botero 10 de Octubre HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:30 am)		
Artículo 8. Territorio para la gestión en salud.	HR Eduar Triana 7 de Junio (15:26 pm)		HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:18 am)
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am) HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am) HR Luis M López 19 de septiembre (2:17 pm) HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm) HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm) HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:29 am) HR Armando Zabarain. 31 de octubre (11:06 am)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
Artículo 9. Centro de Atención Primaria en Salud.			HR Modesto Aguilera Vides 1 de Junio (09:09 am)

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
	HR Piedad Correal Rubiano. 29 de agosto (04:05 pm) HR Julian Peinado - 20 de septiembre (3:53 pm)		HR Modesto Aguilera Vides 6 de junio (11:44 am) HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:18 am)
Artículo 10. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS.	HR Cesar Cristian Gomez. 9 de octubre (5:14 pm) HR Julia Miranda, HR Catherine Juvinao, Jennifer Pedraza, Katherine Miranda. 9 de octubre (4:46 pm) HR Gerson Lisimaco Montano Arizala. 9 de octubre (6:51 pm). HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:29 am) HR Armando Zabarain. 31 de octubre (11:06 am) HR Norman Bañol. 14 de noviembre (5:38 pm) HR Oscar Diaz Perez. 15 de noviembre (12:54 m).		
	HR Olmes de Jesus Echeverría de la Rosa (09:48 am) HR Jaime Raul Salamanca 31 de Mayo (4:37 pm)		HR Modesto Aguilera Vides 6 de junio (11:44 am) HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:18 am) HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:19 am)
	HR Alvaro Leonel Rueda 1 de Junio (11:05 am) HR Wilmer Castellanos 1 de Junio (1:06 pm) HR Wilmer Castellanos 1 de Junio (1:06 pm) HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		HR Julio Cesar Triana Quintero. 01 de noviembre (2:08 pm).

563



ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 27. Sistema de monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.	HR Wilmer Castellanos 1 de Junio (1:32 pm) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 28. Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud	HR Marelén Castillo Torres 13 de Junio (11:48 am) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Martha Alfonso - HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (4:24 pm) HR Irma Luz Herrera 2 de octubre (7:37 pm)		HR Luis M López 19 de septiembre (16:17 pm) HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm)
Artículo 29. Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública.	HR Jaime Raul Salamanca 31 de Mayo (4:37 pm) HR Carlos Felipe Quintero 7 de Junio (2:42 pm) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (13:32 pm)		
Artículo 30. Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública.	HR Carlos Felipe Quintero 7 de Junio (2:42 pm) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:25 am)		HR Luis M López 19 de septiembre (16:17 pm) HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm) HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:22 am)

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 31. Consejo Nacional de Salud.	HR Irma Luz Herrera, HS Ana Paola Agudelo 30 de Mayo (15:27 pm). HR Elizabeth Jay - Pang Diaz 1 de Junio (9:07 am) HR Erick Velasco 1 de Junio (10:23 am) HR Liliana Rodriguez Valencia, HR Alejandro Garcia 1 de Junio (10:37 am) HR Fernando Niño 7 de Junio (4:30 pm) HR Marelén Castillo Torres 13 de Junio (11:48 am) HR Fernando David Niño 13 de Junio (4:51 pm) HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am) HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am) HR Olga Lucia Velasquez. 05 de septiembre (4:18 pm). HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Luis M López 19 de septiembre (4:17 pm)		HR Modesto Aguilera Vides 1 de Junio (9:00 AM) HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm) HR Cesar Cristian Gomez. 9 de octubre (5:14 pm)

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 32. Funciones del Consejo Nacional de Salud.	HR Jorge Tovar Vélez 29 de septiembre (10:00 am) HR Jorge Tovar Vélez 29 de septiembre (10:00 am) HR Cesar Cristian Gomez. 9 de octubre (5:14 pm) HR Catherine Juviano, HR Julia Miranda, HR Jennifer Pedraza, HR Carvalho. 9 de Octubre 2023. 7:30 pm HR Olga Lucia Velásquez. 15 de noviembre (1:10 pm). HR Fernando Niño 7 de Junio (4:30) HR Fernando David Niño 3 de Junio (4:51) HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am) HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am) HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am) HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		HR Modesto Aguilera Vides 1 de Junio (9:00 AM)

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN			
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación	
Artículo 33. Consejos Territoriales de Salud.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm) HR Jorge Tovar Vélez 29 de septiembre (10:00 am) HR Cesar Cristian Gomez. 9 de octubre (5:14 pm) HR Jennifer Pedraza. 9 de Octubre (4:50 om) 29 de septiembre (10:00 am) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (17:42 pm) HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		HR Cesar Cristian Gomez. 9 de octubre (5:14 pm) HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:23 am)	
	Artículo 34. Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas en la prestación de servicios.	HR Irma Luz Herrera, HS Ana Paola Agudelo - 30 de Mayo (15:27 pm). HR Piedad Correal Rubiano 29 de agosto de 2023 (4:05 pm). HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm)

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Julia Miranda, HR Catherine Juvinao, HR Daniel Carvalho, HR Jennifer Pedraza, Katherine Miranda 9 de octubre (4:46 pm)		
Artículo 35. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).	HR Erika Sanchez 31 de Mayo (15:53 pm)		
	HR Alfredo Ape Cuello, HR Libardo Cruz Casado (12:26 pm)		
	HR Wilmer Castellanos (1:06 pm)		
	HR Miguel Polo Polo 7 de Junio (1:25 pm)		
	HR Marelén Castillo Torres 7 de Junio (3:29 pm)		
	HR Marelén Castillo Torres 13 de Junio (11:48)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (13:32 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (13:32 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (13:32 pm)		
	HR Jorge Tovar Vélez 29 de septiembre (10:00 am)		
	HR Irma Luz Herrera, HR Ana Paola Agudelo 2 de octubre (7:37 pm)		
	HR Norman David Bañol. 23 de noviembre (11:56 am)		
Artículo 36. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado - ISE.	HR Juan Diego Muñoz (2:40 pm) 1 de Junio HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 PM)

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 37. Tipologías y Niveles de Instituciones de Salud del Estado - ISE.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)	HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 PM)	
Artículo 38. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado - ISE.	HR Hugo Lozano Pimiento (11:04 am) 1 de Junio		HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 PM)
	HR Hugo Lozano 7 de Junio (2:52)		
	HR Eduar Triana 7 de Junio (15:29)		
	HR Jennifer Pedraza 6 de Junio (3:27 pm)		
	HR Jorge Méndez 13 de Junio (2:00)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardlia - HS Julio Alberto Elias Vidal 29 de agosto (10:04 am)		
Artículo 39. Giro de los recursos a las ISE.	HR Hugo Danilo Lozano 1 junio (11:04 am)		HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 pm)
	HR Alexandra Vásquez 5 de septiembre (4:52 pm)		
	HR Erika Sánchez 31 de Mayo (15:53 pm)		HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 pm)
Artículo 40. Régimen de contratación de las ISE.	HR Miguel Polo Polo 7 de Junio (1:25 pm)		
	HR Marelén Castillo Torres 7 de Junio (3:29 pm)		
	HR Alexandra Vásquez 5 de septiembre (4:52 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 41. Organos de dirección y administración de las ISE.	HR Luis M López 19 de septiembre (4:17 pm)		HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 pm)
	HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm)		
Artículo 42. Provisión del empleo de director	HR Alexandra Vásquez 5 de septiembre (4:52 pm)		HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 pm)
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (13:32 pm)		HR Oscar Sanchez León, HR Hugo Archila, HR Karime Cotes, HR Wilmer Guerrero, HR Germán Roza, HR Olga Beatriz Gonzalez, HR Alvaro Rueda y otros 10 de octubre (2:23 pm)
	HR Carolina Giraldo 21 de septiembre (6:35 pm)		HR Oscar Sanchez León. 10 de octubre (1:26 pm)
	HR Cesar Cristian Gomez. 9 de octubre (5:14 pm)		HR Oscar D Perez. HR Juan E 14 de noviembre (5:49 pm)
	HR Elkin Ospina. 10 de octubre (1:26 pm)		
	HR Wilmer Castellanos. 14 de noviembre (5:42 pm)		
	HR Hugo Archila, HR Wilmer Guerrero, HR Karina Bocanegra. 10 de Octubre (3:30 pm)		
	HR Olga Lucia Velásquez. 10 de noviembre (11:55 am).		
	HR Piedad Correal, HR Olga Lucia VELASQUEZ, HR Luis Carlos Ochoa Tobón y otros. 11:55 am)		
	Artículo 43. Aprobación y evaluación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado - ISE del orden territorial.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (13:32 pm)	
Artículo 44. Régimen Laboral de las ISE.	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardlia 29 de agosto (10:04 am)		HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 pm)

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 45. Derechos de permanencia de los servidores.	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardlia 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (13:32 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (13:32 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (13:32 pm)		
Artículo 46. Entidad de Salud del Estado Itinerante.	HR Liliana Rodriguez Valencia (10:37 am) 1 de Junio		HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 pm)
	HR Hugo Danilo Lozano Pimiento (11:04 am) 1 de Junio		HR Luis M López 19 de septiembre (16:17 pm)
Artículo 47. Plan Nacional de Equipamiento en Salud.	James Mosquera 15 de Junio (3:30)		HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm)
	HR Jorge Méndez 13 de Junio (2:00)		
	HR Alfredo Ape Cuello, HR Libardo Cruz Casado (12:26 pm)		HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 pm)
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardlia - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
	HR Jorge Eliecer Salazar, HR Carlos Ardila 29 de agosto (10:09 am)		
Artículo 48. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).	HR Eraclito Landínez 1 de junio (11:55 am)		HR Modesto Aguilera Vides (9:00 am)
	HR Miguel Polo Polo 7 de Junio (1:25 pm)		HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 pm)
	HR Miguel Polo Polo 7 de Junio (1:25 pm)		HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm)
	HR Miguel Polo Polo 7 de Junio (1:25 pm)		HR Oscar Villamizar. 9 de octubre (3:40 pm)
	HR Miguel Polo Polo 7 de Junio (1:25 pm)		HR Julio Cesar Triana Quintero. 1 de noviembre (2:08 pm)
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Piedad Correal Rubiano 29 de agosto de 2023 (4:05 pm).		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Sandra Bibiana Aristizabal Saleg 19 de septiembre (3:38 pm)		
	HR Carolina Giraldo 19 de septiembre de 2023 (09:26 pm).		

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
	HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm)		
	HR Cesar Cristian Gomez. 9 de octubre (5:14 pm)		
	HR Julia Miranda, HR Catherine Juvinao, HR Daniel Carvalho, HR Jennifer Pedraza, Katerine Miranda. 9 de octubre (4:46 pm)		
	HR Carolina Giraldo 10 de octubre de 2023 (11:34 am).		
	HR Alexander Bermúdez. 10 de octubre (2:00 pm)		
	HR Armando Zabaraín. 31 de octubre (11:06 am)		
	HR Oscar Dario Perez, Hernán Cadavid. 15 de noviembre (12:52 m)		
Artículo 49. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida.	HR Erick Velásquez (10:23 am) - 1 de Junio		HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 pm)
	HR Hugo Danilo Lozano Pimiento (11:04 am) 1 de Junio		HR Oscar Villamizar. 9 de octubre (3:40 pm)
	HR Hugo Danilo Lozano Pimiento (11:04 am) 1 de Junio		HR Julio Cesar Triana Quintero. 1 de noviembre (2:08 pm)
	HR Miguel Polo Polo 7 de Junio (1:25 pm)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Piedad Correal Rubiano 29 de agosto (4:05 pm).		
	HR Irma Luz Herrera Rodriguez. 3 de octubre (3:09 pm)		
	HR Irma Luz Herrera Rodriguez. 4 de octubre (4:30 pm)		

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
	HR Julia Miranda, HR Catherine Juvinao, HR Daniel Carvalho, HR Jennifer Pedraza, Katerine Miranda. 9 de octubre (4:46 pm)		
	HR Cesar Cristian Gomez. 9 de Octubre (5:14 pm)		
	HR Armando Zabaraín. 31 de octubre (11:06 am)		
	HS Humberto De La Calle. Noviembre 1 (1:52 pm)		
	HR Ana Rogelia Monsalve Alvarez. 15 de noviembre (2:52 pm).		
	HR Oscar Dario Perez, Hernán Cadavid. 15 de noviembre (12:52 m)		
	HR Ana Paola Agudelo, HR Irma Luz Herrera. 29 de noviembre (6:05 pm)		
	HR Miguel Polo Polo 7 de Junio (1:25 pm)		HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 pm)
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		HR Oscar Villamizar. 9 de octubre (3:40 pm)
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		HR Julio Cesar Triana Quintero. 1 de noviembre (2:08 pm)
Artículo 50. Transitorio.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Sandra Bibiana Aristizabal Saleg 19 de septiembre (3:38 pm)		
	HR Julia Miranda, HR Catherine Juvinao, HR Daniel Carvalho, HR Jennifer Pedraza, Katerine Miranda. 9 de octubre (4:46 pm)		

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
	HR Olga Lucia Velásquez. 15 de noviembre (1:10 pm).		
Artículo 51. Gobierno Corporativo y Rendición de Cuentas.	HR Carlos Felipe Quintero 7 de Junio (2:42 pm)		HR Oscar Villamizar. 9 de octubre (3:40 pm)
Artículo 52. Inspección, Vigilancia y Control para las Gestoras de Salud y Vida.	HR Carlos Felipe Quintero 7 de Junio (2:42 pm)		HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 pm)
	HR Irma Luz Herrera Rodriguez, HR Ana Paola Agudelo 29 de septiembre de 2023 (12:21 m)		HR Oscar Villamizar. 9 de octubre (3:40 pm)
Artículo 53. Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida	HR Hugo Danilo Lozano Pimiento (11:04 am) 1 de Junio		HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 pm)
	HR Jennifer Pedraza 6 de Junio (3:27 pm)		HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm)
	HR Miguel Polo Polo 7 de Junio (1:25 pm)		HR Oscar Villamizar. 9 de octubre (3:40 pm)
	HR Carlos Felipe Quintero 7 de Junio (2:42)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Piedad Correal Rubiano 29 de agosto de 2023 (4:05 pm).		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Jennifer Pedraza 6 de Junio (4:50 pm)		
	HR Julia Miranda, HR Catherine Juvinao, HR Daniel Carvalho, HR Jennifer Pedraza, Katerine Miranda. 9 de octubre (4:46 pm)		
	HR James Mosquera, 23 de noviembre (10:22 am)		
Artículo 54. Atención de los	HR Erika Sanchez 31 de Mayo (15:53 pm)		HR Oscar Villamizar. 9 de octubre (3:40 pm)

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
pacientes con patologías crónicas.	HR Miguel Polo Polo 7 de Junio (1:25 pm)		
	HR Marelen Castillo Torres 7 de Junio (3:29 pm)		
	HR Fernando Niño 7 de Junio (4:30)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jose Eliecer Salazar, HR Victor Manuel Salcedo 5 de septiembre (11:42 am)		
	HR Irma Luz Herrera Rodriguez, HR Ana Paola Agudelo 29 de septiembre de 2023 (12:21 m)		
	HR Karen Manrique, 9 de octubre (4:58 pm)		
	HR Alexander Bermúdez Lasso, 10 de octubre (2:00 pm)		
	HR Olga Lucia Velásquez, 15 de noviembre (1:10 pm).		
	HR Luis M López 19 de septiembre (2:50 pm)		
Artículo 55. Definición, (fuentes, usos y gestión de los recursos financieros del sistema)	HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm)		
	HR Olga Lucia Velásquez, 15 de noviembre (1:10 pm).		
Artículo 56. Cotizaciones y Aportes.	HR Carlos Ardila Espinosa 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Olga Lucia Velásquez, 15 de noviembre (1:10 pm).		
Artículo 58. Funciones de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.	HR Hugo Lozano 7 de Junio (2:52)	HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 pm)	
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)	HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm)	
	HR Jorge Továs Vélez 29 de septiembre (10:00 am)		
	HR Irma Luz Herrera, HR Paola Agudelo, 29 de septiembre (12:21 m)		

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 59. Cuenta de recaudo de cotizaciones y aportes.	HR Jennifer Pedraza, 9 de Octubre 4:50 pm)		
	HR Olga Lucia Velásquez, 15 de noviembre (1:10 pm).		
Artículo 60. Fondo Único Público de Salud.	HR Oscar Villamizar, 9 de octubre (3:40 pm)		
	HR Olmes de Jesús Echavarría 31 de junio (9:48 am)		HR Modesto Aguilera Vides (11:19 AM)
Artículo 61. Cuenta de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud.	HR Olga Lucia Velásquez, 15 de noviembre (1:14 pm).		HR Modesto Aguilera Vides (12:13 M)
			HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo, 10 de octubre (11:21 am)
Artículo 62. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.			HR Oscar. Perez, HR Hernán Cadavid 15 de noviembre (12:52 m)
			HR Oscar Villamizar, 9 de octubre (3:40 pm)
Artículo 63. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Público Único de Salud.	HR Oscar. Perez, HR Hernán Cadavid 15 de noviembre (12:52 m)		HR Oscar Villamizar, 9 de octubre (3:40 pm)
	HR Martha Alfonso, Gloria Arzabaleta, Alejandro Ocampo, (12:49 pm) - 1 de Junio		HR Modesto Aguilera Vides 31 Mayo (15:55 pm)
Artículo 64. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.			HR Luis M López 19 de septiembre (16:17 pm)
			HR Oscar Villamizar, 9 de octubre (3:40 pm)
Artículo 65. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Público Único de Salud.			HR Luis Miguel López, 9 de octubre (3:35 pm)
			HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm)

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 64. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		HR Oscar Villamizar, 9 de octubre (3:40 pm)
Artículo 65. Destinación de los recursos administrados por la ADRES.	HR Olga Lucia Velásquez, 05 de septiembre (4:18 pm)		HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm)
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		HR Oscar Villamizar, 9 de octubre (3:40 pm)
Artículo 66. Reserva Técnica del Estado para garantizar el giro directo.	HR Eduard Triana 7 de Junio (15:26)		HR Oscar Villamizar, 9 de octubre (3:40 pm)
	HR Olga Lucia Velásquez, 15 de noviembre (1:14 pm).		
Artículo 67. Servicios Sociales Complementarios en Salud.	HR Hugo Danilo Lozano Pimiento 1 de Junio (11:04 am)		
	HR James Mosquera 7 Junio (2:19)		
	HR Olga Lucia Velásquez, 15 de noviembre (1:14 pm).		
Artículo 69. Autorización de pago de servicios.	HR Irma Luz Herrera, Ana Paola Agudelo 30 Mayo (3:27 pm)	HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 pm)	
	HR Erika Sánchez 31 de Mayo (15:53 pm)	HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm)	
	HR Yenica Sugein Acosta, HR Katherine Miranda, Juan Felipe Corz 31 Mayo (4:25 pm)	HR Oscar Villamizar, 9 de octubre (3:40 pm)	
	HR Jaime Raúl Salamanca- 31 Mayo (4:37 pm)		
	HR Miguel Polo Polo 7 de Junio (1:25 pm)		
	HR Marelen Castillo Torres 7 de Junio (3:29 pm)		
	HR Marelen Castillo Torres 13 de Junio (3:29 pm)		
	HR Irma Luz Herrera, Ana Paola Agudelo		

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 70. Gestión de cuentas por prestación de servicios de salud.	29 de Septiembre (12:21 m)		
	HR Irma Luz Herrera, Ana Paola Agudelo 3 de Octubre (3:00 pm)		
Artículo 71. Prestaciones económicas.	HR Erika Sánchez 31 de Mayo (15:53 pm)		HR Luis M López 9 de octubre (3:35 pm)
	HR Alfredo Ape Cuello, HR Libardo Cruz Casado (12:26 pm)		
	HR Sandra Aristizábal 5 de Junio (2:13 pm)		
	HR Miguel Polo Polo 7 de Junio (1:25 pm)		
	HR Marelen Castillo Torres 7 de Junio (3:29 pm)		
	HR Piedad Correal Rubiano 29 de agosto (4:05 pm).		
	HR Carolina Giraldo 19 de septiembre (9:26 pm)		
	HR Carolina Giraldo 9 de octubre (5:21 pm)		
	HR Julia Miranda, HR Jennifer Pedraza, HR Catherine Juvinao y otros, 9 de octubre (7:16 pm).		
	HR Carolina Giraldo 10 de octubre (11:30 am)		
HR Piedad Correal 28 de noviembre (3:57 pm)			
Artículo 71. Prestaciones económicas.	HR Fernando Niño 7 de Junio (4:30)		
	HR Fernando David Niño 13 de Junio (4:51)		
Artículo 71. Prestaciones económicas.	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidat 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 71. Prestaciones económicas.	HR Piedad Correal Rubiano 29 de agosto (4:05 pm).		
	HR Martha Alfonso 19 de septiembre.		

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 72. Recursos de las entidades territoriales.	HR Fernando Niño 7 de Junio (4:30)		
	HR Fernando Niño 13 de Junio (4:30)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 73. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.	HR Jorge Tovar Vélez 29 de septiembre (10:00 am)		
	HR Fernando David Niño 13 de Junio (4:51)		HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 pm)
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 75. Acreencias de las EPS.	HR Milene Jarava Diaz (10:20 am) 1 de Junio		HR Modesto Aguilera Vides (10:55 am)
	HR Fernando David Niño 13 de Junio (4:51 pm)		
	HR Sandra Bibiana Aristizabal Saleg 19 de septiembre (3:38 pm)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Oscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jaime Raúl Salamanca 31 de Mayo (4:37 pm)		HR Wilmer Castellanos (1:06 pm)
Artículo 76. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.	HR Fernando David Niño 13 de Junio (4:51)		
	HR Alfredo Mondragón		
	HR Martha Alfonso		
Artículo 77. Características del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información.	HR Wilmer Castellanos. 07 de noviembre (3:36 pm)		HR Wilmer Castellanos (1:06 pm)
	HR Catherine Juvinao. 14 de noviembre (6:08 pm).		
	HR Martha Alfonso - HR Tamara Argote 15 junio (6:35 pm)		
Artículo 78. Objetivos generales del Sistema Público Unificado e Interoperable de			

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Información en Salud.			
Artículo 79. Identificación de medicamentos.			HR Wilmer Castellanos (1:06 pm)
Artículo 80. Tecnología de Información y Comunicaciones al servicio de la atención en salud.			HR Wilmer Castellanos (1:06 pm)
Artículo 81. Desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.			HR Wilmer Castellanos (1:06 pm)
Artículo 83. Ámbitos de la participación ciudadana y social.	HR Elizabeth Jay Pang 31 de junio 9:07 am		HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:23 am)
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 85. Inspección, vigilancia y control.	HR Jennifer Pedraza 6 de Junio (3:27 pm)		
Artículo 88. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:24 am)
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (13:32 pm)		HR Modesto Aguilera Vides (10:21 AM)
Artículo 90. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		HR Modesto Aguilera Vides (10:21 AM)
Artículo 91. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:24 am)
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 92. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial.	HR Jorge Eliecer Salazar, HR Carlos Ardila 29 de agosto (10:04 am)		HR Andres Felipe Jimenez Vargas, HR Miguel Polo Polo. 10 de octubre (11:24 am)
	HR Fernando Niño 7 de Junio (4:30)		
	HR Fernando David Niño 13 de Junio (4:51)		
Artículo 93. Acceso expedito a los servicios de salud.	HR Jorge Tovar Vélez 29 de septiembre (10:00 am)		HR Modesto Aguilera Vides 6 de junio (1:45 pm)
Artículo 94. Principio de celeridad en el sistema de quejas y reclamos.	HR Jorge Eliecer Salazar 29 de agosto (10:09 am)		
Artículo 95. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud.	HR Jose Eliecer Salazar 15 de junio (6:35 pm)		
	HR Erika Sánchez 31 de Mayo (15:53 pm)		
Artículo 96. Política de Medicamentos, Dispositivos médicos, Insumos y Tecnologías en Salud.	HR Jaime Raúl Salamanca 31 de Mayo (4:37 pm)		
	HR Marelén Castillo Torres 7 de Junio (3:29 pm)		
	HR Miguel Polo Polo 7 de Junio (1:25 pm)		
	HR José Eliecer Salazar, HR Carlos Ardila 29 de agosto (10:09 am)		
	HR Carolina Giraldo 19 de septiembre (9:26 pm)		
	HR Irma Luz Herrera, HR Ana Paola Agudelo. 2 de octubre (7:37 pm).		
Artículo 97. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud.	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal 29 de agosto (10:04 am)		HR Erika Sánchez 31 de mayo (15:53 pm)

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 98. Regulación de Precios de Medicamentos.	HR Jose Octavio Cardona 18 de septiembre 1:32 pm		HR Miguel Polo Polo 7 de junio (13:25) HR Marelén Castillo 7 DE JUNIO (3:29 pm)
	HR José Eliecer Salazar, HR Carlos Ardila 29 de agosto (10:09 am)		HR Wilmer Castellanos (1:06 pm)
Artículo 99. Sistema de monitoreo de abastecimiento oportuno de tecnologías en salud.	HR José Eliecer Salazar, HR Carlos Ardila 29 de agosto (10:09 am)		
Artículo 100. Vacunas producidas en Colombia.	HR José Eliecer Salazar, HR Carlos Ardila 29 de agosto (10:09 am)		
	HR Jose Eliecer Salazar, HR Carlos Ardila 31 de octubre (10:28 am)		
Artículo 101. Eliminación de trámites ante el INVIMA.	HR Erika SANCHEZ - 31 de Mayo (15:53 pm)		
	HR Miguel Polo Polo 7 de Junio (1:25 pm)		
	HR Marelén Castillo Torres 7 de Junio (3:29 pm)		
Artículo 102. Condonación de intereses por sanciones impuestas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 103. Política de Formación.	HR Hugo Danilo Lozano 1 de junio (11:04 am)		
Artículo 104. Examen nacional y único de admisión a	HR Eduar Triana 7 de Junio (15:26)	HR Alfredo Mondragón 19 de septiembre (5:27 pm)	HR Piedad Correal Rubiano. 29 de agosto (4:05 pm).

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
las especialidades médicas.	HR Fernando David Niño 13 de Junio (4:51)		HR Oscar Villamizar. 9 de octubre (3:40 pm)
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 105. Becas de matrícula para formación posgradual de profesionales de salud, en áreas médico quirúrgicas y de salud pública.	HR Duvalier Sanchez (9:38 am) 1 de Junio		
	HR Fernando David Niño - 13 de Junio (4:51)		
	HR Erick Velasco (10:23 am) -1 de Junio		
	HR Hugo Lozano 7 de Junio (2:52)		
	HR Fernando David Niño 13 de Junio (4:51)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Haiver Rincón Gulierrez 29 de agosto (2:33 pm).		
Artículo 106. Prelación a las universidades públicas para la asignación de cupos por parte de los hospitales públicos.	HR Gerson Lisimaco Montano Arizala 3 de octubre (9:27 am)		HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)
Artículo 107. Régimen y Política Laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
Artículo 108. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas.		HR Jorge Eliecer Salazar, HR Carlos Ardila 29 de agosto (10:09 am)	
		HR Sandra Aristizabal – 19 de septiembre (3:38 pm)	
Artículo 109. Trabajadores de las Instituciones	HR Erick Velasco 1 de junio (10:23 am) HR Alexandra Vásquez 5 de septiembre (4:52 pm)		

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Privadas y Mixtas del Sector Salud.	HR Jose Octavio Cardona León 19 de septiembre (1:32 pm)		
	HR Martha Alfonso 15 de Junio (6:35)		
Artículo 113. Autonomía profesional (artículo eliminado)	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
Artículo 114. Acto médico.	HR José Eliecer Salazar, HR Carlos Ardila 29 de agosto (10:04 am)		
Artículo 115. Autorregulación médica.		HR Jorge Eliecer Salazar, HR Carlos Ardila - 29 de agosto (10:04 am)	
Artículo 116. Comité de Autorregulación Médica.	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
Artículo 120. Sujeción a disponibilidades presupuestales y al Marco Fiscal de Mediano Plazo.			HR Jennifer Pedraza 6 de junio (3:27 pm)
			HR Hugo Lozano 7 de junio (14:52)
Artículo 121. Regímenes			HR Luis Miguel López. 9 de octubre (3:35 pm)

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Exceptuados y Especiales.			
Artículo 122. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas.	HR Fernando David Niño 13 de Junio (4:51)		HR Modesto Aguilera Vides (9:22 AM) HR Alexandra Vásquez 5 de septiembre (4:52 pm) HR Cesar Cristian Gomez. 9 de octubre (5:14 pm)
			HR Modesto Aguilera Vides 31 de mayo (12:03 M)
Artículo 123. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom.	HR Ana Rogelia Monsalve Alvarez. 3 de octubre (5:35 pm).		HR Alexandra Vásquez 5 de septiembre (4:52 pm)
	HR Gerson Lisimaco Montaño Arizala. 02 de octubre (11:49 am)		HR Cesar Cristian Gomez. 9 de octubre (5:14 pm)
Artículo 124. Plan Nacional de Salud Rural.	HR James Ermenegildo Mosquera Torres 31 de Mayo (5:45 pm) HR Jorge Tovar Vélez 29 septiembre (10:00 am)		
			HR Modesto Aguilera Vides (11:10 AM) - 1 de Junio HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 pm) HR Luis Miguel López. 9 de octubre (3:35 pm)
Artículo 125. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud.	HR Erika Sánchez 31 Mayo (3:53 pm)		
	HR Milene Jarava Diaz (10:20 am)		
	HR Luz Marina Munera Medina (10:39 am)		
	HR Jennifer Pedraza 6 de Junio (3:27 pm)		
	HR Miguel Polo Polo 7 de Junio (1:25 pm)		
	HR Wilmer Castellanos 7 de Junio (15:01)		
	HR Maren Castillo Torres 7 de Junio (3:29 pm)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
Artículo 128. Facultades extraordinarias.	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal - HR Óscar Rodrigo Campo Hurtado 29 de agosto (10:04 am)		
	HR Luis Miguel López. 9 de octubre (3:35 pm)		
	HR Jennifer Pedraza. 9 de Octubre 4:50 pm)		
	HR Julia Miranda, HR Catherine Juvinao, HR Katherine Miranda, HR Jennifer Pedraza, HR Carvalho. 9 de Octubre (4:46 pm).		
	HR Alexander Bermudez. 10 de Octubre (12:02 m)		
	HR James Mosquera, 15 de noviembre (10:08 am).		HR Modesto Aguilera Vides 31 mayo (4:41 pm)
			HR Olmes de Jesus Echeverria de la Rosa- (09:48 am)1 de Junio HR Alfredo Ape Cuello, Libardo Cruz Cassado - (12:25 pm)1 de Junio HR Eduar Triana 7 de junio (15:26) HR Julian Peinado 20 de septiembre (3:53 pm)
Artículo 129. Unidad de Pago por Capitación (UPC).	HR Jennifer Pedraza 6 de Junio (3:27 pm) HR Cesar Cristian Gomez. 9 de octubre (5:14 pm)		HR Cesar Cristian Gomez. 9 de octubre (5:14 pm)
Artículo 130. Criterios para la asignación y distribución de los	HR Hugo Lozano 1 de Junio (11:04 am) HR Hugo Lozano 13 de Junio (2:43 pm)		

ARTICULOS	TIPO DE PROPOSICIÓN		
	Modificación	Sustitutiva	Eliminación
recursos de la UPC para el aseguramiento social en salud.	HR Jose Eliecer Salazar - HR Carlos Ardila - HS Julio Alberto Elias Vidal 29 de agosto (10:04 am) HR Julia Miranda, HR Catherine Juvinao, HR Daniel Carvalho, HR Jennifer Pedraza, Katerine Miranda. 9 de octubre (4:46 pm) HR James Mosquera 03 de noviembre (10:22 am)		
Artículo 131. Acuerdos de Voluntades.	HR Hugo Danilo Lozano 1 de Junio (11:04 am) HR Catherine Juvinao. 15 de noviembre (3:04 pm).		
Artículo 134. Observatorio de Talento Humano en Salud.	HR Erick Velasco 1 de Junio (10:23 am)		
Artículo 137. Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades.	HR Erick Velasco 1 de Junio (10:23 am) HR Wilmer Castellanos 7 de junio (1:06 pm) HR Jorge Tovar Vélez 29 septiembre (10:00 am) HR Martha Alfonso 4 de octubre (11:35 am) HR James Mosquera. 15 de noviembre (10:08 am).		
Artículo 138. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).		HR Erika Sánchez 31 mayo (3:53 pm) HR Miguel Polo Polo 7 junio (13:25) HR Marelen Castillo 7 junio (3:29 pm)	
Artículo 142. Créditos blandos a IPS	HR Alfredo Ape Cuello, HR Libardo Cruz Casado (12:26 pm) 1 de Junio		

Fabian Diaz <i>Honorable Senador</i>	Expresa la importancia de escuchar a la ciudadanía para generar un mejor proyecto de ley. Solicita a los Senadores que sus intervenciones sean cortas con el propósito de escuchar a los asistentes a la Audiencia, así como solicita respeto de todos los intervinientes en el desarrollo de esta
Wilson Arias <i>Honorable Senador</i>	Expresa su postura a la carta firmada por 18 exministros de salud en relación a fuertes cuestionamientos hacia las recientes decisiones del Gobierno entorno al sector salud, cuestiona que algunos firmantes estén condenados por corrupción.
Miguel Ángel Pinto <i>Honorable Senador</i>	Hace un breve saludo a los asistentes a la audiencia y exalta la visita del Ministro de Salud a diferentes hospitales en el departamento. Resalta que el objetivo de la audiencia es escuchar a la ciudadanía.
Sandra Jaimes <i>Honorable Senadora</i>	Expresa que el gobierno del cambio le cumple a los ciudadanos tratando de sacar este proyecto de ley adelante y exalta el recorrido que realizó el Ministro en la región. Exalta de la reforma a la salud la intención de formalizar a los trabajadores del sector, lo que contribuiría al mejoramiento en la prestación de los servicios. Invita a los Senadores a hacer seguimiento a los recursos que el Gobierno ha girado para ser invertidos en materia de salud, para así evitar hechos de corrupción.
Sandra Ramírez Lobo <i>Honorable Senadora</i>	Expone el compromiso de aprobar esta reforma tan necesaria para los colombianos y expresa sus condolencias a las personas afectadas por el incendio en la ciudad. Celebra la asistencia de Senadores y Representantes de diferentes partidos políticos y felicita a los representantes Martha Alfonso y Alfredo Mondragón por sacar adelante la reforma en la Cámara de Representantes.
Erika Sánchez <i>Honorable Representante</i>	Esta reforma va generar un cambio significativo en el sistema de salud y va a garantizar el derecho a la salud. Expone el proceso que se realizó en la Cámara de Representantes con el proyecto de ley y evidencia la necesidad de escuchar a los diferentes sectores para mejorar. Manifiesta la responsabilidad que ha tenido el Congreso en el debate de la reforma a la salud, teniendo en cuenta la incidencia de este derecho fundamental tiene para la sociedad.
Guillermo Alfonso Jaramillo <i>Ministro de Salud</i>	Resalta la visita al hospital de Girón que se espera entregar antes de junio, este tipo de visitas evidencian puestos de salud que se cerraron en todo el país y que este gobierno piensa reabrir para convertirlos en los CAPS

Anexo 4. RELATORÍA DE AUDIENCIA DE BUCARAMANGA

BUCARAMANGA	
FECHA	22 de enero de 2023
LUGAR	Auditorio Ágora Universidad Industrial de Santander
CONGRESISTAS PARTICIPANTES	- H.S. Martha Peralta Epleyu - H.S. Fabián Díaz - H.S Wilson Arias - H.S Miguel Ángel Pinto - H.S. Sandra Jaimes - H.S. Sandra Lobo - H.R. Erika Sánchez - Secretario de la Comisión Séptima: Praxere Ospino
DELEGADOS DEL GOBIERNO	- Guillermo Alfonso Jaramillo (Ministro de Salud y Protección Social) - Luis Alberto Martínez (Viceministro de Protección Social) - Félix Martínez (Director de la ADRES) - Ulahy Beltrán (Superintendente de Salud)
LINK	https://www.youtube.com/watch?v=3eXTsc_xpM
PARTICIPACIONES	
ORGANIZACIÓN	ARGUMENTACIÓN EXPUESTA
Martha Peralta <i>Honorable Senadora</i>	Da la bienvenida a los asistentes a la audiencia y expresa el compromiso del gobierno de dignificar la salud de los colombianos a través de este proyecto de ley. Contextualiza a los asistentes sobre el origen y objetivo de la Audiencia Pública llevada a cabo. Manifiesta la importancia del contenido de la reforma a la salud y expone los aumentos que se han realizado a la UPC en el Gobierno actual y lo cual debe impactar de manera positiva en el sistema de salud. Resalta que para la vigencia del 2023 el presupuesto para la salud será de 61.5 billones, es decir, tuvo un crecimiento del 17%, en comparación con el del 2023, además hace la claridad de que los recursos para los CAPS no son los mismos que se les paga a las EPS, son asuntos distintos. De igual manera, manifiesta las deudas de las EPS a los hospitales públicos del país, lo que afecta gravemente la prestación de los servicios de salud, de forma particular menciona la deuda que las EPS tienen con las clínicas en Santander que es de 338 mil millones y conmina a los asistentes y participantes a exponer sus dudas y propuestas para construir una reforma que se ajuste a las necesidades y lo territorios. Palabras y minuto de silencio en memoria de la Senadora Piedad Córdoba Ruiz (Q.E.P.D.)

	y aquellos que estén en condiciones muy precarias reconstruirlos, se tiene 6.386 millones de pesos para temas de infraestructura de los CAPS que se usara para recuperar la infraestructura abandonada y se dispone de 11.193 millones de dotaciones. Porque se espera hacer giros directos, porque las EPS no cumplen con los pagos, se espera eliminar la integración vertical y esta reforma espera llevar la salud a los lugares donde no llega y por eso el gobierno espera poder trabajar con las EPS y que estas contribuyan a auditar. Finalmente, sostiene que lo que se quiere es consensuar pero no se puede ir en detrimento de la salud de la población y favorecer intereses particulares. Es falso que el Estado se ha mantenido de los privados, por el contrario, las EPS deben más de 24 billones a la red hospitalaria, lo que ha generado como consecuencia la precarización laboral en el sistema debido a la falta de recursos. No es entendible si a las EPS se les paga anticipadamente porque deben tanto dinero, por eso se evidencia la necesidad del giro directo y de que se auditen los recursos. Se aumento la UPC en 9.7% lo que les deja 4 billones adicionales a las EPS, pero estas dicen que no les alcanzan los recursos. El gobierno está dispuesto a conciliar el mejor proyecto de salud posible y hace un llamado a no seguir fomentando la crisis. Colombia necesita más atención primaria para evitar los altos costos, además los CAPS tendrán subsidio a la oferta para formalizar a sus trabajadores.
Luis Alberto Martínez <i>Viceministro de Protección Social</i>	Expone el compromiso del gobierno de materializar el goce efectivo del derecho fundamental en salud sin importar el lugar del país y las condiciones, así como mejorar las condiciones laborales del personal de salud. Expresa que el proyecto ha sido muy estudiado y debatido en diferentes espacios y lo que busca es materializar derechos fundamentales de toda la comunidad, así como recuperar las capacidades perdidas de las entidades territoriales durante los últimos treinta años a través de leyes restrictivas. El proyecto de ley pretende formalizar los trabajadores del sector salud y también fortalecer la red pública hospitalaria que ha venido siendo cerrada y desmejorada por no ser rentable. Manifiesta que el texto actual de la reforma es consensuado después de un año de trabajo en mesas, foros y demás espacios que llevaron a una concertación.

	<p>Expresa la necesidad de que haya un control eficaz de los recursos y la territorialización del servicio, para que los pacientes puedan ser atendidos en el lugar más cercano. Así mismo, pone de presente la necesidad de que el sistema pase de ser competitivo a cooperativo teniendo como fundamento el principio de solidaridad que es base de un Estado Social de Derecho</p>	<p><i>Alcaldía de Bucaramanga</i></p>	<p>Expresa su preocupación en la transición porque afirma que no se ha expresado claramente, por lo que pide un ejercicio técnico con las autoridades locales donde se les explique cómo se hará la transición, de donde saldrá el dinero de los CAPS y cómo van a operar.</p>
<p>Ulahy Dan Beltrán López <i>Superintendente de la Salud</i></p>	<p>Expresa el compromiso de escucha de la ciudadanía para mejorar el sistema de salud y dignificar este derecho pues la salud no es un negocio. 112 mil quejas mensuales de reciben en la Superintendencia, de las cuales el 30% ameritan tratamiento especial porque constituyen un riesgo vital, lo que evidencia que en realidad no hay una protección real a los pacientes a pesar de que algunos pagan por esa protección, se evidencia la necesidad de revisar el sistema. Manifiesta que muchas de las observaciones realizadas en la audiencia, se realizaron con fundamento en el texto radicado el 13 de febrero de 2023 y no en el que se radicó en el Senado de la República, por lo que considera que se debe realizar pedagogía para que las personas se empoderen con la información y sepan en realidad cual es el texto de la reforma.</p>	<p>Genny Liliana Uribe Gómez <i>Secretaria de Salud de Floridablanca</i></p>	<p>Expresa la inquietud sobre cómo se hará la financiación del talento humano en salud de los CAPS.</p>
<p>Félix León Martínez <i>Director de la ADRES</i></p>	<p>No existe transparencia en cómo se manejan los recursos de la salud, es evidente que se debe recuperar este manejo para conocer en que se gasta el dinero y esto es una necesidad urgente y el gobierno mediante esta reforma tiene que recuperar la transparencia en el uso de los recursos.</p>	<p>Miguel Anderson Beltrán <i>Delegado Asesor Jurídico de la Alcaldía de Floridablanca</i></p>	<p>Agradece el apoyo del Ministro y su compromiso para sacar adelante el proyecto de la unidad básica de atención de La Cumbre, además celebra el anuncio del gobierno de que se va a realizar la apertura de diez puestos de salud más en el municipio de Floridablanca</p>
<p>Edwin Antonio Prada Ramírez <i>Secretario de Salud Departamental de Santander</i></p>	<p>Agradece al señor Ministro de Salud y expresa la comprensión de la idea de cómo se van a desarrollar los CAPS que anteriormente fue expresada por el Ministro de Salud Guillermo Alfonso y se propone en la reforma a la salud. Así mismo, hace la consulta al Ministro de salud de que va a pasar con la prestación de los servicios en la transición después de la aprobación de la reforma a la salud. Manifiesta la preocupación que hay sobre la deuda que existe de más de 300.000 millones de pesos, en su mayoría con la red pública hospitalaria, por lo que solicita el apoyo y acompañamiento del ministerio y la Superintendencia.</p>	<p>Andrés Javier Manosalva <i>Secretaria de Salud Distrito Especial de Barrancabermeja</i></p>	<p>Invita al Ministro a Barrancabermeja para que observe las problemáticas de este municipio y como la reforma puede ayudar a esta ciudadanía. En esa ciudad existe una deficiencia de especialidades, la red privada ha hecho unos esfuerzos importantes y han invertido en infraestructura, pero actualmente muchas EPS prefieren poner a las personas a viajar a Bucaramanga para que acudan a servicios de especialistas, además existen problemas con los recursos. La Alcaldía espera avanzar en la distritalización de las IPS para que no sigan tomando del pelo al gobierno. Expone que en el Distrito existe deficiencia de especialidades y falta de confianza en las redes públicas de salud y los Centros de Atención Primaria.</p>
<p>Claudia Mercedes Amaya Ayala <i>Delegada del Despacho de la</i></p>	<p>Es necesaria una reforma a la salud que mejore el sistema, pero los entes territoriales no tienen la capacidad técnica de responder al escenario de reforma a la salud, dado que no tienen sistemas de información que permitan articular las redes.</p>	<p>Juan Pablo Rueda <i>Presidente de la EPS Sanitas</i></p>	<p>Expone cifras anuales para poder realizar ajustes a la UPC y suplir deficiencias en el sistema. La reforma debe tener en cuenta las diferencias en los costos reales en la atención en salud de las personas que tienen enfermedades con mayor complejidad que las personas que no lo tienen y realizar los ajustes necesarios para evitar subfinanciar o refinanciar y que todos tengan la misma financiación. Se pronuncia sobre la transición y propone que durante este periodo se puedan mantener el mayor número de aseguradoras para garantizar la prestación de los servicios. Ve con optimismo la resolución que ajusta el valor de la UPC para el 2023, teniendo en cuenta las condiciones de salud de la población.</p>
		<p>Carmen Eugenia Dávila <i>Gestar Salud</i></p>	<p>Poco a poco en las discusiones que se han dado se ha evidenciado que las funciones que realizan las EPS son necesarias y es de gran importancia definir quien asumirá esas funciones, aun se evidencia que existen problemas</p>
<p>entre unos artículos y otros, y la necesidad de que la reforma mejore las condiciones de salud del usuario y que exista claridad de lo que se quiere. Recomienda revisar las funciones porque están contrapuestas entre una entidad y otra, lo que hacían las EPS lo van hacer entre cinco y seis actores nuevos lo que necesita una mejor articulación y pide poner atención a este tema, adicionalmente el sector privado es importante y debe ser tenido en cuenta e involucrarlo en las soluciones, las gestoras no tienen funciones claras en el texto y los CAPS deben centrarse en las funciones de prestación de servicios no en las administrativas como esta en el texto, revisar de donde saldrían los recursos porque es una reforma muy ambiciosa. Considera que hay aspectos de la reforma que se pueden mejorar y aclarar, porque el objetivo debe ser el usuario. Habla sobre las funciones y menciona que las mismas están contrapuestas lo que debe aclararse para no afectar los pacientes y sus familias. Los recursos son insuficientes para cubrir una reforma tan ambiciosa.</p>	<p>entre unos artículos y otros, y la necesidad de que la reforma mejore las condiciones de salud del usuario y que exista claridad de lo que se quiere. Recomienda revisar las funciones porque están contrapuestas entre una entidad y otra, lo que hacían las EPS lo van hacer entre cinco y seis actores nuevos lo que necesita una mejor articulación y pide poner atención a este tema, adicionalmente el sector privado es importante y debe ser tenido en cuenta e involucrarlo en las soluciones, las gestoras no tienen funciones claras en el texto y los CAPS deben centrarse en las funciones de prestación de servicios no en las administrativas como esta en el texto, revisar de donde saldrían los recursos porque es una reforma muy ambiciosa. Considera que hay aspectos de la reforma que se pueden mejorar y aclarar, porque el objetivo debe ser el usuario. Habla sobre las funciones y menciona que las mismas están contrapuestas lo que debe aclararse para no afectar los pacientes y sus familias. Los recursos son insuficientes para cubrir una reforma tan ambiciosa.</p>	<p>José Orlando Ramírez <i>Escuela de Derecho y Ciencias Políticas UIS</i></p>	<p>Las EPS no deberían impugnar una tutela cuando es evidente que existe un derecho fundamental sobre el cual un juez de la república ya ha tomado una decisión, la reforma a la salud debe incluir un aparte sobre este asunto. Solicita incluir en el proyecto de ley el tema de los cuidadores para evitar llegar a la acción de tutela para acceder a este servicio.</p>
<p>Ana María Vesga Gaviria <i>ACEMI</i></p>	<p>El sistema de salud no es un sistema infalible, es un sistema que necesita cambios, evidencia su preocupación en la fragmentación de los servicios a los usuarios, la capacidad real de la ADRES respecto a las funciones que le otorga la reforma, el riesgo financiero, como van a estar conformadas las redes, como van a funcionar los contratos y como se va a realizar la transición. La discusión en el debate debe partir de que hay un buen sistema de salud, las preocupaciones sobre la reforma son varias, una de ellas es las funciones y capacidades de la ADRES, también las excesivas funciones administrativas de los CAPS. La transición no es clara y eso es preocupante porque la idea no es retroceder en los avances alcanzados.</p>	<p>Fabio Arias Giraldo <i>Central Unitaria de Trabajadores - CUT</i></p>	<p>Los que defienden el <i>status quo</i> de las EPS nunca estarán satisfechos. La CUT reclama que se acabe el negocio de la salud que se estableció en la ley 100 y se establezca como un derecho fundamental, el pueblo colombiano necesita un sistema de salud digno. Expresa su apoyo total al gobierno para sacar adelante la reforma y su compromiso de defenderla en las calles. Expresa que la salud no debe ser un negocio, que el debate actual es pertinente y debe acabarse el paseo de la muerte, apoya y respalda el proyecto de reforma del Gobierno Nacional para que la salud sea un derecho fundamental.</p>
<p>Lina Vera <i>Decana de la Facultad de Salud UIS</i></p>	<p>Las universidades están comprometidas con el gobierno con el examen único para el ingreso a residencias que busca mejorar el talento humano en salud, además del cambio en el curriculum a los que estudian medicina y el aumento de cupo en pregrado y posgrado, pero evidencia la necesidad de lugares para que los estudiantes realicen sus prácticas y recursos. Se necesita una mayor integración entre ministerio de salud y educación para poder formar a los médicos de acuerdo con las necesidades de los colombianos. Se debe promover espacios para la formación de pregrado ya que actualmente esos espacios son reducidos ya que esta población estudiantil no es apetecida por las instituciones de salud.</p>	<p>Cristian Olid Mora Ortiz <i>Red Santandereana de Personas con Discapacidad</i></p>	<p>Cristian es un paciente con una enfermedad huérfana que expresa su preocupación por la ejecución de la reforma a la salud, realiza una invitación a que la reforma no se quede escrita en el papel, sino que se ejecute. Manifiesta la preocupación en la prestación de los servicios de salud para las personas con discapacidad y la presión que tienen los funcionarios de salud en el otorgamiento de servicios a riesgo de ser despedidos de sus puestos de trabajo</p>
		<p>Freddy Enrique Ardila Navarro <i>Veeduría Nacional por la Dignidad de los Pacientes y Trabajadores de la Salud</i></p>	<p>El periodo de transición de la reforma si no se maneja bien puede llevar a una crisis en el sistema de salud, por lo que pide al gobierno poner atención a este tema y claridad sobre como funcionaria la integración vertical. Expresa que las EPS no solo deben exigir sino también dar, así mismo, manifiesta que en esta coyuntura se ha descuidado al paciente por lo que las quejas han aumentado.</p>
		<p>Clementina Ramírez <i>Mesa Nacional de Cuidadores</i></p>	<p>Expresa el apoyo a la reforma y evidencia como las eps han afectado la salud de sus familiares y los colombianos debido a que no prestan el servicio como deberían, dado que se niegan los tratamientos, medicamentos y a el personal médico. Apoya la reforma a la salud ya que considera que las EPS ponen en riesgo la vida de los pacientes, manifiesta que las prestadoras dejan la salud de los pacientes en manos de los cuidadores sin ningún tipo de apoyo.</p>
		<p>Julio Pinzón</p>	<p>Apoyó la campaña del presidente Gustavo Petro. Los</p>

<p><i>Líder social</i></p>	<p>votantes de este gobierno votaron porque el Presidente elimine las intermediaciones en la salud, ese fue un mandato que el gobierno está cumpliendo y recomienda a los senadores también seguirlo. Propone que haya cárcel sin beneficios de excarcelación, ni reclusión en sitios especiales de los condenados por delitos de corrupción en materia de salud.</p>	<p>Victor Castillo <i>Hospital Internacional de Colombia</i></p>	<p>Evidencia la necesidad de la reforma para el país y como esta va a mejorar la atención a los ciudadanos y las condiciones laborales. Considera que es un defensor de la reforma y que hay que acelerar el proceso y llegar a consensos. La reforma trae cambios importantes que benefician los pacientes</p>
<p>Ernesto González <i>Colegio Colombiano de Odontólogos</i></p>	<p>La prevención en salud es necesaria como lo propone la reforma, por lo que expresa la voluntad del gremio de hacer parte de esta prevención dado que no han sido tenidos en cuenta en la reforma y solicitan sean tenidos en cuenta. Propone que sean tenidos en cuenta en la reforma a la salud, teniendo en cuenta que son actores fundamentales en el tema de prevención en salud y que actualmente se encuentran colegiados y agremiados.</p>	<p>Marlene Isabel Vélez de la Vega <i>CNB Colegio Nacional De Bacteriología</i></p>	<p>Considera que el proyecto debe ser universal en cuanto a la inclusión de todas las profesiones en salud, ya que actualmente la mayoría de estos actores corresponden a médicos y son 14 profesiones en salud.</p>
<p>Mary Flórez Moreno <i>CNB Colegio Nacional De Bacteriología</i></p>	<p>Si el sistema de salud colombiano no es de calidad porque cada cuatro minutos se presenta una tutela, esto evidencia una necesidad de cambio, actualmente la salud está en manos de privados y el Estado es el que debe asumir este sistema nuevamente para recuperarlo. Recomienda mejorar los salarios de los profesionales del sistema de salud porque son precarios. Cuestiona el sistema de salud actual y afirma que los pacientes si se mueren en Colombia por negligencia de los prestadores. En los territorios es difícil acceder a los servicios de salud y eso debe ser reformado.</p>	<p>Nancy Pedraz <i>Sanatorio de contratación</i></p>	<p>Propone desde el punto de vista de auditoría, que las EPS tengan en cuenta el pilar fundamental de la promoción y prevención de la enfermedad dado que actualmente no lo tiene y esto está generando que las personas avancen en enfermedades más graves, además de fortalecer las auditorías y veedurías</p>
<p>Sergio Prada Marín <i>Clinica Materno Infantil San Luis Bucaramanga</i></p>	<p>Expresa la necesidad de crear el subsidio a la oferta y fortalecer el sistema hospitalario dado que ellos son los que sufren por las deudas que tienen las EPS, se necesitan más controles y propone más mesas técnicas para fortalecer la reforma. Solicita se hagan mesas técnicas que estudien a profundidad la reforma para no cometer los errores del pasado.</p>	<p>Jael Johana Castro <i>Comité de Salud de Santander</i></p>	<p>Evidencia el apoyo a la reforma al sistema de salud, propone que el salario de los trabajos sea dado en términos de salarios mínimos, evidencia la necesidad de que se acabe con la flexibilización laboral y que las EPS pasen a ser gestoras de salud y vida</p>
<p>Alejandro Botero <i>ANDI – Cámara de Aseguramiento en Salud</i></p>	<p>Actualmente existe una crisis financiera en el sector de la salud por lo que se ha generado precarización laboral y falta de inversión en mejorar los centros hospitalarios y ampliación de cobertura, por lo que se necesita una reforma y solicita claridad de donde saldrán los recursos para implementarla y financiarla. En la actualidad hay mucha incertidumbre lo cual ha generado desconfianza y ha desacelerado la inversión de infraestructura en salud, lo que ha afectado a los pacientes.</p>	<p>Ruth Del Carmen Caicedo <i>Organización Sin fronteras</i></p>	<p>Las EPS están quitando cuidadores y enfermeras sin importarles la vida de los pacientes, esta situación no puede continuar así, se necesita un cambio con respecto a este asunto. La salud preventiva es la que va a llevar a que exista menos discapacidad. Solicita un censo para identificar la población con discapacidad en el país y desde allí implementar los cambios que se proyectan en la reforma, finalmente pide más auditoría a los recursos por los entes de control. Expresa que las EPS han retirado los servicios de los cuidadores de personas con discapacidad que desde hace 10 años los tenían, que se debe garantizar los derechos fundamentales de esta población y que la superintendencia debe hacer más seguimiento de estas situaciones.</p>
<p>Marta Dallos <i>Asociación Psiquiátrica Colombiana</i></p>	<p>preocupantes como lo es el talento humano. Ratifica el apoyo para la reforma a la salud y especialmente la atención primaria en salud mental, la promoción, prevención y atención.</p>	<p>Freddy Enrique Ardiña Navarro <i>Veeduría Nacional por la Dignidad de los Pacientes y Trabajadores de la Salud</i></p>	<p>Solicita reunión de veedores en Bogotá para consolidar línea de ruta con respecto a la auditoría que propone la reforma y solicita por parte del gobierno atención con respecto a los mataderos.</p>
<p>Raúl Hernández <i>Secretario General CUT</i></p>	<p>Presenta su apoyo a la reforma a la salud, según su argumento por la decadencia del sistema como consecuencia de la ley 100 de 1993, que ha vulnerado los derechos fundamentales a la salud y dignidad humana. Hace un llamado al Senado de la República para que abanderen el proyecto y sea aprobado, también para el mejoramiento de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud.</p>	<p>Ana Moya Romero <i>Fundación SENOSama</i></p>	<p>Está de acuerdo en que tiene que haber una reforma al sistema, pero considera que no se debe dejar a un lado los avances que ha tenido el sistema actual de salud. Considera que se pueden llegar a consensos pero que hay aspectos que deben articularse porque hay aspectos muy</p>
<p>Sandra Consuelo Penagos <i>Asociación Colombiana de Salud Pública</i></p>	<p>Propone fortalecer la red pública junto con los prestadores privados para reducir las brechas de inequidad y favorecer así los territorios más alejados y propone la formalización laboral de los trabajadores del sector.</p>	<p>Aponte <i>Convatec</i></p>	<p>también avances que han beneficiado a los pacientes. Argumenta que, si bien un porcentaje de la población ha sido afortunada recibiendo los servicios, otro porcentaje ha tenido acceso pero valiéndose de acciones de tutela y quejas. Resalta que en medio de los acuerdos que se han logrado, algunos artículos han tenido avances positivos, pero que otros deben ser ampliamente discutidos en los debates que vienen.</p>
<p>Camilo Pizarro <i>Asociación Colombiana de Sociedades Científicas</i></p>	<p>Expresa que el texto actual de la reforma no toma en serio los médicos especialistas ya que su base fundamental es la atención primaria en salud y quedaron excluidos del Consejo Nacional de Salud. También manifiesta que debe haber un régimen especial para los trabajadores en salud.</p>	<p>Jacqueline Martínez <i>Presidenta Junta Acción Comunal casco antiguo de Floridablanca</i></p>	<p>Denuncia una problemática que hay en el municipio de Floridablanca sobre una lavandería de prendas hospitalarias contaminadas de hepatitis B, tifoidea y otras industrias que contaminan el sector y perjudican la población, ya que la población muere de cáncer de pulmón.</p>
<p>Marcela Acevedo Rueda <i>Presidenta Colegio Médico de Santander</i></p>	<p>Manifiesta que el proyecto de reforma ha tenido importantes avances, gracias a los consensos a los que se han llegado durante el trámite, pero considera que siguen existiendo puntos preocupantes como lo es la fragmentación entre la atención primaria y los niveles de atención de alta complejidad, por lo que es incierto ante quien deba presentarse una acción de tutela en el paso de un nivel al otro</p>	<p>Leidy García <i>Grupo Alianza al Usuario del Hospital San Camilo</i></p>	<p>Expresa las condiciones precarias del Hospital, baños tapados y habitaciones en deterioro, también da a conocer los malos tratos recibidos por parte de los profesionales de la salud y sin que se tomen medidas al respecto.</p>
<p>Clara Inés Orduz <i>Sindicato de Trabajadores de Santander</i></p>	<p>Manifiesta que el aspecto laboral de los médicos generales es inequitativo ya que no les tienen en cuenta la experiencia y les pagan igual que a un médico recién egresado, solicita que se estudie esta situación y que puedan tener mejores condiciones.</p>	<p>Harvey Espinosa</p>	<p>Propone que haya integración de las ARL y el SOAT dentro de la reforma a la salud.</p>
<p>Carlos Fernando Dagher Guarín <i>Sociedad Integral de Especialistas de Salud</i></p>	<p>Propone unificar los programas especializados de atención porque en el texto de reforma esa función está en los CAPS, mediana y alta complejidad lo que puede ser inconveniente para el paciente.</p>	<p>Luis Alberto Martínez <i>Viceministro de Protección Social</i></p>	<p>Los diferentes grupos de interés han visto la transformación del texto a lo largo del trámite del proyecto de ley que actualmente está más consensuado y que plantea como se va a territorializar el cuidado de las personas, lo que actualmente no existe, esta reforma trasciende a que las necesidades de las personas este en el centro, y se genere una articulación en todo el sistema que garantice la prestación del servicio.</p>
<p>William Hernández Salazar <i>Confederación Nacional Comunal</i></p>	<p>Expresa el apoyo de la Confederación al proyecto de reforma a la salud porque garantiza el derecho fundamental a la salud. Manifiesta que el sistema actual no cumple con los mandatos constitucionales por lo que la reforma es necesaria</p>	<p>Ulaly Dan Beltrán López <i>Superintendente de Salud</i></p>	<p>El presidente Gustavo Petro está abierto al diálogo para construir un mejor país. La Superintendencia asume sus responsabilidades y lo que algunos asistentes refirieron, pero hace un llamado a realizar los aportes con base en el último texto pues algunas intervenciones se basaron en el primer texto radicado que se ha transformado, por eso solicita mayor capacitación con respecto a la reforma y la Superintendencia se compromete a contribuir a esta capacitación gratuita a la ciudadanía.</p>
<p>Juan Carlos Monroy</p>	<p>Reconoce que el sistema actual tiene falencias, pero</p>	<p>Fabian Diaz <i>Honorable Senador</i></p>	<p>El presidente expreso su compromiso de que no se va a liquidar ningún hospital público, por eso la Superintendencia los esta recuperando a pesar de estar intervenidos, además esta entidad no es enemiga de las eps sino de los infractores y solo busca proteger los recursos públicos, por esta razón ha puesto más de 500 infracciones. Hace el cierre de la audiencia y agradece a los asistentes.</p>

Anexo 5. RELATORÍA DE AUDIENCIA DE SANTA MARTA

SANTA MARTA	
FECHA	26 de enero de 2024
LUGAR	Universidad del Magdalena.
CONGRESISTAS PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> - H.S. Martha Peralta Epieyu - H.S Wilson Arias - H.R. Olga Lucia Velásquez - Secretario de la Comisión Séptima: Praxere Ospino
DELEGADOS DEL GOBIERNO	<ul style="list-style-type: none"> - Luis Alberto Martínez Saldarriaga (Viceministro de Protección Social) - Jaime Hernán Urrego (Viceministro de Salud Pública) - Libia Forero (Directora de Prestación de Servicios y Atención Primaria) - Félix Martínez (Director de la ADRES) - Ulahy Beltrán (Superintendente Nacional de Salud)
LINK	https://www.youtube.com/watch?v=PqWNRKs2I04
PARTICIPACIONES	
ORGANIZACIÓN	ARGUMENTACIÓN EXPUESTA
Pablo Vera Salazar <i>Rector Universidad del Magdalena</i>	Da la bienvenida a la audiencia y agradece a los asistentes, comenta que la Universidad del Magdalena es de las pocas universidades en la costa que cuenta con oferta en carreras en salud, pero presentan problemas para ofertar cupos, este es un problema que no solo se presenta en esta entidad educativa sino en otras, por lo que no sirve mejorar el sistema sino se fortalece la oferta educativa para los profesionales del sistema de salud. Como universidad consideran que el sistema debe transformarse para garantizar este derecho fundamental, mejorar las condiciones de los profesionales y programas de educación para la formación de los profesionales en salud.
Martha Isabel Peralta Epieyu <i>Honorable Senadora Presidenta Comisión VII del Senado</i>	Contextualiza a los asistentes sobre el origen y objetivo de la Audiencia Pública llevada a cabo. Manifiesta la importancia del contenido de la reforma y el interés que existe en que se construya el mejor sistema de salud que buscan los colombianos, lejos de padecer negligencias y llevar este sistema a ser uno de los mejores formados en el país de mano con todos los involucrados. De igual manera, manifiesta como los recursos no se ven reflejados en la atención a los ciudadanos y la cantidad de quejas que existen en el sistema porque las EPS no brinda atención oportuna y de calidad a los usuarios. Expone que actualmente la superintendencia recibe más de 1.4 millones de quejas a nivel nacional por falta en la prestación de algún servicio de salud, mientras que en el

	departamento de la Magdalena se presentan más de 20.000 quejas y cada año aumentan, lo que evidencia que se deben tomar acciones para mejorar el sistema. Así mismo, expresa la necesidad de fortalecer a los hospitales públicos y la auditoría porque actualmente las EPS se auditan a ellas mismas y deben grandes cantidades de dinero a los hospitales generando problemas en la atención de salud.
Wilson Arias <i>Honorable Senador Coordinador Ponente</i>	Saluda a los asistentes y enfatiza en las cifras que la Senadora Marta Peralta expuso sobre las deudas de las EPS a los hospitales, lo que evidencia un preocupante panorama, teniendo en cuenta que incluso esas cifras podrían ser más altas y preocupantes, por lo que se necesita tomar acciones. Propone observar y evidenciar quienes financian las campañas de los senadores, porque algunos son financiados por las mismas EPS por lo que tienen sus decisiones comprometidas
Olga Lucia Velásquez <i>Honorable Representante</i>	Se dirige a los asistentes con la intención de enfatizar y dar a entender qué necesita cada territorio en materia de formación del talento y establecer cuáles son las necesidades, las intenciones de la reforma y así mismo determinar cómo se va a financiar. El proyecto de ley contiene el fortalecimiento del talento humano y los incentivos en el artículo 103, en el artículo 104 y capítulo 9 trae todo lo relacionado a la política de educación y formación del personal de salud. Entre los puntos más importantes está el examen nacional habilitante para ingresar a estas especializaciones, además menciona siete puntos importantes a destacar que incluye la reforma: <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecimiento de la red pública hospitalaria: Esto no significa estatizar el sistema de salud, el 82% de la red de servicios de salud es privada, lo que implica que no es posible estatizar, lo que se va a realizar es cambiar el modelo de atención. 2. Modelo de salud desfinanciado: El sistema se financia con cuatro fuentes: cotizaciones, presupuesto general de la nación, sistema general de participaciones y recursos de los entes territoriales. Estas fuentes no van a cambiar y se harán esfuerzos para aumentar las cotizaciones, lo que implica aumentar el empleo. 3. Funciones gestoras de salud y vida: Las EPS no se acaban sino se transforman en gestoras de salud y vida y en el artículo 49 se establecen sus funciones.

	entre las funciones se destaca que se puedan auditar para eliminar el velo corporativo. <ol style="list-style-type: none"> 4. Giro directo: En el artículo 70 se establece el giro directo del 85% a las IPS y no a las EPS, lo que no implica corrupción como han afirmado algunos. 5. Régimen laboral: El capítulo décimo establece la posibilidad de generar formalización. 6. Gatos administrativos de las gestoras de salud y vida: En el capítulo 53 se establece el 5% de gastos administrativos y 3% por indicadores de salud que se les girará a las EPS 7. Modelo de atención: Fortalecer la atención primaria con un enfoque preventivo que genere beneficios económicos a largo plazo
Rosmari Ocampo <i>Agente Comunitaria de Salud</i>	Expresa su preocupación por no tener las herramientas primordiales de atención a los usuarios, así como falta de infraestructura y equipos para atender la mayoría de usuarios. Como líder comunitaria apoya los centros de urgencias primarios como una herramienta para evitar que las personas lleguen a los hospitales, por ello evidencia que muchos centros de salud en los territorios están abandonados y esta atención primaria, de ahí que sea necesario la creación de estos CAPS.
Alfonso Herrera Elías	Manifiesta el inconformismo de quienes expresan rechazo contra la reforma a la salud y como las EPS son negocios fraudulentos que juegan con la salud de los colombianos. Manifiesta el apoyo total a la reforma a la salud. La salud en Colombia es un negocio que beneficia a las EPS pero genera problemas de salud en los colombianos, pide claridad en la información porque la reforma está siendo atacada con mucha desinformación que los colombianos creen. Destaca su apoyo a la reforma.
Alix Mercedes Cogollos <i>Presidenta de la Junta de Acción Comunal del barrio Juan 23</i>	Expone como la reforma a la salud es una ayuda para todos los ciudadanos en cuanto a las mejoras que puede hacer. Sin embargo, manifiesta las falencias en el componente médico. La reforma es una oportunidad para beneficiar a los más desfavorecidos, en los hospitales existe deshumanización porque si no se tienen los papeles en regla no se recibe atención y la comunidad se ve afectada, por eso pide apoyo a la reforma y que se evidencien las necesidades del pueblo.
Dennis María Villanueva <i>Gestora comunitaria</i>	Deja de presente el inconformismo por la falta de puestos de salud y falta de implementos para poder atender las necesidades médicas y de salud que la comunidad requiere.

	Manifiesta también, que a pesar de estas carencias se ha podido ayudar a la comunidad en materia de servicios de salud. Gestora comunitaria que evidencia que muchos centros de salud no atienden a la comunidad como esta lo requiere y genera mayores problemas de salud.
Ana Beatriz Matos <i>Agente comunitaria</i>	Opina sobre el inconformismo generalizado por no tener los implementos adecuados en la ciudad de Santa Marta a pesar de ser un sitio turístico y tener la posibilidad de dar una mejor atención a nivel de salud pública. Hace énfasis en como la humanización se está perdiendo en el sector de la salud en el país. Pide claridad de como sería su papel con la reforma y su mediación con la comunidad y los entes territoriales. Expone como en Taganga existe una salud precaria, donde no cuentan ni con una ambulancia marítima.
Jenny Andrea Guarín <i>Estudiante, representante de la Universidad del Magdalena</i>	Plantea su duda de cómo se planea solucionar las cargas psicológicas en pacientes y personas encargadas de cuidar dichos pacientes.
Liz Vargas <i>Usaria de sistema de salud</i>	Expresa el conflicto que conlleva no tener una atención inmediata si no es una situación de vida o muerte. Pregunta sobre cómo la reforma contempla el abordaje de la salud mental.
Harold Estrada <i>Junta de Acción Comunal vereda San Isidro de la Sierra</i>	Enfatiza hacer el uso y adecuamiento de dicha estructura. En su intervención quiere evidencia que desde hace 20 años en la vereda la sierra se construyó un centro de salud que en su época costo mucho dinero pero que actualmente se encuentra abandonado y nunca se presentó atención primaria.
Lídice Álvarez Miño <i>Docente Universidad Magdalena</i>	Se hace necesaria una reforma porque el modelo de la ley 100 está en crisis, dado que es un modelo mercantilista, por lo que esta nueva reforma propone cambios interesantes como la atención primaria que permite una atención más integral, el fortalecimiento del talento humano para mejorar las condiciones laborales, entre otras. Entonces como estar en contra de una reforma a la salud que garantiza una atención digna
Karen Rondón Pallares <i>Docente Universidad Magdalena</i>	Expresa el apoyo que la comunidad ha recibido de la Universidad y enfatiza que no es solamente egresar, sino estar en constante aprendizaje y mejorar el nivel de atención en todas las instancias del sistema de salud. Pide que en el articulado de la reforma quede claro que la responsabilidad en los procesos de recertificación para identificar las competencias en la formación del talento humano sea de las universidades.

Sergio Aragón <i>Gerente del Hospital Fray Luis de León de Plato</i>	Expresa su apoyo a la reforma de salud por lo que esta representa en cuanto a cambios favorables para mejorar las condiciones de vida y salud de los colombianos. Existe una deuda que supera los 70.000 millones a los hospitales y nadie responde por estas deudas, lo que genera que los hospitales entren en quiebra, por lo que se necesitan acciones para mejorar esta situación.
Enrique Jiménez Blanco <i>Presidente del Sindicato de Trabajadores y Empleados de la Salud y Seguridad Social de Magdalena SINTRASMAG</i>	Manifiesta la importancia de apoyar el sistema que se plantea con la reforma para recuperar la dignidad humana en el servicio de salud. Expresa que el saneamiento hoy contratado es una falla en el sistema y no está presente en los Municipios y Departamentos más alejados. Esta reforma busca recuperar la dignidad humana en el sistema de salud, porque actualmente no existe la asistencia adecuada y sugiere que el modelo para elegir a los gerentes debe cambiar.
Nidia Castañeda <i>Pdta. Sindes Magdalena</i>	Manifiesta su inconformismo el no cumplimiento del sistema de salud con los requerimientos médicos que la comunidad necesita. Además, muestra su apoyo a la reforma de salud como perteneciente al grupo de trabajadores de salud. Los Centros de Salud no tienen capacidad resolutive, las EPS niegan la atención especialmente cuando es costosa, y esto es consecuencia de la actual ley, por eso los trabajadores apoyan la reforma porque ellos son las principales víctimas, porque aunque están en condiciones precarias, continúan brindando atención a los pacientes.
Camilo David Hoyos <i>Profesor</i>	Expresa su preocupación por cómo no se garantiza la esencia fundamental de los derechos humanos. Dice que esta reforma debe ser tramitada como reforma estatutaria y no como ordinaria, se esta regresando a la politización de la salud y es una reforma retrograda.
Linda Luz Cabarcas <i>Diputada del Magdalena</i>	Manifiesta que la reforma se queda corta en cuanto a reformar el sistema de salud. Defiende que no se puede efectuar dicho cambio si los usuarios no tienen las condiciones mínimas para poder garantizar su derecho a la salud.
Mauro Pacheco <i>Sindicato de Trabajadores de Salud del Magdalena</i>	Hace énfasis en la problemática laboral de los trabajadores de la salud y como un porcentaje muy pequeño se encuentran en planta, con contratos muy cortos y precarios. Hace referencia a que en la reforma a la salud se incluyen los determinantes sociales en salud, pero considera que la reforma se queda corta en este asunto porque este es el pilar fundamental, por lo que pide se profundice en estos pilares, y hace referencia a fortalecer la garantía del agua que es una necesidad en el departamento.
Luis Galindo <i>Director IPS Subsanar</i>	Expone su duda de cuáles son las funciones de las IPS de atención domiciliaria según la reforma a la salud.

	huérfanas porque considera que el articulado no es tenido en cuenta.
Juan Carlos Giraldo <i>Asociación de Hospitales y Clínicas de Colombia</i>	Solicita una buena consigna de cobertura eficaz en materia de salud para todas las comunidades. Expresa que se deben mejorar los sistemas tarifarios. En el articulado de la reforma se presentan los siguientes aspectos positivos: <ul style="list-style-type: none"> - Continúan las redes, - Se mantiene la prestación público - privada, - Hay subsidio a la oferta, - Las EPS continúan como gestoras, - Se presenta flujo de recursos, - ADRES como pagador unido, - Sistema de información y UPC suficiente, Pero se debe mejorar: <ul style="list-style-type: none"> - En los acuerdos de voluntades, - En que exista un sistema tarifario con un piso, - El pago de las acreencias de las EPS para lo público y lo privado, - En la verificación de la implementación de los CAPS, - Revisar funciones de los diferentes actores.
Sandra Milena Yaruro <i>Lider Social</i>	Muestra su apoyo a la reforma con base en comentarios anteriormente realizados por otros participantes, haciendo énfasis en las carencias del sistema de salud. Expresa el apoyo de los comunales a la reforma y al gobierno y evidencia con casos y cifras la necesidad de la reforma
Vicepresidente de Salud de la Andi	Pide asignar recursos suficientes para financiar el sistema de salud porque sin estos la implementación no será posible
Leonor Consuelo Gómez <i>Empresaria de Turismo</i>	Comenta que el sistema de salud puede mejorar, pero que el actual ha sido el mejor que el país ha tenido. Se mencionan quejas a las EPS pero el porcentaje es muy pequeño y se debe legislar para la mayoría, además la atención primaria si existe. El turismo en salud es muy importante, entonces porque la gente que vive en el exterior del país cotiza en Colombia, es bueno reflexionar sobre esto y consulta como la reforma no va a politizar la salud.
Luis Restrepo <i>Docente</i>	Pone de presente que hay problemas de corrupción y esto conlleva a problemas de calidad y dificultades para los órganos de vigilancia y control. Actualmente existen problemas de calidad, clientelismo y politización, han fracasado los entes de control, aquí esta el mayor problema no en las EPS. Propone reformar la superintendencia
Natali Villamizar	Expone que con la reforma se debe mejorar la calidad de

<i>Salud</i>	
Hugo Ramiro Bedoya <i>Inversiones Clínicas del Meta S.A</i>	Manifiesta que la reforma es una realidad y muestra su apoyo como. Expone sugerencias a la mesa en cuanto al tema de giro directo y al régimen subsidiado y contributivo.
Carmen Eugenia Dávila <i>Gestarsalud</i>	Plantea que la reforma debe enfocarse en resolver los problemas que existen hoy para el usuario, como por ejemplo, la tardanza en la entrega de medicamentos, consultas con especialistas, déficit de implementos y material médico en los centros de atención a los usuarios. La reforma debe enfocarse en resolver los problemas que presentan los usuarios, es decir centrarse en temas de consultas de especialistas y entrega de medicamentos, hacia allá deben ir las soluciones y actualmente en la reforma no son claras las soluciones con respecto a estos temas. Además, se contraponen las funciones de las diferentes entidades, por lo que sugiere revisar esto en el articulado.
Ana María Vesga <i>Presidenta de ACEMI</i>	Plantea que los sistemas no son perfectos y manifiesta que la mayoría de quejas que son enviadas a las EPS, son enviadas por causales externas, como la falta de recursos primarios en las comunidades y no necesariamente por negligencia de la EPS. Enfatiza que se debe mejorar en todos los ámbitos sociales para poder trabajar juntos y lograr un mejor sistema de salud. Muchas de las causas de las quejas que se presentan no tienen que ver con las EPS sino con los determinantes sociales y falta de especialistas, pide dialogo para generar un mejor sistema.
Patricia Vélez <i>Pdte. de la Sociedad Colombiana de Anestesiología</i>	Agradece la invitación y manifiesta que debe haber seguimiento a la reforma. Expresa que no debe haber intermediación financiera y acompaña la importancia del trabajo intersectorial para impactar de forma positiva en los determinantes sociales. No exista intermediación financiera y se fortalezca la atención primaria en salud son puntos que apoyan, además solicita un análisis técnico y detallado de los costos de la propuesta, definición de funciones diferenciadas a los actores de salud, revisar si los cambios que se proponen se pueden realizar con la implementación de otras normas y no necesariamente con la reforma a la salud.
Néstor Gómez Chacón	Menciona la autonomía profesional y recuperación de la administración pública de los dineros públicos como componentes importantes de la reforma.
Carlos Arturo Carbayo <i>Líder Social</i>	Expresa su inconformismo por el abandono que existe en muchos territorios en materia de salud. Solicita que se tenga en cuenta a las enfermedades

<i>Representante de personas con discapacidad Mesa Nacional del Cuidado</i>	vida de las personas discapacitadas y la de sus cuidadores, debido a que actualmente es difícil acceder a sus tratamientos y sus cuidadores sufren desgastes psicológicos. Pide que en la reforma se tenga en cuenta a las personas con discapacidad y los cuidadores.
Over Castro <i>Pdte. Acción comunal</i>	Plantea una inquietud sobre cómo se beneficiaran las personas con discapacidad en la nueva reforma a la salud, sabiendo que muchas personas con estas condiciones, viven en sitios muy alejados y de difícil acceso.
Luis Alberto Martínez <i>Viceministro de Protección Social</i>	Expone que existen cuatro fallas estructurales que presenta actualmente el sistema de salud y por lo cual se evidencia la necesidad de una reforma: <ol style="list-style-type: none"> 1. El sistema de salud se basa en una segmentación de la población según su capacidad de pago, por lo que existen algunos que están en el régimen contributivo y otros en el subsidiado. Este sistema no garantiza un acceso universal por lo que se viola este derecho fundamental a la salud. 2. Sistema que se enfoca en la curación, lo que implica que espera que la población se enferme para empezar a brindarle tratamiento. 3. Sistema proclive a la corrupción porque los recursos se entregan al mercado (EPS) y no se tiene control y vigilancia de esos recursos. 4. Fragmentación de los servicios, actualmente compiten los hospitales públicos con mixtos, lo que impone barreras de acceso. Estas fallas no se pueden solucionar vía decreto, se necesita una reforma que ordene la inversión en el recurso, que se presente una territorialización en la prestación de los servicios de salud y que se realice un cambio de la competencia a la colaboración que mejore la atención en salud.
Jaime Hernán Urrego <i>Viceministro de Salud Pública</i>	Manifiesta que se debe hablar sin prejuicios y sin la necesidad de poner a la comunidad en medio de un debate polarizado. Afirma que esta reforma es la más discutida y modificada. Asegura que la reforma busca recuperar la confianza en el sistema de salud y las personas que prestan dicho servicio. Asegura la necesidad de que el país se vuelva a la atención primaria y que se pueda llegar al último rincón de ciudades y municipios. Existe una narrativa de crisis para no dejar prosperar el debate con respecto a la reforma a la salud, lo que no es saludable para la sociedad colombiana, el gobierno no pretende acabar el sistema de salud sino por el contrario mejorarlo.

<p>El gobierno está dispuesto a simplificar el proyecto de ley y que aquello que se pueda modificar por decreto eliminarlo. La reforma pretende recuperar la confianza en todo el sistema y los actores, eliminar las barreras de acceso, mejorar la gestión de los recursos pues no es cierto que el sistema esta desfinanciado, se pretende que los recursos lleguen directamente a quien lo necesita.</p> <p>Afirma que el control tiene dos componentes, los cuáles son correctivo y persuasivo. Manifiesta que el sistema cada vez está en una condición de incumplimiento. Ratifica que se ha invertido erróneamente los recursos en el sistema de salud y que esto debe cambiar para poder aportar valor y armonía al sistema de salud. Actualmente existe 18 billones de pesos de deuda de las EPS activas y 7.1 billones de pesos de deuda de las que están liquidadas o en proceso de liquidación, esto genera una deuda de más de 25 billones de pesos, estas deudas son consecuencia de la falta de control. Se habla de una insuficiencia de la UPC a partir del gobierno actual, pero este es un problema que viene desde el 2014 y este gobierno está intentando solucionarlo. La reforma pretende fortalecer el sistema de vigilancia y control para mejorar la auditoria de los recursos, dado que las herramientas que tiene la superintendencia son débiles, por tal razón mediante el proyecto de ley se piden ciertas facultades para poder mejorar y dar soluciones a las quejas que las personas realizan hoy en día. Este gobierno ha buscado fortalecer los hospitales públicos, no liquidarlos a pesar de los problemas económicos que muchos presentan actualmente. Los recursos públicos son sujetos del control fiscal, este gobierno trabaja en eso y en mostrar que las obligaciones de las entidades son para cumplirlas. El componente de intermediación no le agrega valor al proceso sino costos, por eso el proyecto pretende que los recursos que va a girar el gobierno se controlen y lleguen a los que más lo necesitan.</p> <p>Afirma que uno de los elementos fundamentales de la reforma es buscar equidad, hacer un sistema más justo y equitativo para todos los colombianos. Ejemplifica con la dificultad que tienen los habitantes del Chocó para acceder a un medio de transporte para poder ir a citas médicas. Asegura que un sistema de salud no puede funcionar con discriminación y fragmentación social ni dependiendo de la capacidad económica de los usuarios debido a que es un derecho fundamental.</p> <p><i>Ulahy Beltrán López Superintendente Nacional de salud</i></p> <p><i>Félix León Martínez Director de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES</i></p>	<p>Las clases altas están contentas con su salud prepagada, pero aquellos que no la tienen y viven en lugares apartados están sufriendo grandes problemas para acceder al sistema de salud, por esta razón la reforma pretende garantizar más equidad en el acceso y no estandarizar la salud, porque se necesita que el estado regule y que un derecho fundamental no este sujeto solo a un negocio, eso se llama regular y no estandarizar. Respecto a la atención primaria lo importante es cuidar la salud de las personas y evitar que se enfermen, no solo brindarle la salud cuando se enferma, eso se evidencia actualmente en estudios del Banco Interamericano de Desarrollo -BID, pero este aspecto se ha descuidado en Colombia y con la reforma se pretende fortalecer sin descuidar la atención especializada. Entre marzo y febrero los hospitales tendrán un buen flujo de recursos para suplir aspectos en los que se encuentran atrasados y no tenían recursos.</p> <p>Anuncia que si existe la necesidad de realizar mesas técnicas se harán con el objetivo de crear una ley que solucione las falencias del sistema, además agradece a los asistentes y participantes en la audiencia.</p> <p><i>Martha Peralta Honorable Senadora</i></p>																				
<p>Anexo 6. RELATORÍA DE AUDIENCIA DE RIOHACHA</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RIOHACHA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FECHA</td> <td>27 de enero de 2024</td> </tr> <tr> <td>LUGAR</td> <td>Cancha Polifuncional de la Universidad de La Guajira</td> </tr> <tr> <td>CONGRESISTAS PARTICIPANTES</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - H.S. Martha Peralta Epieyu - H.S Wilson Arias - Secretario de la Comisión Séptima: Praxere Ospino </td> </tr> <tr> <td>DELEGADOS DEL GOBIERNO</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Luis Alberto Martínez Saldarriaga (Viceministro de Protección Social) - Jaime Hernán Urrego (Viceministro de Salud Pública) - Libia Forero (Directora de Prestación de Servicios y Atención Primaria) - Ulahy Beltrán (Superintendente Nacional de Salud) - Fernando Henao (Director de Asuntos Legislativos del Ministerio del Interior) </td> </tr> <tr> <td>LINK</td> <td>https://www.youtube.com/watch?v=JxFn78kKlGg</td> </tr> <tr> <th colspan="2">PARTICIPACIONES</th> </tr> <tr> <th>ORGANIZACIÓN</th> <th>ARGUMENTACIÓN EXPUESTA</th> </tr> <tr> <td>Martha Peralta Honorable Senadora Presidenta de la Comisión VII del Senado</td> <td> <p>Hace un contexto de la población en el departamento de la Guajira para decir que en gran medida puede el sistema basarse en una salud preventiva. Además, hace la claridad que el servicio en el actual sistema lo prestan las IPS y no las EPS, y explica lo que significa el giro directo y es que el dinero que es público sea girado a los prestadores de salud y no a las EPS que fungen como intermediarios y pasa a explicar el nuevo papel que tendrían las EPS con la reforma gestoras de salud y vida.</p> <p>En el departamento de la Guajira se recibieron en el año 2023 alrededor de 16.000 quejas muchas de ellas de grave riesgo. Da tranquilidad que las EPS no desaparecerán sino se transformaran y se les garantizará el pago de los servicios operativos que presten.</p> <p>Hace una claridad frente a la consulta previa y es que ya se están haciendo los trámites correspondientes para acordar con los pueblos indígenas como sería el tránsito del sistema propio de estas comunidades.</p> <p>Ahora como presidenta de la comisión Séptima del Senado dará todas las garantías para que en esta audiencia se escuchen tanto a las personas que son afines y contradictoria de la reforma.</p> </td> </tr> <tr> <td>Wilson Arias Honorable Senador Coordinador Ponente</td> <td> <p>Invita a las comunidades a participar activamente de la audiencia, pero también invita a que los argumentos que se presenten sean transparentes y sinceros con los intereses que se defienden en el fondo.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	RIOHACHA		FECHA	27 de enero de 2024	LUGAR	Cancha Polifuncional de la Universidad de La Guajira	CONGRESISTAS PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> - H.S. Martha Peralta Epieyu - H.S Wilson Arias - Secretario de la Comisión Séptima: Praxere Ospino 	DELEGADOS DEL GOBIERNO	<ul style="list-style-type: none"> - Luis Alberto Martínez Saldarriaga (Viceministro de Protección Social) - Jaime Hernán Urrego (Viceministro de Salud Pública) - Libia Forero (Directora de Prestación de Servicios y Atención Primaria) - Ulahy Beltrán (Superintendente Nacional de Salud) - Fernando Henao (Director de Asuntos Legislativos del Ministerio del Interior) 	LINK	https://www.youtube.com/watch?v=JxFn78kKlGg	PARTICIPACIONES		ORGANIZACIÓN	ARGUMENTACIÓN EXPUESTA	Martha Peralta Honorable Senadora Presidenta de la Comisión VII del Senado	<p>Hace un contexto de la población en el departamento de la Guajira para decir que en gran medida puede el sistema basarse en una salud preventiva. Además, hace la claridad que el servicio en el actual sistema lo prestan las IPS y no las EPS, y explica lo que significa el giro directo y es que el dinero que es público sea girado a los prestadores de salud y no a las EPS que fungen como intermediarios y pasa a explicar el nuevo papel que tendrían las EPS con la reforma gestoras de salud y vida.</p> <p>En el departamento de la Guajira se recibieron en el año 2023 alrededor de 16.000 quejas muchas de ellas de grave riesgo. Da tranquilidad que las EPS no desaparecerán sino se transformaran y se les garantizará el pago de los servicios operativos que presten.</p> <p>Hace una claridad frente a la consulta previa y es que ya se están haciendo los trámites correspondientes para acordar con los pueblos indígenas como sería el tránsito del sistema propio de estas comunidades.</p> <p>Ahora como presidenta de la comisión Séptima del Senado dará todas las garantías para que en esta audiencia se escuchen tanto a las personas que son afines y contradictoria de la reforma.</p>	Wilson Arias Honorable Senador Coordinador Ponente	<p>Invita a las comunidades a participar activamente de la audiencia, pero también invita a que los argumentos que se presenten sean transparentes y sinceros con los intereses que se defienden en el fondo.</p>	<p>Y en este sentido controvierte dos argumentos que ha escuchado en el marco de las audiencias es mentira que existe un problema de financiación y él lo puede explicar porque como Senador estuvo en la discusión del presupuesto y sabe que se aprobó a diferencia del Gobierno anterior 41.8 billones en el 2022 a 61.4 billones en el 2024 más de 20 billones mas para inversión en salud; el problema no es la inyección de recursos dado que la totalidad con las cotizaciones y lo que dan los departamentos y municipios dan es de 84 billones el problema para él es la intermediación donde se va una cantidad importante de ese presupuesto y termina por afectar la prestación del servicio.</p> <p>Agrádesse a la HS Martha Peralta por la disposición de escuchar y ayudar a las diferentes problemáticas del distrito de Riohacha dentro de las cuales se encuentra la infraestructura escasa y por ello la atención de alta y mediana complejidad debe transferirse a otros departamentos y la atención primaria en casa para las familias no existe, por eso apoya esa parte de la reforma manifestando que lo más importante es la prevención y atención primaria de las enfermedades. Y está en plena disposición de coordinar con el Gobierno en la implementación y espera el apoyo para la construcción del Hospital de Riohacha.</p> <p>Ha venido desde su tierra para traer un mensaje de fraternidad y de construir y pensar en la comunidad. Celebra que se habrán estos espacios dado que el sistema actual se construyó a espaldas sobre todo de la comunidad Wayuu y por favor se concerté<< las mejores decisiones pensadas en la población y pide la ampliación del Hospital de Albania y quiere que se humanice la salud y no sea un negocio.</p> <p>Manifiesta que coinciden con sus compañeros alcaldes en decir que la infraestructura para la atención se ha quedado pequeño, que no se atiende de manera adecuada la población rural que para su municipio son el 35%. Además tiene problemas financieros porque el hospital esta con deudas y la flota de ambulancias no son funcionales. Felicita al Gobierno y al presidente porque sabe que es en cabeza de él que se está desarrollando el programa de APS que es atención en casa y que se nota porque previenen enfermedades.</p> <p>Reconocen la trascendencia que tiene el proyecto de ley de la reforma a la salud y saludan esta audiencia porque es muy concurrida por todos los sectores del departamento están en disposición como Universidad Pública y con la apertura de su programa de nutrición y enfermería desean</p> <p><i>Genaro Redondo Choles Alcalde de Riohacha</i></p> <p><i>Nera Eloísa Robles Alcaldesa de Albania</i></p> <p><i>Hassan David Palmezano Romero Alcalde de Hato Nuevo</i></p> <p><i>Martha Mulato Mejía Decana de la facultad de ciencias de la salud de la universidad de la Guajira</i></p>
RIOHACHA																					
FECHA	27 de enero de 2024																				
LUGAR	Cancha Polifuncional de la Universidad de La Guajira																				
CONGRESISTAS PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> - H.S. Martha Peralta Epieyu - H.S Wilson Arias - Secretario de la Comisión Séptima: Praxere Ospino 																				
DELEGADOS DEL GOBIERNO	<ul style="list-style-type: none"> - Luis Alberto Martínez Saldarriaga (Viceministro de Protección Social) - Jaime Hernán Urrego (Viceministro de Salud Pública) - Libia Forero (Directora de Prestación de Servicios y Atención Primaria) - Ulahy Beltrán (Superintendente Nacional de Salud) - Fernando Henao (Director de Asuntos Legislativos del Ministerio del Interior) 																				
LINK	https://www.youtube.com/watch?v=JxFn78kKlGg																				
PARTICIPACIONES																					
ORGANIZACIÓN	ARGUMENTACIÓN EXPUESTA																				
Martha Peralta Honorable Senadora Presidenta de la Comisión VII del Senado	<p>Hace un contexto de la población en el departamento de la Guajira para decir que en gran medida puede el sistema basarse en una salud preventiva. Además, hace la claridad que el servicio en el actual sistema lo prestan las IPS y no las EPS, y explica lo que significa el giro directo y es que el dinero que es público sea girado a los prestadores de salud y no a las EPS que fungen como intermediarios y pasa a explicar el nuevo papel que tendrían las EPS con la reforma gestoras de salud y vida.</p> <p>En el departamento de la Guajira se recibieron en el año 2023 alrededor de 16.000 quejas muchas de ellas de grave riesgo. Da tranquilidad que las EPS no desaparecerán sino se transformaran y se les garantizará el pago de los servicios operativos que presten.</p> <p>Hace una claridad frente a la consulta previa y es que ya se están haciendo los trámites correspondientes para acordar con los pueblos indígenas como sería el tránsito del sistema propio de estas comunidades.</p> <p>Ahora como presidenta de la comisión Séptima del Senado dará todas las garantías para que en esta audiencia se escuchen tanto a las personas que son afines y contradictoria de la reforma.</p>																				
Wilson Arias Honorable Senador Coordinador Ponente	<p>Invita a las comunidades a participar activamente de la audiencia, pero también invita a que los argumentos que se presenten sean transparentes y sinceros con los intereses que se defienden en el fondo.</p>																				

<p><i>Secretaría de salud de la Guajira</i></p> <p><i>Gerente del Hospital de Manaure</i></p> <p><i>Gerente del Hospital de San José del Cesar</i></p> <p><i>Gerente del Hospital de Maicao</i></p> <p><i>Gerente de la Caja de Compensación familiar</i></p> <p><i>Asociación de Clínicas de la Guajira</i></p>	<p>impactar de manera positiva en coordinación con las autoridades departamentales y nacionales la vida de esta comunidad.</p> <p>Desde la Gobernación están en la disposición de coordinar con todos los actores para mejorar las condiciones de vida de los habitantes de la Guajira.</p> <p>Ven una esperanza con la propuesta de esta reforma a la salud, ven que con los equipos en salud que está recorriendo el municipio de Manaure se han podido atender a las comunidades y ellos como hospital han identificado que la mortalidad ha bajado considerablemente además de la priorización que ya se hizo en varios municipios en infraestructura y ambulancias.</p> <p>Afirma que sin el gobierno del cambio esto no hubiese sido posible.</p> <p>La intención de un hospital es prestar un servicio médico oportuno del hospital de donde ella es profesional no reciben recursos del Estado sino de la venta de los servicios lo que hace que la atención no sea de manera universal a los habitantes del municipio ni llega de manera eficaz ni oportuna.</p> <p>Denuncia que a los médicos y especialistas se les adeuda 12 meses.</p> <p>Se pide que se mejore la infraestructura.</p> <p>Esta de acuerdo con el gerente del hospital de Manaure en que este Gobierno se le ve la voluntad y agradece que los equipos médicos lleguen a la casa y prevengan las enfermedades, pero necesitan inversión en la mediana y alta complejidad.</p> <p>Están convencidos que el eje central en un sistema de salud debe ser la atención primaria y con los equipos de salud que el Gobierno viene implementando lo han demostrado, manifiestan que es la primera vez que en el hospital se le puede pagar a los profesionales en salud desde hace varios años. Agradecen la intervención del Gobierno saben qué hay cosas que mejorar pero sienten que se está haciendo bien.</p> <p>Solicita que los actores que permeen el sistema de salud puedan concertar la mejor reforma a la salud para el bienestar del pueblo Guajiro. Y como caja de compensación están a la espera de articular los programas que se puedan en bienestar del pueblo Guajiro.</p> <p>Denuncian que tienen un problema financiero muy severo dado que los recursos no fluyen, los dividen en muchas cuotas y ellos tienen que prestar el servicio una sola EPS de las 6 que existen en la Guajira para cumplida sus deudas solicitan al Gobierno que hagan una mesa de intervención.</p>	<p><i>Delegada de la mesa Wayuu</i></p> <p><i>Presidente del sindicato de la salud en la Guajira.</i></p> <p><i>Eriberto Ibarra Ex diputado de la Guajira.</i></p> <p><i>Subcomisionado de salud del pueblo Wayuu.</i></p> <p><i>EPSI ANAS WAYUU</i></p> <p><i>EPS FAMILIAR DE COLOMBIA</i></p>	<p>Ellos están realizando asambleas al pueblo Wayuu divididas en 11 sobre la reforma a la salud y quieren que en esta reforma se incluya la medicina propia y un fondo especial para financiar esta medicina a central.</p> <p>Además, se respete la autonomía de esta medicina propia, se reconozca al pueblo Wuayu como un determinante social en la reforma y por último hacer un llamado al Gobierno con el cual ven una luz de esperanza que para salvar la vida se necesita la reforma a la salud, pero también electricidad, conectividad, agua potable etc.</p> <p>Defienden la reforma a la salud y la reforma laboral, creen que han hecho propaganda negra a estas reformas y deja la claridad de que la reforma se ha socializado para tratar de llegar a consensos, son otros Gobiernos los que nunca socializaron con las comunidades. Insisten en la formalización de los trabajadores de la salud. Es un ejemplo lo que ha venido haciendo el gerente del hospital de Maicao.</p> <p>Está de acuerdo con la reforma y considera que esta reforma no es un capricho de un presidente sino una necesidad del pueblo Guajiro.</p> <p>Existen 18 hospitales en el departamento que están inservibles y reconoce el esfuerzo que el Gobierno está haciendo para recuperarlos.</p> <p>Deja la constancia y aclara que se han venido realizando los cronogramas y acercamientos en la mesa de concertación permanente para la realización de la consulta previa y existe un capítulo especial y el artículo 122 para organizar la estructura del sistema propio de los pueblos indígenas.</p> <p>Deben ir articulando con las autoridades indígenas para fortalecer la confianza entre las redes hospitalarias y la medicina propia, porque hoy no existen esas confianzas. Hacen un llamado a que se cumpla el compromiso de crear la mesa técnica con presencia de autorícese indígenas y de los Ministerios de Salud y del Interior.</p> <p>Piden al gobierno nacional respeto por el territorio Wayuu y niegue lo que han hecho durante varios años por la salud del pueblo Wayuu piden que sean claro que va a pasar con las EPS indígenas si serán un apéndice del sistema general en salud o un sistema autónomo dirigido por las autoridades indígenas y recurso humano indígena. Y responsabilizan al gobierno del derecho a la salud de los pueblos indígenas</p> <p>Con los cambios que el texto de la reforma ellos están de acuerdo en que se vuelvan gestoras de salud y vida pero se debe clarificar como va a hacer la coordinación dado que ven impertinente que sean 5 los actores del sistema los que</p>
<p><i>Matilde Lopez Lideresa Wayuu</i></p> <p><i>Javier Rojas Lider Wayuu</i></p> <p><i>Jose Liñán Ciudadano interesado</i></p> <p><i>Delegado de la Asamblea departamental de la Guajira</i></p> <p><i>Anaris Lider de la mesa nacional de cuidadoras</i></p> <p><i>Veedores de Maicao</i></p>	<p>coordinen está de acuerdo que el giro se haga directo pero a los prestadores de salud pero deben ser las gestoras de salud y vida las que coordinen el sistema.</p> <p>Exige que el Congreso legisle para la Guajira son un departamento muy diferente y no se aprovechan los recursos el viento y el sol.</p> <p>Lo principal es la comida y el agua para que no haya desnutrición y con ella las enfermedades.</p> <p>Vienen del territorio más olvidado de Colombia donde mueren de 2 a 3 niños a la semana por falta de atención en salud, que por su situación viven una tragedia humanitaria, de manera silenciosa y por omisión están condenados al exterminio como raza.</p> <p>En el 2023 se murieron 90 niños por desnutrición en las cifras oficiales.</p> <p>La Salud no llega al territorio y ellos se movilizan para que se haga el cambio.</p> <p>Agradecen a los médicos que de manera silenciosa ha ayudado a trasladados, entrega de medicamentos y atenciones urgentes.</p> <p>Se necesitan funcionarios que se pongan las camisetas del pueblo Colombiano.</p> <p>Mandan un mensaje al Presidente desde el territorio más olvidado de Colombia y del pueblo indígena más grande del país respaldan esta reforma a la salud.</p> <p>El sistema de salud debe ser preventivo, predecible y resolutivo sugiere que debe quedar explícito en el proyecto de ley y debe centrarse en los territorios más olvidados del país porque si lo resuelven en estas regiones en las mas desarrollados serán más fáciles.</p> <p>Se necesita con urgencia esta reforma para resolver las deudas billonarias que tiene las EPS, que expliquen donde están las reservas técnicas que por ley tienen la obligación de tener.</p> <p>Saluda el espacio y que el Gobierno venga a escuchar a la región cree que en el texto deben entender que el departamento de la Guajira es multicultural y muy diferente. Que se conserve lo bueno y se mejore lo que se deba.</p> <p>Exigen al gobierno que se tengan en cuenta a las personas en condición de discapacidad con enfoque diferencial. Quieren un centro de rehabilitación integral con equipos de punta y profesionales capacitados para tratar estas condiciones.</p> <p>Denuncia que las IPS del municipio de Maicao no prestan el servicio y presento la queja ante la superintendencia para que entregará un medicamento y ordeno su entrega en noviembre y estamos en Enero y no lo han entregado.</p>	<p><i>Responsable de la oficina de pueblos indígenas de la Gobernación</i></p> <p><i>Delegado de la CUT</i></p> <p><i>Luis Alberto Martínez Viceministro de protección social</i></p> <p><i>Jaime Hernán Urrego Viceministro de Salud Pública</i></p>	<p>Tienen dudas sobre donde se va a manejar lo de mediano y alto costo.</p> <p>Y denuncian que la entrega de medicamentos en la Guajira es un desastre.</p> <p>Desde la Gobernación agradecen que vengan al departamento y extienden un saludo al espacio.</p> <p>Saludan las reformas del cambio. Y creen que para que la reforma a la salud sea exitosa debe tener en cuenta condiciones dignas a los trabajadores, exigen que el plan de formalización laboral sea haga de manera transparente.</p> <p>El diagnostico está claro en las intervenciones que lo antecedieron y está de acuerdo que el departamento de la Guajira ha sido la más aporreada por las políticas neoliberales.</p> <p>Por eso están proponiendo un sistema de salud ordenada, fortaleciendo el sistema público en las redes integrales e integradas.</p> <p>Además, de tener equipos multidisciplinarios que visiten las familias en todas las regiones del país para saber que contexto existe y así de forma planificada hacer un plan de servicios.</p> <p>Y claro que mejorar las condiciones del talento humano en salud.</p> <p>Hoy hay una luz de esperanza para que se garantice el derecho y no la rentabilidad de un negocio</p> <p>El Gobierno del cambio está liderando un proceso de transformación a todo nivel y la reforma a la salud es uno de los pilares de ese cambio.</p> <p>Se sigue escuchando a todos los actores para que en el informe de ponencia se vean reflejados sus cometarios a mejorar un sistema que garantice el Derecho a la Salud. Con las intervenciones en esta audiencia en la Guajira y los planes piloto no podrían decir que se quiere destruir el sistema.</p> <p>Se reitera que para los pueblos indígenas a la par de la discusión en el Congreso se ha iniciado un proceso de consulta previa para que después lo que defina la consulta el presidente está facultado para expedir el decreto con fuerza de ley para su reglamentación.</p> <p>Y solicita a todas las comunidades indígenas a participar. El proceso de cambio no está esperando a la reforma mientras se discute el Gobierno ha venido implementando un plan para lograr los indicadores que la corte constitucional ordeno para el departamento en la Guajira. El ministerio está haciendo el esfuerzo para hacer un contexto sobre el fenómeno de desnutrición en la Guajira y</p>

	<p>se detectó unas cifras alarmantes, el Gobierno está dando pasos para que no suceda más y se harán esfuerzos para que así sea. Con reforma o sin reforma nos movilizaremos para resolver lo fundamental así eso no facture. En la Guajira se abandonó y desmontó 120 puestos de salud en estos puestos de salud. La orden del Gobierno es ampliar o crear los puestos de salud necesarios. Ya se están en la construcción de 4 que están arrancándose obras y se deben contratar para su realización a la comunidad. Se invertirán alrededor de 84 mil millones de pesos. En dotación también se ha hecho un esfuerzo grande y se ha invertido alrededor de 2.800 millones de pesos. Y por último se han creado equipos multidisciplinarios que deben permanecer en los territorios. En la comunidad Wayuu deberá elegir sus propios promotores por ranchería. Por último, quiere dejar el mensaje que debemos trabajar unidos entre Gobierno, comunidad y empresarios.</p> <p>La Superintendencia anuncia que se han venido impuesto sanciones para garantizar el derecho a la salud y así proteger los recursos para ello. En lo que va corrido del 2024 ya se han identificado 4 niños fallecidos sin contar con su registro. Y el pueblo Wayuu puede desaparecer. Y se pudo identificar que de las personas fallecidas por desnutrición el año pasado y este todas estaban afiliados y por ello debe haber un sistema de control y ese control si se realiza y se ve que se están haciendo las cosas mal se debe sancionar. Y por una audiencia donde se pudo identificar de la necesidad de abrir en la Guajira una oficina de la superintendencia la cual ya fue abierta con personal de la región y donde se hable las lenguas nativas. Las quejas han aumentado y en su gran mayoría de riesgo grave, en mayo se trasladó toda la superintendencia a trabajar a la Guajira para proteger la población. Que viene en control: - Para el mes de febrero se instalará mesa de concertación para la atención oportuna y - En febrero se hará una jornada de conciliación para los deudores las EPS y a los que deben las IPS y los hospitales, en marzo se ejecutara ese acuerdo de pago. Las EPS hoy le deben 18 billones las que están activas y 7 billones las que están liquidadas. La que están activas recibieron la plata y no la ejecutaron, pero argumentan que no les alcanza, el problema no es que no haya recursos es que no se administren bien. Se han distribuido 1.200 casos a la contralora para que ellos determinen si hay detrimento patrimonial.</p> <p>Extendiendo un saludo por parte del Ministro del Interior quien no pudo acompañar la audiencia dado que se encuentra atendiendo los incendios que se presentan a lo largo del país. Considera que es muy importante la realización de esta audiencia porque se ha escuchado las sugerencias de la comunidad que ha ayudado en la construcción de esta reforma a la salud lo que es de resaltar y asegura que los equipos de los Ministerios y de las UTL's de los Senadores harán un esfuerzo por recoger las valiosas intervenciones que se dieron en esta audiencia para presentar el informe de ponencia y manifiesta el compromiso del Ministerio del Interior en el respaldo de la reforma.</p>	<p>Anexo 7. RELATORÍA DE AUDIENCIA EN VILLAVICENCIO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">VILLAVICENCIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FECHA</td> <td>3 de febrero de 2024</td> </tr> <tr> <td>LUGAR</td> <td>Cámara de Comercio</td> </tr> <tr> <td>CONGRESISTAS PARTICIPANTES</td> <td>- H.S. Wilson Arias - H.S. Sandra Ramírez - H.R. Gabriel Parrado - H.R. William Aljure - Secretario de la Comisión Séptima: Praxere Ospino</td> </tr> <tr> <td>DELEGADOS DEL GOBIERNO</td> <td>- Guillermo Alfonso Jaramillo (Ministro de Salud y Protección Social) - Luis Alberto Martínez (Viceministro de Protección Social) - Jaime Hernán Urrego (Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios) - Ulahy Beltrán (Superintendente Nacional de Salud)</td> </tr> <tr> <td>ASISTENTES</td> <td>400 personas</td> </tr> <tr> <td>LINK</td> <td>https://m.youtube.com/watch?v=T7pwN_sSpuA</td> </tr> <tr> <th colspan="2">PARTICIPACIONES</th> </tr> <tr> <th>ORGANIZACIÓN</th> <th>ARGUMENTACIÓN EXPUESTA</th> </tr> <tr> <td>Wilson Arias <i>Honorable Senador Coordinador Ponente</i></td> <td>El Senador trae una denuncia del sindicato del SENA que en la región durante 6 años no se han abierto camas para atención en salud. Considera que la Corte propone un debate importante frente a los topes y los remanentes que debe pagar el Estado a las EPS; él considera que deben revisarse bien las cuentas que se ha invertido en salud y hacer el seguimiento de esos recursos públicos si realmente se invirtieron en la prestación del servicio. Trae confirmadas las cifras que dio en la audiencia en la Guajira sobre la inversión en materia de agricultura, educación y salud.</td> </tr> <tr> <td>Rafaela Cortés <i>Gobernadora del Meta</i></td> <td>Reconoce al Ministro que es un funcionario del territorio y no de escritorio. Manifiesta que en el departamento se vive una tensión entre los prestadores y los pagadores y eso se ve reflejado en las miles de quejas que se presentan. Manifiesta que el departamento trata de mediar y de invertir en el sector salud en la red pública, han hecho un esfuerzo importante en el hospital del centro de Colombia donde atienden pacientes de 4 departamentos diferentes. Agradece los 34 mil millones de pesos que se giraron al departamento para invertir en la atención primaria en las comunidades campesinas, los equipos ya están haciendo la caracterización de los 29 municipios del departamento del meta, estarán prestos a cuidar los recursos para que</td> </tr> </tbody> </table>	VILLAVICENCIO		FECHA	3 de febrero de 2024	LUGAR	Cámara de Comercio	CONGRESISTAS PARTICIPANTES	- H.S. Wilson Arias - H.S. Sandra Ramírez - H.R. Gabriel Parrado - H.R. William Aljure - Secretario de la Comisión Séptima: Praxere Ospino	DELEGADOS DEL GOBIERNO	- Guillermo Alfonso Jaramillo (Ministro de Salud y Protección Social) - Luis Alberto Martínez (Viceministro de Protección Social) - Jaime Hernán Urrego (Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios) - Ulahy Beltrán (Superintendente Nacional de Salud)	ASISTENTES	400 personas	LINK	https://m.youtube.com/watch?v=T7pwN_sSpuA	PARTICIPACIONES		ORGANIZACIÓN	ARGUMENTACIÓN EXPUESTA	Wilson Arias <i>Honorable Senador Coordinador Ponente</i>	El Senador trae una denuncia del sindicato del SENA que en la región durante 6 años no se han abierto camas para atención en salud. Considera que la Corte propone un debate importante frente a los topes y los remanentes que debe pagar el Estado a las EPS; él considera que deben revisarse bien las cuentas que se ha invertido en salud y hacer el seguimiento de esos recursos públicos si realmente se invirtieron en la prestación del servicio. Trae confirmadas las cifras que dio en la audiencia en la Guajira sobre la inversión en materia de agricultura, educación y salud.	Rafaela Cortés <i>Gobernadora del Meta</i>	Reconoce al Ministro que es un funcionario del territorio y no de escritorio. Manifiesta que en el departamento se vive una tensión entre los prestadores y los pagadores y eso se ve reflejado en las miles de quejas que se presentan. Manifiesta que el departamento trata de mediar y de invertir en el sector salud en la red pública, han hecho un esfuerzo importante en el hospital del centro de Colombia donde atienden pacientes de 4 departamentos diferentes. Agradece los 34 mil millones de pesos que se giraron al departamento para invertir en la atención primaria en las comunidades campesinas, los equipos ya están haciendo la caracterización de los 29 municipios del departamento del meta, estarán prestos a cuidar los recursos para que
VILLAVICENCIO																								
FECHA	3 de febrero de 2024																							
LUGAR	Cámara de Comercio																							
CONGRESISTAS PARTICIPANTES	- H.S. Wilson Arias - H.S. Sandra Ramírez - H.R. Gabriel Parrado - H.R. William Aljure - Secretario de la Comisión Séptima: Praxere Ospino																							
DELEGADOS DEL GOBIERNO	- Guillermo Alfonso Jaramillo (Ministro de Salud y Protección Social) - Luis Alberto Martínez (Viceministro de Protección Social) - Jaime Hernán Urrego (Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios) - Ulahy Beltrán (Superintendente Nacional de Salud)																							
ASISTENTES	400 personas																							
LINK	https://m.youtube.com/watch?v=T7pwN_sSpuA																							
PARTICIPACIONES																								
ORGANIZACIÓN	ARGUMENTACIÓN EXPUESTA																							
Wilson Arias <i>Honorable Senador Coordinador Ponente</i>	El Senador trae una denuncia del sindicato del SENA que en la región durante 6 años no se han abierto camas para atención en salud. Considera que la Corte propone un debate importante frente a los topes y los remanentes que debe pagar el Estado a las EPS; él considera que deben revisarse bien las cuentas que se ha invertido en salud y hacer el seguimiento de esos recursos públicos si realmente se invirtieron en la prestación del servicio. Trae confirmadas las cifras que dio en la audiencia en la Guajira sobre la inversión en materia de agricultura, educación y salud.																							
Rafaela Cortés <i>Gobernadora del Meta</i>	Reconoce al Ministro que es un funcionario del territorio y no de escritorio. Manifiesta que en el departamento se vive una tensión entre los prestadores y los pagadores y eso se ve reflejado en las miles de quejas que se presentan. Manifiesta que el departamento trata de mediar y de invertir en el sector salud en la red pública, han hecho un esfuerzo importante en el hospital del centro de Colombia donde atienden pacientes de 4 departamentos diferentes. Agradece los 34 mil millones de pesos que se giraron al departamento para invertir en la atención primaria en las comunidades campesinas, los equipos ya están haciendo la caracterización de los 29 municipios del departamento del meta, estarán prestos a cuidar los recursos para que																							
	<p>sean gastados en los programas para mejorar la calidad de vida. Reconoce que el Ministro ya atendido al departamento y ya está construida la hoja de ruta para implementar políticas públicas en materia de salud en el Meta. Escuchar para decidir de manera acertada – sistema de salud complejo, red hospitalaria pública y privada llena de quejas de los usuarios que justifica la propuesta de reforma. Esfuerzos de mejora de la infraestructura con recursos propios. 85 mil millones al hospital y dotación por 20 mil millones. Atendemos 4.000 consultas de urgencias al mes de media Colombia. Necesidad de apoyo del gobierno nacional. Agradecer la inversión del ministerio en el departamento a la fecha; agradecer por el apoyo, la atención recibida y por el plan de acción y hoja de ruta construida para mejorar la prestación de los servicios de salud en el Meta.</p> <p>Las audiencias son supremamente importantes para escuchar a la ciudadanía. Esta con todo su equipo para escuchar y atender las solicitudes. Anuncian que en coordinación con la Gobernación se construirá un complejo hospitalario para las víctimas de conflicto armado en la Orinoquia, será una forma de reivindicar a las víctimas, este proyecto también está coordinado con la JEP. Los equipos multidisciplinarios en el departamento del Meta recorrerán todos los municipios para dar inicio al sistema de salud con un enfoque preventivo. La Paz solo se logrará si el Estado llega prestando los servicios necesarios para la gente. Sin embargo, todas las reformas en los últimos 25 años captan los recursos para el ente central, la propuesta del señor Presidente de la República es territorializar los recursos, y para ello hay un plan para la atención de los departamentos como la Guajira y las regiones como la Orinoquia y el litoral pacífico. Anuncia que el Presidente despachará en el mes de marzo desde toda esta región del llano y la Orinoquia.</p> <p>Acompaña la reforma a la salud de manera decidida de manera convencida porque desde el punto uno del acuerdo de paz se determinó que la reforma rural integral debía ir acompañada de salud, educación, trabajo, vivienda, conectividad y muchos derechos que en realidad son la paz.</p>	<p>Quiere que este proyecto se haga realidad y trabajaran en el Senado para que así sea y la salud pueda ser una realidad para todos los colombianos.</p> <p>Gabriel Parrado <i>Honorable Representante</i> Le pide al auditorio que sean juiciosos, que lean, que discutan y se organicen para defender las reformas. Dado que en la Cámara de Representantes costo mucho sacar adelante la reforma y esto va a hacer igual o más difícil en el Senado.</p> <p>William Aljure <i>Honorable Representante</i> Denuncia que ayer falleció una señora por falta conectividad, de ambulancia y de camilla. Cree que con la reforma esto cambiara por eso la apoyo en la Cámara de Representantes, espera que el Senado la apruebe.</p> <p>Gustavo Basto <i>Concejal de Villavicencio</i> Felicitó la presencia de la ciudadanía y pide que en Villavicencio la participación sea valiosa para nutrir la reforma independientemente de si se está a favor o en contra. Pide que la nueva administración de la alcaldía mantenga el predio que el Alcalde Harman dejó para la construcción del hospital en la comuna 10. Rescata el espacio de tener la audiencia pública en la ciudad. Expone que no en todas las comunas hay centros de salud, hay grandes retos en el municipio en materia de salud. A los trabajadores de salud los invita a participar para reivindicar derechos del personal de la salud.</p> <p>Rodolfo Mariño <i>SINDES META</i> Quieren cambiar el modelo que mata a la población colombiana el sistema de salud de la ley 100, por eso apoyan la reforma a la salud presentada por el Gobierno. Denuncia que los contratos de los trabajadores son por OPS y exigen que sean formalizados. Respaldan la tarea que está haciendo el Gobierno para crear un sistema preventivo. Denuncia que el Alcalde prefirió estar en un festival cultural que en la audiencia a la salud. Expresa su rechazo al modelo de la ley 100 y respaldo a la iniciativa de reforma a la salud. Barreras de acceso, carteles, robos y saqueos evidentes. Mejorar las condiciones de prestación del servicio y trabajadores. Hoy trabajan con contratos CPS sin garantías laborales dignas.</p> <p>Carmen Dávila <i>Gestarsalud</i> Es el gremio que agrupa las EPS del régimen subsidiado de salud, manifiesta que respeta al Ministro y su seriedad, por ello creen que lo que él ha dicho en varios espacios frente a que las EPS convertidas en Gestoras mantendrán todas sus funciones menos la del manejo de recursos y eso lo comparten. Cree que para este tercer debate se debe profundizar en</p>																						

	<p>las relaciones operativas para que no haya vacíos, y creen que los centros de atención primaria no deberían manejar las áreas operativas y administrativas que esta función se las dejen a las gestoras que ya tienen experiencia y personal. El gremio quiere aportar a mejorar el texto de reforma en tercer debate, bajar la discusión a las bases, a la gente, para que la ley quede clara.</p>		<p>en garantizar el derecho a la salud. Apoyo a la reforma planteada. Acceso y garantía de la salud. Flujo financiero garantizado, reducirá costos en prestación de servicios y pago a proveedores. Eso optimiza y dinamiza el acceso. Resalta el incremento de los recursos al sector salud. La reforma es un paso adelante y beneficiará a los colombianos.</p>
<p>Yaneth Sierra <i>Secretaria de Salud Municipal</i></p>	<p>Hace un análisis del estado de afiliación de Villavicencio distribuida en las EPS que hacen presencia en la ciudad. Manifiesta que la cobertura está en 110%. Y que reciben en la red hospitalaria población de cuatro departamentos en la mediana y alta complejidad. Tienen problemas en las especialidades. En el plan de acción es necesario resaltar la cantidad de personas aseguradas y cobertura: 301 mil afiliados y 23 EPS asegurando en la ciudad. Atendemos otros departamentos, en 19 centros de salud con grandes dificultades, principalmente las especialidades. Buscamos hacer la transferencia a segundo y tercer nivel, los cuales tienen bloqueos.</p>	<p>Héctor Ramírez <i>Representante población con discapacidad – deportista selección Colombia</i></p>	<p>Hacen denuncia que se necesita el certificado de discapacidad que no lo entregan y esto se vuelve una barrera para acceder al sistema. Quieren que además haya una inclusión en programas de deporte que para el esto es salud. Y exigen que haya una verdadera caracterización de la población en condición de discapacidad. Denuncia que las EPS ponen barreras para el certificado y la entrega de medicamentos.</p>
<p>Julián Pedraza <i>Asociación Colombiana De Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos - ACESI</i></p>	<p>Siempre han estado en defensa de los recursos de lo público por ello saludan la reforma y la apoyan sobre todo en el punto del giro directo. Los hospitales no tienen el dinero para pagar pautas publicitarias para exigir que les paguen los recursos que ellos si prestan. Piden que se dignifique el trabajo del talento humano en salud. Están de acuerdo con que se rompa la integración vertical. Está de acuerdo con la reforma para la gente y para el pueblo Colombiano. Trabajamos en defensa del sistema público de salud, respaldamos la propuesta de sistema planteado en la reforma. Hay una crisis, no solo de los hospitales, sino del sistema en general.</p>	<p>Gloria Helena Quinceno <i>Delgada de usuarios de Sanitas</i></p>	<p>El sistema de salud tiene muchísimas cosas para mejorar, sin embargo, creen que la reforma no mejora esas problemáticas. Creen que lo que se necesita es voluntad política y plata. La reforma no fortalece el sistema público. No están de acuerdo con la fragmentación y las mejoras que han ganado por tutela. Hay mucho por mejorar en el sistema de salud, se necesita voluntad política y recursos. Los usuarios normalmente no son escuchados. Se necesita hospitales de cuarto nivel. Fragmentación de servicios. Faltan centros médicos. Reforma sin mermelada ni compra de votos</p>
<p>Smith Parrado <i>Delegado de las clínicas privadas de Villavicencio</i></p>	<p>Manifiestan el apoyo a la reforma, están de acuerdo que el Estado sea el que garantice el derecho de la salud. Están de acuerdo con el giro directo y el flujo financiero a las IPS eso facilitará que la prestación sea equitativa y mejorará la atención del sistema. Creen que se derrumba las barreras de acceso, se fortalecerá la infraestructura, y la atención primaria. Reconocen el compromiso del gobierno en invertir en el sistema de salud, lo que ya se está viendo en los territorios. Están convencidos que esta reforma será un gran avance</p>	<p>Hernando Hernández <i>Gerente del Hospital de San Martín</i></p>	<p>Soportan la oferta del servicio de salud en un 95% en esos municipios alejados de Colombia. Están de acuerdo con el giro directo a pesar de las barreras para que ellos accedan a los recursos están ampliando la oferta de servicios, lo que podrá implicar en un riesgo financiero. Sostenemos la oferta de servicios de salud en los municipios. Flujo de recursos garantizados, ampliación de los servicios, pero las EPS no autorizan. Indicadores financieros precarios. Riesgo financiero de la EPS – IPS. Revisar marco normativo para evitar intervención o liquidación. Fortalecer la red pública de salud.</p>
		<p>Álvaro Iván Navarrete</p>	<p>El consenso que hay es que el pueblo colombiano si</p>

<p><i>Alianza para la salud del Meta</i></p>	<p>quiere el cambio, y para ello piden que se les escuchen a los que no están de acuerdo con toda la reforma, ellos tienen muchas dudas sobre la sostenibilidad fiscal, el aseguramiento, la entrega de medicamentos. Queremos un mejor sistema de salud; pedimos ser escuchados en los siguientes temas: Cobertura, integración vertical, financiación, impulsar un cambio de la forma de abordar a los pacientes, se requiere más personal de la salud y mejor remunerados, sin limitantes de ordenes médicas.</p>	<p>Alejandro Botero <i>Delegado de la ANDI</i></p>	<p>Su intervención se centra en que las EPS a lo largo de 30 años han ganado una importante experiencia que no se puede perder entregando todas las funciones a funcionarios públicos que son inexpertos y desordenados, pero que además están atravesados por unos intereses políticos que no son los mismos que se deben tener en un sistema de salud. Además, denuncian que el régimen inglés sobre el cual se basa la reforma está en crisis, denuncia el déficit de UPC, y que para llegar a la atención primaria no es necesario cambiar todo el sistema.</p>
<p>Dinora Duarte <i>Asociación de educadores del Meta</i></p>	<p>Reconocen que este escenario de participación es importante. Sin embargo, quieren denunciar que el sistema de salud del magisterio a traviesa una crisis y tienen un pésimo servicio, la situación con la empresa Medisalud es insostenible y no quieren que se prorrogue el contrato con ellos. Quieren que se incluyan a los maestros en esta reforma y su régimen especial. Solicitan que sobre el criterio de regionalización no los vinculen con Casanare y Boyacá que en la realidad quedan muy alejados. Igual piden que se trabaje el tema de salud mental.</p>	<p>Jhon Osorio <i>Delegado del INPEC</i></p>	<p>Piden que se tenga en cuenta en la reforma a los privados de la libertad, explica cómo funciona hoy el sistema para esta población, denuncian que es un desgaste financiero, administrativo y judicial, dado que lo piden a través de la tutela, una vez otorgada el desgaste administrativo recae sobre los custodios, que se dirigen con el privado de la libertad y no los atienden. Los trabajadores han denunciado hace 30 años que no podían volver un derecho un negocio. Y por esto respaldan los cambios propuestos por el Gobierno, invita al pueblo a movilizarse y a respaldar al presidente en el golpe blando que pretenden darle. Pide que no se roben más los recursos de la salud. Apoya y respalda las políticas públicas del presidente. Invita a movilizar a la población para apoyar estas reformas</p>
<p>Andrés Moreno <i>Mesa de rectores de la IES</i></p>	<p>Sugieren que el recurso humano en salud sea avalado por una institución de educación superior. También solicitan la coordinación para emitir los estudios de concepto de favorabilidad. Dispuestos a apoyar todo lo que sirva para mejorar. Somos formadores de personal de la salud. Los procesos de formación requieren convenios. Conceptos de favorabilidad para escenarios de prácticas. Disposición de la academia para aportar a la reforma</p>	<p>German Acero <i>Central Unitaria de Trabajadores - CUT Meta</i></p>	<p>Piden que se adecuen tres centros de salud, para jornadas de vacunación, entrega de medicamentos y de doten con personal idóneo; que se brinden servicios a los asegurados y no asegurados. La salud debe estar por encima de cualquier interés económico y político. Apoya y respalda la reforma a la salud. Invita que lleguen a los diferentes sectores de la ciudad, especialmente en la comuna 8.</p>
<p>Sangra Gordillo <i>Asociación Colombiana de Salud Pública</i></p>	<p>La Asociación ha emitido cuatro comunicados dando a conocer a la opinión pública la posición y propuestas para mejorar la reforma. Además, hicieron un estudio en conjunto con otros actores sobre los desafíos del sistema de salud, dentro de las conclusiones se pueden resaltar. 1. Mejorar el nivel preventivo 2. Mejorar la red pública de salud 3. Mejorar las condiciones del talento humano en salud Consideran importante y necesario: - Implementar modelo sostenible con prioridad atención primaria. - Fortalecer prestadores públicos y privados. - Dignificar condiciones laborales de los trabajadores de salud.</p>	<p>Luis Arangel <i>Acción comunal de la comuna 8</i></p>	<p>No cuentan con centros de salud en donde se deben desplazar a la zona norte para poder acceder a la salud, teniendo en cuenta que es una zona afectada por los trancones y el cierre de las vías. Tienen niveles de sobreocupación en 200%, las urgencias también están desbordados, esto impacta directamente la buena prestación del servicio. Piden que se fortalezcan los dos hospitales departamentales en infraestructura y dotación. Y piden que se valore el talento humano en salud y para ello se formalice. Y sobre las intervenciones por parte de la superintendencia están de acuerdo el hospital fue intervenido y fue exitosa la</p>

<p>experiencia, le preocupa quienes le van a pagar los servicios que ya se prestaron y que no tienen doliente porque se liquidaron las EPS. Pide estrategias y mecanismos para la atención a la población migrante.</p> <p>Maria Carrillo <i>Lideresa de las madres comunitarias- Madre cuidadora de persona con discapacidad</i></p> <p><i>Representante de las personas en condición de discapacidad en el meta</i></p> <p>Hernán Mojica <i>Delegado de ESE municipal</i></p> <p>Mónica Ulloa <i>IPS privadas de la ANDI</i></p>	<p>Apoyan la reforma a la salud y particular que en el artículo 140 se les han incluido sus peticiones y los han tenido en cuenta. También, manifiesta que la superintendencia de salud viene funcionando porque hacen seguimiento a las quejas que se están realizando hasta altas horas de la noche. Apoya a la reforma a la salud por y para la población en situación de discapacidad y sus cuidadores</p> <p>Solicitan que se formalice al personal médico en la salud. Exigen que haya control y vigilancia de los recursos públicos. Manifiestan que es necesario que a los cuidadores y las personas en condición de discapacidad se les preste atención en psicología. Vigilancia y control a la oficina jurídicas de las entidades públicas Ética profesional por parte del personal Solicita fumigar los hospitales y alrededores para prevenir el dengue</p> <p>Están de acuerdo con la reforma a la salud, creen que las personas que se oponen a la reforma es porque tienen un interés personal o gremial. Esta ESE estaba a punto de estar intervenida y las EPS se liquidaron sin pagarles, sin embargo, terminando este 2023 lograron punto de equilibrio financiero. Está de acuerdo con la reforma a la salud. Hace la diferencia entre trabajar antes y después de la Ley 100, por lo que hace la invitación a apoyar esta reforma.</p> <p>Quieren construir país y se ponen a disposición para colaboración. Tienen alertas en las rutas de atención, en la entrega de medicamentos. Piden que se incluya en la reforma de manera clara las funciones de los diversos actores. También que se revise cómo está redactada la integración vertical. Proponen que se haga una alianza público privada para la mejor prestación del servicio. Aprovechar las capacidades de las IPS como prestadoras primarias de salud y así evitar el gasto público.</p>	<p>Alida Rosa <i>Unión Magisterial del Meta</i></p> <p>Piden que el sistema se humanice, que existan en el departamento ambulancias especializadas y que estas puedan ser departamentales y no solamente municipales, no existen clínicas en salud mental y el servicio que se presta en este tema no es adecuado, se basa el servicio en dopar al paciente, pero no en brindarle una terapia. Apoya a la reforma pero que exista mayor nesta en ambulancias medicalizadas. Clínicas de salud mental Atención especializada en la ciudad</p> <p>Helman Tapias <i>Delegado de UNIT</i></p> <p>Valoran que el ministro haya ido a San José del Guaviare, reconocen que el Gobierno ha girado los recursos para el hospital, sin embargo, había quedado de empezar la construcción en enero y eso no fue, así mismo denuncia que una ambulancia que debía tener el hospital de San José está en un concesionario en Villavicencio hace más de un año. Hace un llamado a la inversión del hospital del municipio que ya se había estipulado desde enero del 2023.</p> <p>Luis Alberto Franco <i>Clínicas privadas en el departamento del meta:</i></p> <p>Reconocen la disposición del Ministro con ellos, advierten que es emocionante que la audiencia muestre que la reforma tiene todo el apoyo de diferentes sectores del sector salud. Apoya a la reforma a la salud. Agradecimiento al tiempo otorgado por la mesa de trabajo por escuchar las distintas opiniones y puntos de vista de los diferentes sectores de la salud.</p> <p>Miguel Ángel Arango <i>Usuario del sistema</i></p> <p>Cree que ya hay un contexto amplio de la situación del derecho a la salud, de la mano al principio de la Dra. Corcho. Dan por hecho que la reforma está aprobada por el Congreso, porque por eso votaron los ciudadanos. Debemos arreglar la casa y eso parte porque se contraten en términos dignos a los trabajadores de la salud. En el meta están 80 puestos de salud sin prestar servicio. Piden que el giro directo sea del 90%. Incluyan como se debe atender a la atención migrante. En Acacias se necesitan hospitales de mediana complejidad. Mejorar las condiciones de los trabajadores del sector salud y que estos tengan un régimen de contratación diferente.</p> <p>Giovanny Beltrán <i>Médico y diputado del Meta</i></p> <p>La reforma no se puede politizar. Se debe aclarar la parte económica. Tienen dudas sobre las enfermedades huérfanas y que son de alto costo.</p> <p>Adriana <i>Lider social</i></p> <p>Rocío Ramos <i>Ciudadana</i></p> <p>Hace un llamado a que se construyan clínicas de salud mental y prevención de drogadicción.</p>
<p>Carmen Sofia Parada <i>Presidenta de junta</i></p> <p>Blanca Isabel Plata <i>Ciudadana</i></p> <p>Jorge Iván Puentes <i>Alcalde de Puerto Rico Meta</i></p> <p>Milena <i>Lider Comuna 4</i></p> <p>Guillermo Alfonso Jaramillo <i>Ministro de Salud</i></p> <p>Ulahy Beltrán <i>Superintendente Nacional de Salud</i></p>	<p>Eliminar la tramitología en los procesos administrativos. Hace una invitación a la lucha social para apoyar la reforma a la salud. Creación de laboratorios de farmacéuticos</p> <p>Cree que deben partir de que el ser humano necesita alimentación, ejercicio y sol, para esto deberían obligar a las instituciones educativas a que nos enseñen sobre esto.</p> <p>Agradecen por la inversión que hace el Gobierno en el Meta, y que además priorizan los municipios PDET. Aún así solicitan una mesa técnica con los municipios de Puerto Rico y del bajo Ariari; piden ambulancias, y mejorar la infraestructura. Construcción de centros de salud para las comunidades rurales. Apoyo financiero para adquirir ambulancias Apoyo a centros de salud de primer nivel. Solicita mesa técnica para los anteriores ítems.</p> <p>Propone mejorar el Sisbén, que se mantenga la continuidad de medico en tu casa y se preste atención para las víctimas de conflicto</p> <p>Insiste que para las víctimas se construirá un Hospital en Villavicencio. Ante la preocupación por el sisben se está trabajando en un programa en prosperidad social de renta básica. La salud tiene dos visiones en el país una que representa los intereses del pueblo y otro que representa los intereses económicos. Esta en juego 95 billones de pesos, lo que casi representa el 20% del presupuesto que son las ganancias de un sector muy pequeño de privados. Y también se ve la salud desde una óptica preventiva y otra curativa. Respecto de las deudas con las EPS en los Gobiernos anteriores no se generaba la noticia. En el Gobierno Petro tuvo que pagar las deudas del 2021 y 2022, y hoy están al día. Anuncia que se van a auditar los presupuestos máximos.</p> <p>Las EPS deben 18 billones de pesos y las que están liquidadas deben 7 billones de pesos. La reforma trae un capítulo específico para la Super que protege las funciones esenciales de proteger los recursos públicos. En el meta existen alrededor de 18 mil quejas en riesgo vital, estos 18 mil pacientes tienen una característica y es que todos están afiliados a una EPS, y de esta realidad podemos concluir que estar afiliados a una EPS no es lo mismo que estar asegurados.</p>	<p>Se solicita fortalecer la superintendencia en su función sancionatoria. Y en este tiempo que han podido actuar vigilan a todos los actores se acabaron los privilegiados que no tenían vigilancia. De una reunión con usuarios del Meta se puede concluir que tienen las siguientes dificultades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demora en asignación de cita por falta de especialistas 2. Negación de la asignación de citas 3. Negación de entrega de medicamentos. <p>De las quejas recibidas la mayoría recaen en dos EPS Cajacopi y Sanitas. Los recursos tienen un propósito y prestar un servicio no generar lucro a quienes están administrando esos recursos. Hay un compromiso con los nuevos gobernadores y alcaldes en designar los gerentes de los hospitales, y hace un llamado a que escojan bien para que sepan administrar y ejecutar, porque el recurso se destina desde el Gobierno Nacional y los gerentes dejan los recursos sin ejecutar. Resalta que la reforma trae un capítulo de control social, para que los líderes que tienen la confianza de su comunidad puedan participar en la vigilancia y control de los recursos públicos, este artículo viene desde el texto original y ha fue bien recibido por parte de la Cámara de Representantes, espera que en el Senado sea igual. Cuando la súper lleo tenían 17 sedes, han abierto una en la Guajira y en marzo abrirán en San Andrés. También, se ha abierto una oficina de atención del usuario en moca, Mitu y Puerto Inirida; además se están ampliando las sedes que ya existían. Cuando se intervienen los hospitales no son para liquidarlos y cerrarlos, sino para rescatarlos y fortalecerlos. Y por último, le parece importante resalta que una de las facultades que están pidiendo es levantar el velo corporativo, esto en garantía del derecho a la salud.</p>

Anexo 8. RELATORÍA DE AUDIENCIA EN SAN ANDRÉS

SAN ANDRÉS	
FECHA	7 de febrero de 2024
LUGAR	Loma Bolivariano – Colegio Bolivariano
CONGRESISTAS PARTICIPANTES	- H.S. Martha Peralta - H.S. Clara López - H.R. Elizabeth Jay Pang - Secretario de la Comisión Séptima: Praxere Ospino
DELEGADOS DEL GOBIERNO	- Guillermo Alfonso Jaramillo (Ministro de Salud y Protección Social) - Luis Alberto Martínez (Viceministro de Protección Social)
ASISTENTES	300 personas
LINK	https://www.youtube.com/watch?v=PfiHwQZ5P0M https://www.youtube.com/watch?v=1_vGQOIJTml https://www.youtube.com/watch?v=4_z4fo0EGQ0 https://www.youtube.com/watch?v=J8COLy7WwIA
PARTICIPACIONES	
ORGANIZACIÓN	ARGUMENTACIÓN EXPUESTA
Martha Peralta <i>Honorable Senadora Presidenta de la Comisión VII del Senado</i>	Problemática social y de salud ante un sistema indolente. Abordar desafíos de un sistema de salud incluyentes, preventivo, predictivo siendo esto necesario ya que el pueblo padece por falta de acceso al sistema de salud que proteja al usuario dignificando el sistema con la atención primaria fortaleciendo los diferentes entes de salud. "La salud no se debe mendigar, la debemos merecer todos"
Nicolás Gallardo <i>Gobernador de San Andrés Islas</i>	Mejorar el sistema de salud igual que la infraestructura, en las islas de san Andrés providencia y santa catalina. Dotar de lo necesario a las islas para que no se tengan que trasladar a los partes de Colombia. Sacar adelante a la ESE y capacitar a los trabajadores de la salud.
Alicia Jackson <i>Directora de Instituto Bolivariano</i>	La salud para las islas sea de forma pertinente y de buena calidad.
<i>Directora de la ESE María Claudia Bracho</i>	Expresa que la ESE se encuentra haciendo los primeros pasos para la implementación los equipos básicos: programa intervención colectiva Renovación tecnológica, con nuevos equipos con el fin de reducir las remisiones. Y que actualmente tiene una cartera de 10mil millones de pesos
Guillermo Alfonso Jaramillo <i>Ministro de Salud y Protección Social</i>	Reforma al sistema general de seguridad social en salud. Se busca que la isla tenga su modelo propio de salud.

	La salud es transversal debe ir acompañada de un grupo multidisciplinario que garantice la promoción y prevención de la atención primaria en salud Garantizar actividad permanente para los niños Se hace énfasis en la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y la atención primaria. "La salud es un derecho no un negocio" "Hacer la solicitud para lo que se necesite en las islas. No tenemos barrera presupuestal para San Andrés". "Nos volvimos clientes y no pacientes la salud se volvió un negocio, vamos a seguir trabajando con las EPS que quieran transformarse"
Clara López Obregón <i>Honorable Senadora</i>	El modelo de salud hoy en día ha fracasado. Borrón y cuenta nueva con la llegada de la ley 100. Empadronamiento para garantizar la atención primaria en salud. Se hará todo lo que esté a nuestro alcance para que cuenten con un hospital de calidad.
Elizabeth Jay Pang <i>Honorable Representante</i>	Red de servicio de salud, san Andrés no cuenta con otra vía de acceso. Conciencia, educación y responsabilidad social. Actuar con responsabilidad y de forma articulada y diferencial. Movilidad de las personas de la isla de providencia. Ley que se creó propone, tomar un 20% de los recursos de la tarjeta de turismo destinado para procesos de hospitalario, "apoyo a la reforma de la salud porque creo en la diferencial, creo en que es el momento de que organicemos la casa".
Pedro Pimienta <i>Asocomunal SAI</i>	San Andrés necesita del apoyo de Colombia que no nos olvide. Tener presente a los estudiantes que se profesionalizan fuera de las islas. No prevalecer la política sobre los intereses de la salud. Conviven dos modelos de acceso. Las decisiones de los usuarios. Los objetivos comunes. Se necesitan resultados en salud con calidad, accesibilidad, oportunidad, satisfacción y humanización para los ciudadanos y para el talento humano en salud, con sostenibilidad y viabilidad futura en el marco de equidad para todos los actores.
Julian Pedraza <i>Asociación Colombiana De Hospitales Públicos</i>	No se habla de una crisis del sistema, sino una crisis en los hospitales públicos dejando a un lado lo importante y priorizando un aseguramiento camuflado. El empleado de la salud merece salarios dignos y humanizados. No somos mercaderes de la salud somos prestadores de servicios. Fortalecer red pública y humanizar los servicios en salud.

	Resolutiva fracturada.
Leandro Pájaro <i>Veeduría en salud</i>	Panorama de salud crítico en todo el país y más en la isla de san Andrés. Se solicita delegado del ministerio. Articular son el superintendente de salud. Garantizar las garantías a los pacientes.
Leonel Barrios <i>Médico general</i>	Apoya a los médicos generales, además expresa que realizar una especialización se ha convertido en un calvario para el gremio. Se solicita la oportunidad de capacitación.
Asociación de usuarios <i>Representante regional</i>	No se tiene garantizada la salud en el territorio.
Diego Fernando Gil <i>Pacientes Colombia Representante de enfermedades huérfanas</i>	Solicita tener en cuenta a las enfermedades huérfanas, dado que desde el gremio se han hecho varias propuestas que no han sido tenidas en cuenta, expresa su preocupación por como los caps van a realizar la coordinación de las redes y que no se desmejore la atención de enfermedades de alta complejidad. Hace un llamado a acercarse al paciente y preguntarle cuáles son sus necesidades.
Fernando Cañón	Colombia tiene 700 municipios sin algún centro de salud para una atención digna, por lo que cuestiona que ahora se quiera hacer un cambio profundo cuando durante años no se han realizado. Consulta al gobierno de donde saldrán los recursos para realizar todo lo que propone la reforma. Cuestiona que la libre elección para el paciente va a ser eliminada. Cree que entregarle los recursos al ADRES es politizar a esta entidad.
Mariana <i>Delegada ANDI</i>	Actualmente existen aspectos positivos en el sistema de salud, como por ejemplo un bajo gasto de bolsillo, es decir, las personas no pagan altos costos por un tratamiento, aspectos como estos se deben sostener y no eliminarlo. Hace énfasis en el déficit económico que tienen el sistema de salud, pide al gobierno cancelar los presupuestos máximos y contribuir a subsanar este déficit.
Elborn Newball <i>Lider social</i>	Cualquier sistema puede funcionar, el pasado, presente o el futuro. Teniendo como problema es el elemento humano que maneja el sistema. Solicita socialización de la ley antes de realizar las comisiones para que el pueblo pueda hacer sus aportes.
Olga Criollo	Atención primaria tiene que ser instruida y educando a las personas. "Se reformó salud para todos en el año 2000".
Carmelo Pérez <i>Asijuntas</i>	Contribución a mejorar el sistema de salud. Se hace presencia militar, pero, donde está la m presencia social del estado

Alejandro <i>Junta de Acción Comunal</i>	Pide que la isla tenga un alcantarillado y acueducto digno que proporcione agua a los ciudadanos, esto hace parte de la salud de los isleños.
Asdrúbal <i>Lider social</i>	Hace un llamado a socializar el proyecto de ley antes de las audiencias, dado que expresa que en la isla la mayoría de personas no conocen el proyecto de ley y por lo mismo hacen intervenciones sin conocimiento. Propone hacer comisiones locales para hacer sus aportes a la reforma, pero estas comisiones no se realizan cuando el trámite del proyecto se encuentra avanzado sino antes.
Luz Elena <i>Representante usuarios de Sanitas</i>	Libertad de acceder al servicio de salud sin tener que pagar la cuota moderadora ya que el usuario y /o paciente paga su servicio de salud.
Wilmer Hooker <i>Representante de las personas en condición de discapacidad</i>	Trato humanizado a las personas con condición de discapacidad. Salud digna para las personas con discapacidad
Dana Ellis	El problema de salud en San Andrés es el déficit en las finanzas, hace un llamado al gobierno para apoyar este tema porque por este motivo se ven limitados a prestar servicios. Financiación adecuada que ayude a subsistir a las IPS
Jay Pang <i>Honorable Representante</i>	A San Andrés debe dársele una atención diferencial a todo el país, porque la geografía de la isla genera otro tipo de condiciones a la de otras partes de Colombia.

Anexo 9. SINTESIS DE AUDIENCIA EN PASTO

PASTO	
FECHA	9 de febrero de 2024
LUGAR	Cámara de Comercio
CONGRESISTAS PARTICIPANTES	- H.S. Wilson Arias - H.S. Richard Humberto Fuelantala - H.R. Erik Velasco - H.R. Jefferson Montaña - Secretario de la Comisión Séptima: Praxere Ospino
DELEGADOS DEL GOBIERNO	- Guillermo Alfonso Jaramillo (Ministro de Salud y Protección Social) - Luis Alberto Martínez (Viceministro de Protección Social)
ASISTENTES	500 personas
LINK	https://www.youtube.com/watch?v=2O5xZuw33yo https://www.youtube.com/watch?v=O0N1rU5VcQc
PARTICIPACIONES	
ORGANIZACIÓN	ARGUMENTACIÓN EXPUESTA
Wilson Arias <i>Honorable Representante</i> <i>Coordinador Ponente</i>	Contextualiza a los asistentes sobre el origen y objetivo de la Audiencia Pública llevada a cabo. Manifiesta la importancia del contenido de la reforma y el interés que existe en que se construya el mejor sistema de salud que buscan los colombianos, lejos de padecer negligencias y llevar este sistema a ser uno de los mejores formados en el país de mano con todos los involucrados, establece en su intervención el deber ser de la reforma y de las audiencias públicas, brindar los espacios para esclarecer dudas y escuchar las sugerencias que tengas los ciudadanos.
Polivio Leandro Rosales <i>Ex Honorable Senador</i>	Expone su preocupación acerca los problemas que se le han puesto a la reforma a la salud, a lo que concierne a la jurisdicción especial indígena, la consulta previa que se lleva a cabo en los territorios indígenas para que estos sean parte de la reforma, establece que cuando se implementó la Ley 100, no se tuvieron estos grupos diferenciales, y lograron mediante manifestaciones y ejecuciones de diferentes instrumentos jurídicos, la creación del SISPI, en donde son los pueblos indígenas mediante sus usos y costumbres, los que construyen sus EPS e IPS indígenas, pero este resultado fue obtenido después de un gran esfuerzo, por lo tanto es de vital importancia que el gobierno colombiano, tome como parte fundamental a estos grupos étnicos y raizales y estos puedan seguir implementando su medicina tradicional.
Jefferson Montaña	Expresa su apoyo a la reforma a la salud porque el 5% de la población de Colombia no está incluida en el sistema, lo

<i>Honorable Representante</i>	que evidencia la necesidad de incluir a estas personas especialmente a aquellas que viven en zonas dispersas, reitera la necesidad de incluir a las comunidades afros y étnicas en la reforma y propone que los caps se puedan desarrollar en zonas de comunidades étnicas.
Erik Velasco <i>Honorable Representante</i>	La reforma a la salud es tal vez la reforma más importante de este año, que tiene la gran tarea de transformar la ley 100 para realizar una reforma de verdad que permita llegar a la esencia que es acabar con el negocio y no maquillarla como otros gobiernos. La reforma no va a eliminar las EPS sino que las transforma, además en los últimos 40 años se reportaron más de 8 millones de muertes de las cuales más del 50% fueron muertes evitables, es decir, que la ciencia si tiene la cura para las enfermedades, pero las personas se mueren por falta de política pública y los problemas para ser atendidos en el sistema de salud, por lo que se necesita generar un cambio que garantice el derecho a la salud a los usuarios. Evidencia la necesidad de mejorar las condiciones laborales para los profesionales en salud, que actualmente trabajan en condiciones precarias.
Anderson Martínez <i>Concejal de la ciudad de Pasto</i>	Agradece al gobierno colombiano, el poder ser parte de la construcción de la reforma a la salud, ya que son los ciudadanos lo principales involucrados en este proceso, apoya completamente la reforma, y cuenta con una serie de sugerencias para que se tengan en cuenta en la reforma la prevención del cáncer gástrico y la implementación de Hospitales. Una de las promesas del presidente Petro es que la salud llegaría a todos los territorios, lo que hoy se refleja al estar participando en esta audiencia en la ciudad de pasto, que permite participar para mejorar el sistema. Esta reforma llevará sin duda a generar un bienestar social que impacte a las comunidades.
Richard Humberto Fuelantala <i>Honorable Senador</i>	Estos espacios son importantes porque la sociedad civil puede expresar sus opiniones con respecto a este proyecto, un proyecto que intentara solucionar los graves problemas en la prestación del servicio.
Rosa Sotelo <i>Alcaldesa encargada de la ciudad de Pasto</i>	La mayoría de la población en este municipio es rural, por lo que este tipo de reformas pueden ser una solución para mejorar el sistema de salud en estas comunidades, agradece que la audiencia se lleve a cabo en pasto y que se pueda escuchar a la comunidad.
Estela Cepeda <i>Representante de Veedores de salud</i>	Inicia planteando una sugerencia, de regionalizar la salud, porque si el resto del país no quieren la reforma, pasto si lo quiere y lo necesita, la ESE pasto Salud es un ejemplo para el País ya que se brinda un servicio de calidad, y los trabajadores cuentan con condiciones laborales dignas.

Jefferson Granados <i>Representante de los comunales del municipio el charco</i>	Pide la implementación de la política pública de la medicina preventiva APS y le hace la claridad al Ministro que los recursos que han enviado no están siendo utilizados para pagar los sueldos dignos que merece el personal de salud. Envía un mensaje a la Ministra de Trabajo para que no siga permitiendo que a los profesionales de la salud sigan en las condiciones precarias en las que están actualmente.
Inés María Bustos Bustos <i>Asociación Nacional de Trabajadores</i>	Con la ley 100 se acabaron los trabajadores de nomina y ahora la mayoría de este personal trabajan por ops con salarios pésimos, dado que siempre esta la excusa que no tienen los recursos para pagarle lo que es digno, por lo que apoya la reforma y expresa su apoyo para lograr formalizar el trabajo de este personal.
Yoisse Velasco Rodríguez <i>Decana de la facultad de Medicina Universidad Cooperativa</i>	Brinda su agradecimiento por los espacios de participación, propone dar más propiedad al tribunal de ética médica y luego al tribunal civil y penal, dado que los médicos actualmente tienen miedo de equivocarse al realizar procedimientos porque cuando cometen alguna equivocación pasan inmediatamente al sistema judicial. Muchos de los lugares de atención primaria no tienen las certificaciones pertinentes por lo que las universidades no pueden enviar a sus estudiantes por lo que se pide actualizar y mejorar el sistema de atención primaria para que los estudiantes puedan llegar a estos lugares.
Lucia del Socorro Basante <i>Unidas para Avanzar</i>	Las mujeres necesitan de manera urgente la reforma, se necesita equidad de genero en la salud sexual y reproductiva, capacitaciones para que las mujeres puedan elegir lo que les conviene, no lo que la ley les plantea, pide que la reforma tenga un enfoque transversal en todos los temas, proponiendo que se tenga en cuenta las violencias contra las mujeres.
Rosario Villalba Hidalgo <i>SINTRAPASTO</i>	Esta empresa es modelo de estabilidad laboral, una experiencia que se pone a disposición de la reforma y expresa su apoyo e importancia para mejorar la calidad laboral del talento humano de la salud.
Oscar Erazo Calvache <i>Sindicato unitario Nacional de Trabajadores del Estado SUNET PASTO</i>	Los trabajadores de la salud están preocupados por sus contratos laborales por lo que alienta a seguir adelante con la reforma a la salud, invita a los colombianos a apoyar y pide a la oposición dejar que la reforma sea aprobada.
Carmen Eugenia Dávila <i>Gestar Salud</i>	Si la reforma se enfoca a lo que necesita la gente, se puede construir un buen proyecto, destaca dos problemas: el primero es la asignación de citas y la entrega oportuna de medicamentos, lo que se evidencia en el número de quejas de la superintendencia de salud. Solicita aclarar las funciones de las gestoras con otras instancias para tener claridad de que instancia responde en cada proceso, es importante que la reforma quede bien para la gente.

Juan Carlos Giraldo <i>Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas</i>	Existen avances, pero también problemas en la reforma, por lo que se necesita una buena reforma que garantice una cobertura efectiva, un gasto eficiente, administre los recursos, defienda la soberanía sanitaria, preserve el hospital público, consolide el aseguramiento, que no tenga integración vertical y tenga una transición inteligente. Destaca lo positivo desde su perspectiva en el texto de la cámara, y solicita que se debe aclarar como son los acuerdos de voluntades, trabajar en el tarifario, las acreencias de las eps liquidadas generan problemas y pide alivios a la red privada, que no exista integración vertical porque deben haber entidades independientes, describir mejor las funciones de los caps y no abusar de la función de coordinación.
Anwar Rodríguez <i>Vicepresidente de salud ANDI</i>	Expresa su preocupación en la atención del paciente, la fragmentación de la atención del paciente, lo que respecta de una atención general a una de mayor complejidad, la falta de claridad de una ruta de acceso a las tecnologías de salud, la pérdida de actores en la cadena de provisión de los servicios de salud y por último la falta de una adecuada transición, al igual que la financiación
Ingrid Reyes <i>Directora de la cámara de gases medicinales de la ANDI</i>	Manifiesta su preocupación en lo que concierne la entrega de oxígeno y demás gases medicinales no se vea interrumpido, ya que cuando se presentan manifestaciones o algún otro inconveniente, se ven en la necesidad de importarlo desde Ecuador, entonces lo que se busca es una garantía para estos pacientes en casa, hospitales y demás que no se vean afectados con la reforma, y que para una mayor garantía de entrega, la vía panamericana se encuentre en buen estado, que la atención con oxígeno no pase a un segundo plano, ya que con esta atención cada segundo cuenta y se pueden salvar demasiadas vidas.
Ana Belén Arteaga <i>Directora del Instituto Departamental de Salud de Nariño</i>	Inicia estableciendo que así como una vez se resaltó que el departamento de Nariño era un oasis en la medicina, también cabe resaltar que en Nariño también existen entidades de salud con déficit financiero, en donde esto no ayuda al avance deseado en la buena prestación de salud, Nariño sin duda quiere seguir avanzado y se espera que sea de la mano del Gobierno Colombiano.
Andrés Tapia <i>Alcalde de Cumbal Nariño</i>	Manifiestó la inminente preocupación del estado actual del servicio de salud de Cumbal, ya que es un municipio discriminado y olvidado por el Gobierno colombiano, espera que esta reforma lleve a estos municipios en el olvido a gozar de un servicio de salud de calidad.
Denis Hernando Rodríguez <i>Concejal de Túquerres</i>	En el municipio muchos hospitales han sido privatizados y la prestación del servicio de salud es precaria por lo que pide claridad en como va a quedar el municipio con respecto a este aspecto y la reforma a la salud.

Taita Jaime Carlosama <i>Mallamas EPS Indígena</i>	Inicia estableciendo que las comunidades indígenas desde hace muchos años se vienen desarrollando prácticamente solas, pero le hace un llamado al Gobierno Colombiano y es que no le quiten la autonomía a las comunidades indígenas de seguir desarrollando la medicina conforme a sus usos y costumbre, como se ha desarrollado junto con el SISPI.
Nilsen Albear <i>Gerente Hospital Departamental</i>	Expresa su preocupación respecto al endeudamiento que en este momento se presenta en los hospitales, anteriormente todos los saldos estaban a favor del hospital y estaba muy bien porque no había retraso en los pagos a los trabajadores, pero el estado actual es que es imposible seguir sosteniendo esas deudas, espera que no se sigan desviando los recursos destinados a la salud, a algún otro sector de la economía.
Rafel Agreda <i>Gerente Hospital Gerardo Santos Unión Nariño</i>	Inicia su intervención con el llamado de que se debe tener una actuación pronta por parte del Estado a las IPS, porque mientras se toman decisiones importantes sobre el futuro de la reforma, las IPS se están agotando, están intervinidas y los recursos no llegan, no se cuentan con especialistas y por último el proceso de formalización laboral.
Maile Karatar <i>Representante Mujeres Víctimas del Conflicto Armado</i>	Manifiesta la precariedad en que viven los servicios de salud para las mujeres víctimas del conflicto, esperando que con este nuevo proyecto todas las condiciones mejoren.
Fernando Erazo <i>Mallamas EPS Indígena</i>	Establece la falta de igualdad entre una EPS y otra, ya que por porcentaje diferencial entre las EPS indígenas, y los pocos recursos que se destinan para estas, ya que lo que llega no alcanza a cubrir la totalidad de los gastos.
Guillermo García	Agradece el que se a un proceso de debate público, ya que la oposición establecía que el proyecto no se conocía, y esto está demostrando lo contrario, el que existan diferentes escenarios a nivel nacional debatiendo esta reforma hace que todo el Estado colombiano se involucre, brinda su total apoyo a la reforma a la salud
Berno López <i>Concejal de Pasto</i>	Expresa su total apoyo a la reforma, solicita que se tome como tema importante el SISBEN, los municipios olvidados y que se ejecute pensado en el bienestar de los usuarios y de los trabajadores de la salud.
Doctor Guillermo García Realpe <i>ex senador</i>	Los opositores dicen que la reforma no se ha socializado, sin embargo, esto es falso porque con la ex Ministra Corcho se realizó y ahora con el Ministro Jaramillo se está realizando, el departamento de Nariño quiere este cambio y expresa su apoyo.
José Antonio Benavides	La salud no llega a los municipios apartados de Nariño, por eso pide que este gobierno llegue a esos lugares

<i>Central Unitaria de Trabajadores – CUT</i>	lejanos, porque siempre la ley queda en el papel, pide acción y ejecución del gobierno nacional para suplir las necesidades del sistema de salud en el departamento.
Carlos Pinchao <i>Excomisionado de Salud AICO</i>	Existen dificultades en el tema salarial de los trabajadores de la salud, por lo que se necesita medidas que permita mejorar esas condiciones, evidencia la importancia de la reforma y como esta pretende mejorar el sistema de salud para los indígenas.
Cristian Mora <i>Director Regional del Pacífico de la confederación de Juntas</i>	Se necesita que la salud tenga un enfoque preventivo y se mejoren las condiciones laborales del personal de salud, por lo que es fundamental este cambio que plantea la reforma.
<i>Delegado de ACEMI</i>	Solicita el aval fiscal para la reforma a la salud, pide claridad sobre cómo se piensa financiar lo que esta plantea, teniendo en cuenta que el recaudo fiscal del año pasado disminuyó y el gasto en salud viene aumentando.
Henry Riascos <i>Presidente Federación Pasto Acción Comunal</i>	Informa la problemática por la que están atravesando las personas que fueron excluidas del SISBEN.
Francisco Acosta <i>Secretario Mesa Regional de Pasto</i>	Apoya la Reforma, expresa su preocupación acerca de las IPS indígenas y que no se tenga un retroceso, si no que por lo contrario, se pueda seguir avanzando.
Alvaro Molina <i>Mesa de Asociación de Usuarios</i>	Agradece el espacio público de la reforma y establece la incógnita de cuál va a ser el conducto regular de la acción de tutela.
Amalia Rocero Pantoja <i>Presidente de sindicato Seccional ANTHOC SEANI PAST</i>	Los recursos de la salud en los hospitales están en riesgo, existen actualmente muchas deudas, lo que es crítico. Los sindicatos están apoyando para que mejoren las condiciones de los profesionales en salud y piden mayor control a los recursos de los hospitales.
Guillermo Alfonso Jaramillo <i>Ministro de Salud y Protección Social</i>	Inicia resaltando que ahora se sediten los recursos a las empresas privadas, y eso es lo que no se quiere permitir que pase con la salud, que sean las empresas privadas los que manejen los fondos, por eso se quiere que los hospitales sean los que manejen los recursos, para que no se tercerice el dinero, el apoyo a los profesionales para que sigan capacitando y puedan realizar sus especializaciones y ayudar al médico general para que aumenten su campo de acción, ya que tienen funciones muy limitadas, la implementación de una salud preventiva, el saber que se pueden salvar demasiadas vidas actuando a tiempo, diagnosticando de manera oportuna, debe a ver una salud de promoción igualmente ya que los indicadores son preocupantes, establece que cada proceso de la reforma debe ser de la mano de los usuarios, mejorar las condiciones tanto de los usuarios, de los trabajadores y la infraestructura, disminuir las deudas que presentan las EPS, aumentar los recursos destinados a la salud, esas y muchas cosas que se está estudiando para buscar la mejora en la prestación del servicio de salud.

Anexo 10. RELATORÍA DE AUDIENCIA EN CALI

CALI	
FECHA	13 de febrero de 2024
LUGAR	Coliseo de la Escuela Nacional del Deporte Cl. 9 #34-01 Cali
CONGRESISTAS PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> - H.S. Wilson Arias - H.S. Martha Peralta - H.S. Ferney Silva - H.R. Alfredo Mondragón - H.R. Alejandro Ocampo - Secretario de la Comisión Séptima: Praxere Ospino
DELEGADOS DEL GOBIERNO	<ul style="list-style-type: none"> - Guillermo Alfonso Jaramillo (Ministro de Salud y Protección Social) - Luis Alberto Martínez (Viceministro de Protección Social) - Ulahy Beltrán (Superintendente Nacional de Salud) - Félix Martínez (Director general de la ADRES)
ASISTENTES	1500 personas
LINK	https://www.youtube.com/watch?v=kBySqpsiYa4
PARTICIPACIONES	
ORGANIZACIÓN	ARGUMENTACIÓN EXPUESTA
<i>Ministro de Salud</i>	<p>Hace una referencia de la importancia de la atención primaria en salud y como a partir de la ley 100 el derecho fundamental a la salud se volvió un negocio. Y la reforma lo que busca es materializar lo logrado en el 2015 a través de la ley estatutaria de salud y la amplia jurisprudencia de la Corte Constitucional. Lo que propone la reforma es:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que no sea un negocio 2. Formalización del talento humano en salud 3. El giro sea directo desde la ADRES a los prestadores del servicio 4. Equipos básicos multidisciplinarios que lleguen a la práctica a los territorios 5. Trasportes asistenciales. Creación de un buque para el litoral pacífico. <p>Es el pueblo colombiano el que a través de su trabajo y de sus impuestos costean los servicios de salud. El ministro anuncia que a pesar de que está tramitándose la reforma en el Congreso, ya el Gobierno ha venido avanzando en la práctica en la inversión de los CAPS. La reforma si está financiada y hace claridad que la sentencia de la Corte frente a los presupuestos máximos el Ministerio ya tenía contemplado el plan de pagos y quedará pago a finalizar este mes de febrero.</p>
<i>Federación Médica colombiana</i>	Han construido instrumentos para hacer pedagogía sobre la reforma dado que son conscientes que los enemigos de

<i>Paciente de enfermedades huérfanas</i>	la reforma hacen alarmas sobre situaciones que no ocurrirán como el tema de desfinanciamiento del sistema. Dan un agradecimiento al Superintendente y apoyan la labor que están haciendo, tratando de levantar el velo corporativo.
<i>Representación de las enfermeras</i>	Hace claridad que la atención de sus enfermedades siempre las ha atendido y pagado el Estado no las EPS. Los hospitales y clínicas podrán hacer una mejor atención con lo que propone la reforma dado que los recursos finalmente van a estar asegurados y serán para prestar el servicio y no para ser un negocio para las EPS. Hace un reconocimiento especial para la red hospitalaria de oriente en la atención primaria previniendo y atendiendo las enfermedades huérfanas.
<i>Secretaria de Salud del Valle del Cauca</i>	Hace una denuncia que las enfermeras están en un modelo de contratación precaria que permite que las despidan constantemente. Las enfermeras apoyan la reforma a la salud y están altamente capacitadas para atender a los pacientes de Colombia.
<i>Secretario de Salud de Cali</i>	Están de acuerdo con la mayor parte de la reforma a la salud. Sienten que hacen falta dos temas importantes a integrar como lo son los accidentes de tránsito y los accidentes laborales. Observan que dentro del articulado existen artículos contradictorios y harán llegar sus propuestas a la comisión séptima del senado.
<i>Vicerrector académico de la escuela nacional de deporte</i>	Están de acuerdo con la parte de la reforma sobre la atención primaria en salud, sin embargo, considera que aún se puede mejorar el articulado.
<i>Diputado del Valle del Cauca por el pacto histórico</i>	Da una bienvenida al sector de salud a esta escuela. Y cree que esta reforma a la salud los ha puesto a reflexionar el papel del deporte con la prevención en salud en los territorios junto con programas de alimentación. Están seguros que con la reforma se podrá mejorar la condición física y de salud de los ciudadanos de esta región.
<i>Gerente de la EPS Sanitas</i>	La salud es un derecho no es negocio. Defiende la estabilidad laboral de los trabajadores de la red pública en salud en el departamento del Valle del Cauca. Denuncia que las EPS se han robado la plata de la salud por eso se están declarando en quiebra y se liquidan. Trabajaran incansablemente porque ningún hospital de la red pública sea liquidado. Saluda el trabajo del superintendente de salud que ha hecho una vigilancia efectiva de los recursos que el Estado gira para prestar los servicios de salud. Esta reforma ha sido bien discutida no como la ley 100.
	Los objetivos de salud deben ser que se vean resultados que sean satisfactorios, que el sistema sea sostenible, con bienestar para los trabajadores y en equidad para las partes. Proponen que los responsables del cuidado y

<p><i>Asociación Colombiana de Salud Pública</i></p> <p><i>Asociación de Hospitales Públicos</i></p> <p><i>Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas</i></p> <p><i>Veeduría ciudadana en salud</i></p> <p><i>Representante de LGTBIQ+</i></p>	<p>bienestar de las personas recaiga en las gestoras. Y para ello que las redes que se conformen estén integradas en la atención primaria y de media y alta complejidad. Están de acuerdo que haya el giro directo en todas las direcciones para que haya remuneración correcta para las gestoras.</p> <p>Ellos han hecho un documento que dejaron en la comisión. Los puntos en los que están de acuerdo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer las funciones de la ADRES y la Super. 2. Cambiar el rol de las EPS como intermediarias. 3. Comprometer más a la academia en la implementación del plan de salud. 4. Formalizar el talento humano en salud. <p>Ellos resaltan el trabajo de interlocución con los organismos internacionales. Los retos es la aplicación correcta de la APC. También es como nos enfrentamos al desarrollo tecnológico moderno.</p> <p>Nos encontramos en una incertidumbre y una campaña desinformación. Ven con aliento que el discurso de las EPS ya aceptó el giro directo y las garantías para los trabajadores del sector salud. Existe una crisis en el sistema de salud por cuenta de este sistema que ya adeuda 13 billones de pesos por parte de las EPS. Dentro de lo que se debe mejorar en la reforma es la fragmentación y pide que se saneen las deudas a los hospitales. El giro directo debe subir del 80% al 85% dado que está demostrado que después de auditoría las glosas no pasa del 6%.</p> <p>La doble aceptación esto es aceptar que hay aciertos y que también hay problemas. Y en este sentido se necesita una reforma que se eficiente y de alta cobertura, que tenga giro directo y no integración vertical. El ADRES como pagador único y no como auditor. Deben crear un fondo de garantías.</p> <p>Agradecen la intervención y oportuna respuesta de la superintendencia de salud. Y quieren felicitar los avances y esfuerzos que han hechos los constructores de esta reforma. Quieren pedir para que se tengan encuentras las enfermedades mentales en esta reforma la cual se expresa en mayor medida en las mujeres. Además, piden que la reforma traiga enfoque de género y prevención en violencias basadas en género en los derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>Ven con preocupación que no se tenga en cuenta a esta población en la reforma y que tengan una ruta integral de atención para sus necesidades. Igual educación en atención a la población LGTBIQ+ en los trabajadores de la salud. Necesitan actualizar los sistemas de información donde se incluyan las categorías donde todos se sientan recogidas.</p>	<p><i>Representante de los trabajadores del sector salud</i></p> <p><i>Comuna 7 de Cali</i></p> <p><i>Representante de cuidadores</i></p> <p><i>Superintendente de salud</i></p> <p><i>Madre cuidadora</i></p> <p><i>Representante estudiantil de la Univalle</i></p> <p><i>Usuario de la EPS en Cartago</i></p>	<p>Ratifican su apoyo a la reforma a la salud y esperan que las condiciones laborales del talento humano en salud sean formalizadas.</p> <p>En nombre de las JAC de la comuna 7 viene a manifestar que es lo que sufren las personas de las comunas y de los niños en condición de discapacidad no son bien atendidos por eso necesitan que la reforma a la salud pase.</p> <p>Este modelo de salud que propone la reforma es un clamor ciudadano es una necesidad primaria de vida. Quieren que se fortalezca el tema de participación para poder ser veedores de los recursos públicos.</p> <p>Actualmente existe 18 billones de pesos de deuda de las eps activas y 7.1 billones de pesos de deuda de las que están liquidadas o en proceso de liquidación, esto genera una deuda de más de 25 billones de pesos, estas deudas son consecuencia de la falta de control. Se habla de una insuficiencia de la UPC a partir del gobierno actual, pero este es un problema que viene desde el 2014 y este gobierno esta intentando solucionarlo.</p> <p>La reforma pretende fortalecer el sistema de vigilancia y control para mejorar la auditoría de los recursos, dado que las herramientas que tiene la superintendencia son débiles, por tal razón mediante el proyecto de ley se piden ciertas facultades para poder mejorar y dar soluciones a las quejas que las personas realizan hoy en día. Este gobierno ha buscado fortalecer los hospitales públicos, no liquidarlos a pesar de los problemas económicos que muchos presentan actualmente.</p> <p>Los recursos públicos son sujetos del control fiscal, este gobierno trabaja en eso y en mostrar que las obligaciones de las entidades son para cumplirlas. El componente de intermediación no le agrega valor al proceso sino costos, por eso el proyecto pretende que los recursos que va a girar el gobierno se controlen y lleguen a los que más lo necesitan.</p> <p>Vienen a denunciar que las EPS ponen muchísimas barreras de acceso al sistema de salud. Y esta falta de atención pone en riesgo las vidas de los niños en condición de discapacidad cognitiva.</p> <p>Crean que estos espacios son muy necesarios para despejar dudas y hacer pedagogía sobre la reforma, es indispensable desmentir a los partidos que se oponen a la reforma a la salud y es porque tienen intereses económicos que con la reforma se ven afectados</p> <p>Denuncia que la misma audiencia da muestra de lo que es el sistema de salud hoy y es que antes de él todas las intervenciones son de Cali, los demás municipios del Valle del Cauca no son tenidos en cuenta en este sistema por</p>																					
<p><i>Persona en condición de discapacidad</i></p> <p><i>Colectivo del oriente de Cali</i></p> <p><i>Delegada de las mujeres Trans</i></p> <p><i>Pacientes crónicos</i></p> <p><i>Viceministro de protección social</i></p> <p><i>Director de la ADRES</i></p> <p><i>HS Wilson Arias</i></p>	<p>eso es necesaria la reforma a la salud.</p> <p>Todo lo que se ha escuchado por su población no está recogida en la reforma de forma adecuada. Solicitan y exigen que se cree un sistema propio para las personas en condición de discapacidad.</p> <p>La realidad es que los centros de salud en el oriente Cali se encuentran cerrados por las malas administraciones de la red pública en el oriente de Cali. Piden que se realice una intervención para los recursos que han anunciado se van a intervenir en este sector. Y piden que se elijan a los directores a través de asambleas populares.</p> <p>Según un estudio de la OMS indica que las mujeres trans tienen un promedio de vida de 35 años, esto debido a que se vulneran de manera sistemática muchos de sus derechos. Incluyendo el acceso al sistema de salud por barreras y exclusión en el sistema negando procedimientos y prevención. Además de una falta de entender el contexto en el que se encuentran las mujeres trans.</p> <p>Quieren que se tengan en cuenta en esta reforma la medicina alternativa y los saberes ancestrales de los pueblos indígenas.</p> <p>Esta reforma se viene construyendo desde la ley 100 solo que en este Gobierno se abrió la oportunidad para corregir por ejemplo todos esos hospitales que están reconstruyendo.</p> <p>Frente a las personas en condición de discapacidad existe un artículo que plantea como se integran ellos al sistema de salud y un pago remunerado para las personas cuidadoras. Y por último, se avanza en la formalización del talento humano en salud. Esta reforma busca 3 cosas. El primero el goce efectivo del derecho a la salud, la materialización de este resguardando la red pública, y tercero ligado a los dos anteriores protegiendo los recursos a través del giro directo</p> <p>Este sistema no sirve porque antes de ser un sistema de salud es un sistema de Facturación. Cuando se inició con la socialización de la reforma nadie creía que se podía cambiar el sistema de salud, hasta los ministros de despacho cuestionaron, y ahora hasta las EPS dicen que es necesario que habrá que cambiar cosas pero que los puntos centrales como la atención primaria y el giro directo son indispensables.</p> <p> Cree que el debate ha avanzado y las audiencias públicas muestran ello. Han puesto los puntos centrales de la discusión. Como por ejemplo las funciones de las hoy EPS y pronto gestoras de salud y vida. Hace una invitación a que se acerquen los documentos a la comisión séptima y que los partidos jueguen limpio y debatiendo con argumentos en el Congreso para que podamos entregarle a Colombia un texto de ley llamado reforma a la salud.</p>	<p align="center">Anexo 11. RELATORÍA DE AUDIENCIA EN CARTAGENA</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CARTAGENA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FECHA</td> <td>15 de febrero de 2024</td> </tr> <tr> <td>LUGAR</td> <td>Universidad del Sinú Teatro Universitario José Consuegra Higgins</td> </tr> <tr> <td>CONGRESISTAS PARTICIPANTES</td> <td>- H.S. Martha Peralta. - H.S. Wilson Arias. - H.S. Nadia Blel. - H.S. Sandra Lobo. - H.S. Norma Hurtado. - H.S. Juan Pablo Gallo. - H.R. Dorina Hernández - Praxere Ospino - Secretario de la Comisión Séptima Senado.</td> </tr> <tr> <td>DELEGADOS DEL GOBIERNO</td> <td>- Guillermo Alfonso Jaramillo (Ministro de Salud y Protección Social) - Luis Alberto Martínez (Viceministro de Protección Social) - Ulahy Beltrán López (Superintendente Nacional de Salud)</td> </tr> <tr> <td>ASISTENTES</td> <td>700 personas</td> </tr> <tr> <td>LINK</td> <td>https://www.youtube.com/watch?v=PHhJnPsYpa4</td> </tr> <tr> <th colspan="2">PARTICIPACIONES</th> </tr> <tr> <th>ORGANIZACIÓN</th> <th>ARGUMENTACIÓN EXPUESTA</th> </tr> <tr> <td>Martha Peralta Honorable Senadora Presidenta de la Comisión VII del Senado</td> <td>Da la bienvenida a los asistentes, hace referencia a la labor que ha venido realizando la comisión séptima y el gobierno nacional para escuchar a los ciudadanos con respecto a sus inquietudes y aportes al proyecto de la reforma a la salud. Evidencia que en el departamento de Bolívar existen 2.3 millones de usuarios que se encuentran afiliados, de los cuales el 68% se encuentran en el régimen subsidiado, además, más de 3.000 tutelas se han presentado por falta de alguna prestación en el servicio de salud, de las cuales el 87% fueron concedidas al ciudadano, lo cual evidencia la necesidad de mejorar el servicio. Hace la claridad de que las EPS no van a desaparecer sino por el contrario se van a transformar y las IPS se van a fortalecer, así mismo, expresa que este proyecto de ley va a dignificar a los trabajadores de la salud.</td> </tr> <tr> <td>Nadia Blel Honorable Senadora Ponente del proyecto de Ley</td> <td>Da la bienvenida a los asistentes y agradece a las personas que apoyaron en la organización de la audiencia. Expresa que construir para proteger a los usuarios del sistema de salud es la premisa del proyecto de ley y para ello se organizan espacios como las audiencias para</td> </tr> </tbody> </table>	CARTAGENA		FECHA	15 de febrero de 2024	LUGAR	Universidad del Sinú Teatro Universitario José Consuegra Higgins	CONGRESISTAS PARTICIPANTES	- H.S. Martha Peralta. - H.S. Wilson Arias. - H.S. Nadia Blel. - H.S. Sandra Lobo. - H.S. Norma Hurtado. - H.S. Juan Pablo Gallo. - H.R. Dorina Hernández - Praxere Ospino - Secretario de la Comisión Séptima Senado.	DELEGADOS DEL GOBIERNO	- Guillermo Alfonso Jaramillo (Ministro de Salud y Protección Social) - Luis Alberto Martínez (Viceministro de Protección Social) - Ulahy Beltrán López (Superintendente Nacional de Salud)	ASISTENTES	700 personas	LINK	https://www.youtube.com/watch?v=PHhJnPsYpa4	PARTICIPACIONES		ORGANIZACIÓN	ARGUMENTACIÓN EXPUESTA	Martha Peralta Honorable Senadora Presidenta de la Comisión VII del Senado	Da la bienvenida a los asistentes, hace referencia a la labor que ha venido realizando la comisión séptima y el gobierno nacional para escuchar a los ciudadanos con respecto a sus inquietudes y aportes al proyecto de la reforma a la salud. Evidencia que en el departamento de Bolívar existen 2.3 millones de usuarios que se encuentran afiliados, de los cuales el 68% se encuentran en el régimen subsidiado, además, más de 3.000 tutelas se han presentado por falta de alguna prestación en el servicio de salud, de las cuales el 87% fueron concedidas al ciudadano, lo cual evidencia la necesidad de mejorar el servicio. Hace la claridad de que las EPS no van a desaparecer sino por el contrario se van a transformar y las IPS se van a fortalecer, así mismo, expresa que este proyecto de ley va a dignificar a los trabajadores de la salud.	Nadia Blel Honorable Senadora Ponente del proyecto de Ley	Da la bienvenida a los asistentes y agradece a las personas que apoyaron en la organización de la audiencia. Expresa que construir para proteger a los usuarios del sistema de salud es la premisa del proyecto de ley y para ello se organizan espacios como las audiencias para
CARTAGENA																								
FECHA	15 de febrero de 2024																							
LUGAR	Universidad del Sinú Teatro Universitario José Consuegra Higgins																							
CONGRESISTAS PARTICIPANTES	- H.S. Martha Peralta. - H.S. Wilson Arias. - H.S. Nadia Blel. - H.S. Sandra Lobo. - H.S. Norma Hurtado. - H.S. Juan Pablo Gallo. - H.R. Dorina Hernández - Praxere Ospino - Secretario de la Comisión Séptima Senado.																							
DELEGADOS DEL GOBIERNO	- Guillermo Alfonso Jaramillo (Ministro de Salud y Protección Social) - Luis Alberto Martínez (Viceministro de Protección Social) - Ulahy Beltrán López (Superintendente Nacional de Salud)																							
ASISTENTES	700 personas																							
LINK	https://www.youtube.com/watch?v=PHhJnPsYpa4																							
PARTICIPACIONES																								
ORGANIZACIÓN	ARGUMENTACIÓN EXPUESTA																							
Martha Peralta Honorable Senadora Presidenta de la Comisión VII del Senado	Da la bienvenida a los asistentes, hace referencia a la labor que ha venido realizando la comisión séptima y el gobierno nacional para escuchar a los ciudadanos con respecto a sus inquietudes y aportes al proyecto de la reforma a la salud. Evidencia que en el departamento de Bolívar existen 2.3 millones de usuarios que se encuentran afiliados, de los cuales el 68% se encuentran en el régimen subsidiado, además, más de 3.000 tutelas se han presentado por falta de alguna prestación en el servicio de salud, de las cuales el 87% fueron concedidas al ciudadano, lo cual evidencia la necesidad de mejorar el servicio. Hace la claridad de que las EPS no van a desaparecer sino por el contrario se van a transformar y las IPS se van a fortalecer, así mismo, expresa que este proyecto de ley va a dignificar a los trabajadores de la salud.																							
Nadia Blel Honorable Senadora Ponente del proyecto de Ley	Da la bienvenida a los asistentes y agradece a las personas que apoyaron en la organización de la audiencia. Expresa que construir para proteger a los usuarios del sistema de salud es la premisa del proyecto de ley y para ello se organizan espacios como las audiencias para																							

	<p>escuchar a los ciudadanos y conocer que necesidades tienen. Invita a los asistentes a hablar sobre si son suficientes los recursos y términos de transición que se proponen en la reforma, riesgo en salud y riesgo financiero, si lo que propone la reforma es suficiente para dignificar el talento humano en salud, así que pide las intervenciones sean muy propositivas.</p>		<p>lo que es evidente y necesario porque la salud de los colombianos merece inversión. Actualmente las EPS no llegan a la Colombia profunda y a las zonas rurales, es allí donde esta reforma pretende mejorar, para que las personas que viven en estas zonas puedan tener acceso a un servicio de salud digno.</p>
<p>Wilson Arias Honorable Senador Coordinador Ponente del proyecto de ley</p>	<p>Hace una crítica a una publicación que realizó Bruce Mac Master cuando se refirió a la reforma a la salud como innecesaria y que le preocupan los procedimientos de alto riesgo, expresándole que en los artículo 50 y 22 se incluyen las enfermedades de alto costo y que en estas audiencias se ha buscado la mayor participación posible. Además hace una explicación sobre como las EPS han afectado el sistema y porque existe falta de recursos en el mismo.</p>	<p>Secretario de Salud Departamental de Bolívar</p>	<p>En salud existen dos grandes puntos que es el riesgo en salud y financiero, además la atención primaria no es algo nuevo sino siempre ha existido, lo importante no son los precios ni los costos sino las personas que actualmente evidencian problemas en la atención en salud.</p>
<p>Norma Hurtado Honorable Senadora Ponente del proyecto de ley</p>	<p>Saluda a los anfitriones de la audiencia y asistentes. Agradece al Ministro por recibir y mejorar algunos aspectos durante el año que lleva el trámite, pero hace la claridad de que aún existen preocupaciones, entre ellas el pago de los presupuestos máximos, el suprimir obligaciones que actualmente contribuyen en la prestación del servicio. Resalta que desde la comisión séptima se estableció un control trimestral a los presupuestos máximos que va a contribuir a tener un mejor control de lo mismos y recuerda el pronunciamiento de la corte con respecto al pago de los presupuestos por parte del Ministerio de Salud. El debate llega a la comisión séptima asfixiado y debilitado, además a través de decreto el gobierno ha venido reglamentando ciertos aspectos de la reforma. Reitera la necesidad de un concepto por parte de hacienda, dado que el concepto de factibilidad que hacienda dio a conocer el año pasado no cumple con los requisitos de ley. Invita a construir sobre lo construido y a pensar en que es lo más conveniente para el sistema. Expresa que la comisión séptima actúa con responsabilidad y a todos sus integrantes les interesa garantizar la vida de los colombianos.</p>	<p>Secretario de Salud Distrital de Cartagena</p>	<p>Todas las personas que intervienen coinciden en que se necesita una salud integral, que exista financiación y que los pacientes sean bien atendidos, con humanización e integridad, esta reforma tiene que adaptarse a los nuevos tiempos porque estos van cambiando y se necesita que el ser humano sea dignificado. En Cartagena se ha mejorado en la afiliación pero es deficiente la cobertura y hoy se debe mejorar. En Cartagena se está trabajando en las redes integrales y redes integradas junto con las EPS e IPS, además de la reducción de mortalidad con las madres, cumpliendo indicadores, entre otras acciones.</p>
<p>Julián Gallo Honorable Senador</p>	<p>Evidencia la necesidad de un cambio en el modelo de salud, dado que la intermediación ha generado que los recursos de los colombianos se pierdan y se generen problemas en la prestación de los servicios de salud, resalta que el objetivo de esta audiencia es escuchar las propuestas de los ciudadanos.</p>	<p>Guillermo Villareal Asociación Colombiana de Sociedades Científicas</p>	<p>Solicita el personal a la salud sea tenido en cuenta, dado que ellos son los encargados de atender a los pacientes, así como tener en cuenta a las asociaciones científicas. Hace un llamado a los senadores a ser responsables en las decisiones que se tomen en este órgano legislativo.</p>
<p>Sandra Lobo Honorable Senadora</p>	<p>Hace referencia a que los medios se encuentran desinformando, pone el ejemplo que en algunos de ellos se ha dicho que las reformas van aumentar el gasto público,</p>	<p>Lucio Rangel Fundación Renal de Colombia</p>	<p>Propone un cambio en el manual tarifario único, así como diferenciar el transporte asistencial terrestre del marítimo, un parto natural a uno con cesárea, que las tarifas por zona geográfica sean diferenciales.</p>
<p>Manuel Mendoza Miembro de la Asociación de Usuarios</p>	<p>Da la bienvenida a la reforma porque es necesaria, resalta el giro directo que se propone en el proyecto de ley dado que dará agilidad al sistema y pide se acoja lo bueno que existe en el sistema hoy y que el cambio sea gradual.</p>	<p>Juan Carlos Alcalde de Altos del Rosario</p>	<p>Existen 10.000 afiliados de la EPS mutual ser, de los cuales un gran porcentaje ha tenido que interponer tutelas porque no reciben los servicios de salud, lo cual no debe seguir permitiéndose. En Altos del Rosario, no tienen hospitales, no tienen muchos servicios de salud y pide al ministro construir hospitales en este lugar.</p>
<p>Gerald Mesa Valdez IPS Progresistas de Colombia</p>	<p>Expone las deudas que las EPS tienen con el sistema y como estas han generado problemas en la atención en salud, afirma que estas se han enriquecido con el dinero de los colombianos y hoy reclaman porque no les alcanza los dineros. Propone mayor vigilancia y control por la superintendencia de salud ya sea con o sin la reforma porque este es un tema de importancia nacional.</p>	<p>Alberto Perci Hospital Infantil Napoleón Franco</p>	<p>Expresa la necesidad de atención de los niños y adolescentes, y que se garantice un flujo de recursos. Expresa la necesidad de cambios y rescata algunos aspectos que propone la reforma.</p>
<p>Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos - ACESI</p>	<p>Expresa su apoyo a la reforma porque el talento humano en salud va a ser dignificado, la salud publica será fortalecida con la estrategia de atención primaria y que tendrá en cuenta los determinantes de salud.</p>	<p>Cesar Cárcamo Comisión Nacional de Usuarios de la Salud Pública</p>	<p>Exalta la labor de la Senadora Nadia debido a que ella ha trabajado por los niños con cáncer, hace referencia a que cerca de la universidad existe un hospital que esta abandonado y le pide al Ministro ir a visitarlo y ver las condiciones en las que se encuentra. Hace un panorama de la difícil situación de salud que tiene Cartagena.</p>
<p>Steven Hernández Organización Sindical</p>	<p>Apoyan la reforma a la salud y evidencia su necesidad para fortalecer el sistema de salud, solicitan al gobierno mejorar las condiciones de del talento humano en salud.</p>	<p>Junta de Acción Comunal de Soplavivir Bolívar</p>	<p>proyecto de ley que entrega al Ministro de Salud.</p>
<p>Dorina Hernández Honorable Representante a la Cámara</p>	<p>Saluda a los asistentes y expone como fue el trámite de la reforma en la Cámara de Representantes, además afirma que el interés de los particulares primo sobre los pacientes, por eso estuvo demorado el trámite. Expresa que se necesita dignificar la vida y se necesita un acuerdo nacional que permita mejorar el actual sistema de salud.</p>	<p>Carmen Dávila Presidente de Gestar Salud</p>	<p>Expone dudas que tienen respecto a cómo se va a prestar el servicio de salud, por lo que no es claro en la reforma como se van a implementar la ruta de atención, critica que el texto no es claro al leerlo y se dificulta su comprensión, además pide que se escuche más a los pacientes.</p>
<p>Galo Viana Gerente Mutua Ser EPS</p>	<p>Ofrece disculpas por los malos servicios que se puedan presentar por parte de la EPS. Expresa que la reforma a la salud debe buscar mejorar la atención en los servicios y expone que se han reunido con el gobierno para expresar sus preocupaciones y que se les diera claridad sobre cómo van a ser las funciones de las diferentes entidades en la reforma.</p>	<p>Rafael Torres Paciente</p>	<p>Expone su caso porque considera que recibió una mala atención y tratamiento en una clínica de reposo.</p>
<p>Carlos Arturo Gremio enfermedades huérfanas</p>	<p>Expone que ellos no representan a las EPS sino a los pacientes que viven con una condición crónica, además afirma que la reforma es necesaria para el país, pero solicitan que se garantice el acceso y la seguridad financiera de los tratamientos de alto costo y sean tenidos en cuenta.</p>	<p>Liliana Alianza de usuarios</p>	<p>Apoyan en gran parte la reforma a la salud, sin embargo, critica la estigmatización que se está dando frente a las EPS, dado que consideran que no todos los aspectos respecto a estas son malos, así mismo considera que se debe tomar lo que funciona en el sistema y trabajar sobre esto.</p>
<p>Juan Pablo Rueda Gerente de la EPS Sanitas</p>	<p>Expone con cifras la carga económica del departamento de Bolívar y pide al Ministro de Salud contribuir a resolver este problema financiero, sin embargo reconoce que el gobierno está siendo consciente de este tema y reconoce que se han realizado algunas acciones para resolverlo. Proponen que la reforma establezca el responsable del cuidado en la conformación de las redes, giro directo a los actores, transición adecuada y remuneración correcta.</p>	<p>Miriam</p>	<p>Expone las dificultades que tiene un paciente para acceder a un servicio de salud o para que les entreguen los medicamentos, por lo que pide que la superintendencia de salud ponga atención a estos asuntos que se presentan con frecuencia en Cartagena.</p>
<p>Luz España</p>	<p>Expone las necesidades de su municipio en temas de salud y presenta a la mesa una propuesta escrita para el</p>	<p>Representación de comunales</p>	<p>Consideran que se debe hacer un esfuerzo especial en los entes de control para hacer que el servicio se preste. Dado que los usuarios se sienten desprotegidos, denuncian que los maltratan y no los atienden.</p>
		<p>Usuarios de la EPS Ferrocarriles</p>	<p>Denuncian falta de atención, de especialistas, demora en las citas y que el problema más evidente es la entrega de medicamentos donde existen casos que nunca los entregan.</p>
		<p>JAC de Cartagena</p>	<p>Nos llama la atención que en el año 2023 fueron 84 billones y para el 2024 serían 95 billones que se invierten en el sector salud y ven que las EPS dicen que no tienen recursos y el Estado no tiene control de esos recursos para garantizar la buena prestación del servicio. El estado de los hospitales en Cartagena es regular pero en los municipios son precario. Piden al Gobierno garantías para los usuarios.</p>
		<p>Guillermo Alfonso Jaramillo Ministro de Salud y Protección Social</p>	<p>En cuanto al tema financiero de la reforma a la salud, se evidencia la necesidad de aumentar el recurso, por lo que el Ministro insiste en la necesidad de una reforma, así mismo, evidencia como este gobierno ha aumentado el recurso en salud con respecto a otros gobiernos. Explica que existirán dos cuentas corrientes, una para el fortalecimiento de la red pública y otra para la atención primaria. Respecto a los CAPS, en su mayoría serán los centros de salud abandonados a lo largo del país, ahora bien, con</p>

	<p>respecto a los profesionales de la salud, esta reforma buscará dignificar su trabajo y mejorar sus condiciones laborales. Además, se pretende generar el saneamiento de los pasivos, dado que la mayoría de eps no tienen reservas y en la actualidad tienen una deuda de más de 18 billones. Con cifras se evidencia que el Ministerio ha cancelado los presupuestos máximos y lo que falta por cancelar ya se encuentra aprobado el recurso aprobado en el confis.</p>
<p>Patricia Gerente de niños de papel IPS</p>	<p>Pide claridad en cómo se está atendiendo los temas de salud mental y solicita que este tema sea incluido en la reforma.</p>
<p>Ulahy Beltrán López Superintendente de Salud</p>	<p>En un año se presentaron más de dos millones de quejas, de las cuales el 30% eran peticiones relacionadas con temas de vida. Los recursos públicos están sujetos al control fiscal y por eso explica como la reforma fortalecería los procesos de auditoría para mejorar el control fiscal y que deje de ocurrir lo que actualmente ocurre con respecto a que no se conoce donde se encuentran los recursos.</p>

	<p>3.Dignificación del talento humano. 4.Fortalecimiento de las autoridades sanitaria. 5.Y la territorialización del sistema. Les sigue causando inquietud: 1.Como se coordina el sistema. 2.Falta de concepto técnicos en la viabilidad fiscal. 3.El tiempo de transición es muy corto.</p>
<p>Eucaris Echeverría</p>	<p>Cree que es importante que se implante los tamizajes ampliados neonatales para prevenir las enfermedades. Y que las EPS conozcan los informes que deben tener el Instituto Nacional de Salud para saber qué enfermedades deben prevenir y atender. Está de acuerdo que los promotores y que este no es un problema solo del Ministerio de Salud también hay un problema de enfermedades relacionadas con el trabajo y las ARL no atienden y si se ganan esos recursos.</p>
<p>Federación Sindical de las JAC en Barranquilla</p>	<p>En Barranquilla los líderes comunales ven que la atención en salud este fallando en algo dado que a ellos los buscan los habitantes de sus barrios para que les ayuden y cree que lo que se debe mejorar es el acceso, cobertura, un servicio de calidad.</p>
<p>Representante de la sociedad Colombiana de Anestesiología</p>	<p>La atención médica y el personal de salud debe ser respetado porque son maltratados igual que capacitaciones. El talento humano en salud ha sido víctima en los retrasos en los pagos y en el aumento que por ley debería hacerse. También ellos consideran que debe existir un régimen especial laboral para el talento humano en salud que tenga todas las garantías de horas extras, seguridad salud. Y por último, pide que la deuda con los trabajadores de la salud no se heche en el olvido.</p>
<p>ANDI</p>	<p>Agradecen el espacio y espera que realmente se pueda llegar a acuerdos. El aseguramiento de salud es aquellos que asumen los riesgos y el Colombiano es de talla a nivel mundial. Advierten, que los recursos no alcanzan y que por eso es que el modelo de aseguramiento no puede brindar el servicio y que de esta manera pone en riesgo la salud de todos pero sobre todo de los más graves. Manifiestan que el sistema que propone el gobierno abre la puerta para que haya corrupción y se apropien de recursos públicos. Ellos no están manifestando que no se construyan CAPS sino que se construyan los necesario y no un festín de inversión que no tiene un estudio que los sustente.</p>
<p>ACEMI</p>	<p>Creen que deben estar claros los roles de cada pieza del sistema dado que si no se hace puede verse en peligro la prestación del sistema. Ven con gran preocupación que si se presenta una falla se tiene ese actor de aseguramiento que responde las tutelas y el riesgo económico es decir</p>

Anexo 12. RELATORIA DE AUDIENCIA EN BARRANQUILLA

BARRANQUILLA	
FECHA	16 de febrero de 2024
LUGAR	Universidad Simón Bolívar
CONGRESISTAS PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> - H.S. Wilson Arias. - H.S. Nadia Blel. - H.S. Alirio Barrera. - Praxere Ospino - Secretario de la Comisión Séptima Senado.
DELEGADOS DEL GOBIERNO	<ul style="list-style-type: none"> - Guillermo Alfonso Jaramillo (Ministro de Salud y Protección Social). - Luis Alberto Martínez (Viceministro de Protección Social). - Ulahy Beltrán López (Superintendente Nacional de Salud). - Félix León Martínez (Director de la ADRES).
ASISTENTES	700 personas
LINK	https://www.youtube.com/watch?v=ZpjiveZFBGQ
PARTICIPACIONES	
ORGANIZACIÓN	ARGUMENTACIÓN EXPUESTA
<p>Ex senador Alberto Daun</p>	<p>Tener tranquilidad en la solidaridad en la red. Que el flujo de los recursos sea variable y que giren directamente. Está de acuerdo que las EPS se transforme en gestoras de salud y vida y presenten el servicio de auditoría y de desglose del sistema.</p>
<p>Pacientes Colombia y Asocaiación colombiana de enfermos hepáticos y renales</p>	<p>Denuncian que el ministro no los ha escuchado en espacios en Bogotá, señalan que son la voz de muchos pacientes que les preocupa esta reforma y no sabe qué va a pasar en tres o cuatro años y no quiere que la salud se politice.</p>
<p>Gerente de IPS</p>	<p>Quiere que le quiten el manejo de los recursos a quienes han saqueado el sistema de salud. Ha habido Senadores y Ex Senadores que son dueños de estas EPS. El como gerente de la IPS es víctima de como las EPS nunca le pagaron los servicios que ellos prestaron. Y por el contrario solo beneficiaron a sus redes e IPS.</p>
<p>Alcalde de Sabanalarga</p>	<p>Es testigo que en Sabanalarga del 2016 y 2019 se murieron 300 pacientes por falta de atención de las EPS, no dice que sea porque sean malas sino que estan sobre cargadas. Está de acuerdo con el giro directo y que las EPS hagan las auditorias.</p>
<p>Decano de la facultad de medicina</p>	<p>Les entusiasma del proyecto de ley: 1.Atención primaria de salud y redes integrales e integradas. 2.El sistema de información.</p>

	<p>atender el paciente y responder por los recursos. Debe el proyecto mejorar la redacción con las funciones dado que se traslapa y se confunden estas funciones y quien hace que en cada interacción del sistema eso genera un peligro grave. Pide que los Senadores examinen con cuidado el texto en los detalles de cada paso que tendría hacer un paciente en el sistema de datos. E insisten en que el sistema está des financiado y no estan recibiendo el recurso de los presupuestos maximos y el Gobierno deberá cu ampliar el mandato de la Corte Constitucional.</p>
<p>GESTAR SALUD</p>	<p>Les preocupa que el usuario va a tener que enfrentarse por lo menos a 6 actores que no se entiende muy bien que harán cada uno y esto pone en riesgo la prestación del servicio. Son consistentes que existe un problema de mora en asignación de citas puntualmente con especialistas y de entrega de medicamentos. Invitan al Congreso de la República y al Gobierno a tener en cuenta estos aspectos. Hace claridad que a las EPS si les contratan los recursos, no como se ha dicho que nadie lo controla tiene a la superintendente, a los órganos de control y 20 reglas de negocios que maneja la ADRES.</p>
<p>Usuario del sistema subsidiado en salud</p>	<p>Cree que no es necesario cambiar el sistema sino debe hacerse unos ajustes, y tienen preocupaciones porque hay personas que trabajan en las EPS y no saben si se van a quedar sin trabajo.</p>
<p>Mesa nacional de usuarios de pacientes</p>	<p>Denuncian que los pacientes no han sido atendidos por el Ministro y que ya lleva un año la discusión no teniendo como centro los pacientes sino los recursos sabiendo que las EPS y dijeron que aceptan el giro directo. Se debe discutir es sobre la atención quien los va a atender y como. Y que creen oportunidades para las atenciones de las personas que viven en zonas muy alejadas. No están de acuerdo con que todo recaiga sobre los entes territoriales. Y frente a la libre elección, siente que se vulnera ese derecho porque en el CAP que le asignen debe ser atendidos. Consideran que la tecnología médica es necesaria para la atención en prevención y en general mejoraría el acceso y la cobertura. Es importante que se tenga claro la cadena de pago unas reglas de juego claras en los acuerdos públicos privados siempre serán necesarios. Es necesario la claridad en la ruta del acceso de los pacientes.</p>
<p>Representante de los estudiantes de la universidad del Atlántico</p>	<p>Piden que en la universidad se abra la carrera de medicina. No están de acuerdo con el representante de la ANDI al decir que no es necesario los CAP le parece el colmo que no se den cuenta cuan tan importante hubiese sido en el COVID que se hubiesen podido atender en barrios donde no hay puestos de salud y que se hubiesen podido salvar. Denuncia que la Nueva EPS debe ser intervenida dado que funcionarios de esta entidad están presionando a los IPS para no pagarles.</p>

Anexo 13. RELATORÍA DE AUDIENCIA EN MEDELLÍN

MEDELLÍN	
FECHA	23 de enero de 2024
LUGAR	Universidad de Antioquia Auditorio Camilo Torres
CONGRESISTAS PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> - H.S. Wilson Arias - H.S. Omar Restrepo. - H.S. Sandra Ramírez. - H.S. Berenice Bedoya. - H.R. Pedro Baracutao. - H.R. Alejandro Toro. - H.R. María Eugenia Lopera - H.R. Juan Camilo Londoño - H.R. Alfredo Mondragón
DELEGADOS DEL GOBIERNO	<ul style="list-style-type: none"> - Guillermo Alfonso Jaramillo (Ministro de Salud y Protección Social). - Luis Alberto Martínez (Viceministro de Protección Social) - Félix León Martínez (Director de la ADRES)
ASISTENTES	Aproximadamente 500 personas
LINK	https://www.youtube.com/watch?v=Ta0q_StuNY
PARTICIPACIONES	
ORGANIZACIÓN	ARGUMENTACIÓN EXPUESTA
Omar Restrepo <i>Honorable Senador</i>	Saluda a los asistentes a la audiencia pública, estos espacios de participación permiten que esta reforma sea una reforma incluyente y llena de consensos. Hace un llamado a la ciudadanía a unirse en favor de la reforma, porque esta es una reforma que pretende beneficiar a los colombianos no al gobierno, pues el único objetivo de esta iniciativa es que todos los colombianos tengan salud y este derecho sea garantizado a todos.
Jhon Jairo Arboleda <i>Rector de la Universidad de Antioquia</i>	Da la bienvenida a los asistentes, exalta que este sea un espacio de escucha que es lo que le falta a Colombia
Berenice Bedoya <i>Honorable Senadora</i>	Da la bienvenida a los asistentes de la audiencia, deja constancia de que en la comisión séptima se pueda aprobar la mejor reforma posible, por lo que se piensa seguir garantizando espacios de escucha a diferentes entidades y gremios del sector salud como se ha hecho hasta el momento. Expone puntos a considerar para tener en cuenta en la reforma: 1. Con respecto a los CAPS se debe tener mayor claridad de cómo será la financiación de estos mismos. Dentro del aval técnico del Ministerio de

Wilson Arias <i>Honorable Senador Coordinador Ponente</i>	Hacienda se hacen objeciones a los CAPS, de los cuales se proyecta 2.500 millones de pesos. Desde su punto de vista propone que los caps deben entrar implementando un plan de mediano plazo y deberá favorecerse a las zonas más alejadas del país. 2. Funciones de ADRES: pasaría a administrar y girar los recursos, entre las objeciones que ella observa esta que la adres solicita un plazo de tres años para tener la capacidad de auditar y que el seguimiento de los recursos necesita un plan de implementación. 3. Nuevos recursos de financiación del sistema: propone que se necesitan nuevos recursos para el sistema, por lo que propone que el Ministerio de Hacienda defina dos nuevos mecanismos de financiación que serían: cotización de los trabajadores cuenta propia y los independientes. 4. Propone un impuesto a las bebidas azucaradas que tenga como destinación mejorar el sistema de salud.
Sandra Ramírez <i>Honorable Senadora</i>	El senador hace referencia al informe de la Contraloría y como algunos sectores defienden que las eps hoy no tengan reservas técnicas, eso ocurre porque el estado colombiano ha estado capturado por las corporaciones en todos los órdenes, pero ha llegado un gobierno que quiere desligarse de esa captura. Ha llegado la oportunidad de realizar una verdadera reforma a la salud y no solo maquillar los problemas de la salud.
Alejandro Toro <i>Honorable Representante</i>	Da la bienvenida a los asistentes y expresa sus saludos a los miembros de la mesa. La salud del país debe ser para los colombianos y no para que las eps generen riqueza, se refiere a los hallazgos de la Contraloría y las estadísticas que se conocieron esta semana en el informe que publicaron, porque no es posible que nadie responda por los recursos de las reservas técnicas, se necesitan respuestas. Este tipo de audiencias son importantes para recogerlos e incluirlos en el debate de la reforma. Expresa su compromiso por sacar adelante la reforma en el Senado de la República.
	Actualmente tenemos un gobierno que es servidor del pueblo y se les acabo el tiempo a los explotadores del pueblo. Hace referencia al informe de la contraloría, por lo que se cito un debate de control político para que las eps respondan ante el Congreso donde se encuentra el dinero de las reservas técnicas, ya que no es posible que nadie sepa donde están esos dineros.

Alfredo Mondragón <i>Honorable Representante</i>	El Hospital del municipio de Murindo, es un hospital precario, que se inunda todo el año y este tipo de hospitales de la Colombia profunda son los que va a entrar apoyar el gobierno con la aprobación de esta reforma. Fueron muchos meses difíciles para lograr aprobar la reforma en la Cámara de Representantes. Reconoce el trabajo de la Representante Lopera y reconoce las propuestas de la Senadora Berenice que hay que entrar a evaluar en el debate. Expresa que esta reforma va a construir sobre lo construido y no va a iniciar desde cero. Las eps no han funcionado como aseguradoras, por el contrario tienen deudas millonarias con los que realmente prestan el servicio y cuando no tienen dinero debe entrar el estado a responder por esos dineros, eso no es justo y debe terminarse ya.
Edwin Gonzales Marulanda <i>Decano de la Facultad de Salud Pública</i>	Esta facultad ha defendido la salud como derecho fundamental, cuando era estudiante escuchaba cuando se advertida que la ley 100 de Uribe iba a llevar a la salud a una crisis, actualmente observo que esto se está evidenciando, ya que esa reforma debilito la red pública hospitalaria, precarizo al talento humano en salud, además hizo énfasis en un enfoque individual y desterritorializado. Expresa que Colombia merece un sistema que garantice la salud como derecho y no como un negocio donde se privilegie la dignidad humana.
Pablo Javier Patiño Grajales <i>Decano de la Facultad de Medicina de Antioquia</i>	Desde la academia lo más importante es la formación del talento humano en salud, por lo que propone consolidar un modelo de atención primaria en salud y de alta complejidad, no seguir formando a los futuros médicos solamente en temas de alta complejidad, ya que eso distorsiona lo que se quiere, este profesional debe poder trabajar en lo institucional, en lo comunitario y domiciliario, consolidar la formación del talento humano en salud tanto profesionales como técnicos, aumentar las especializaciones básicas. Invita a trabajar de manera articulada para lograr esta reforma a la salud.
Ana María Vesga <i>Presidenta de ACEMI</i>	La Contraloría dió a conocer hace unos días un informe que da a conocer el incumplimiento financiero de la mayoría de las eps, la revelación es alarmante y más cuando se compara con los informes de la Superintendencia que tiene cifras opuestas, por ejemplo la Contraloría señala que 16 eps equivalentes al 61% cuentan con indicadores de liquidez no satisfactorios, para el mismo periodo la Superintendencia señaló que 18 eps cumplieran el indicador de capital mínimo y 12% el de patrimonio, eso es el 66% de las eps evaluadas. En otro aparte, la contraloría

Carmen Eugenia Dávila <i>GESTARSALUD</i>	señala que solo 5 eps cumplen con la reserva técnica mientras la Supersalud dijo que 8. Estas diferencias en las cifras generan zozobra, por lo que invita a un debate alrededor de las cifras, se necesita información real. Solicita análisis financiero sobre cuánto costaría la reforma. Desde ACEMI están dispuestos a dar el debate.
Gabriel Jaime Otálora <i>Profesor</i>	Se refiere a la eps savia salud, dado que se ha desmejorado la distribución de medicamentos desde su intervención, lo que ha aumentado las tutelas, esta eps esta hace varios meses en manos del estado y desde allí se ha visto este deterioro, por lo que vale la pena que el ministro tome nota y realice acciones para los usuarios de esta eps. La mayoría coinciden que tienen miedo de perder la protección financiera en enfermedades de alto costo con esta reforma. En cuanto al informe de la contraloría, las 8 eps afiliadas a gestar salud tienen las cuentas claras y si se tienen las cuentas claras para saber a donde va cada peso, cree que no es correcta esa narrativa de que no se sabe donde están los recursos, por el contrario el problema esta en la falta de pagos oportunos
Sergio Dura <i>Presidente de egresados de la Universidad de Antioquia</i>	Desde estudios académicos se reconoce que la salud necesita una reforma, agradecimiento a este gobierno por poner esto en la agenda, esta reforma es necesaria para que la salud sea un derecho ya que actualmente no se garantiza y no puede ser objeto de negocio, se necesita reorientar los modelos de salud a un modelo de atención primaria. Pide que se inicie un plan nacional de educación masivo para los trabajadores de salud. Solicita no se genere zozobra y miedo a la reforma
Representante de la CUT Antioquia	Hace un reconocimiento a Carolina Corcho, que dejo claro que no va la integración vertical y el negocio propio y pide que eso se mantenga en la reforma. Propone avanzar en las redes territoriales y como será su sostenibilidad, porque con la UPC no se sostiene la red, se necesita subsidio a la oferta.
Jhon Durango <i>Fundación de personas con enfermedades huérfanas -FECODER</i>	En la CUT son pro reformas, porque consideran que estas reformas van a mejorar la vida de los colombianos, hace referencia a la precarización del talento humano en salud, que hoy en día necesitan un trabajo digno.
Adriana Jaramillo	La reforma plantea que las personas pierdan los servicios que tienen actualmente, además este gremio siente que no los han tenido en cuenta y están preocupados por como van hacer atendidos. Expresa su preocupación por como la ADRES se va a hacer cargo del dinero y como lo van a distribuir a este gremio para garantizar su salud.
	Desde este gremio son conscientes de los riesgos como gestores en salud, expresan su completo compromiso

Gerente Regional Nueva EPS	para adecuarse a los cambios y prestar el mejor servicio de salud posible
Gonzalo Vélez Junta directiva de ASMEDA	Hace un S.O.S para los trabajadores de la salud, afirma que desde la ley 100 inició la esclavitud para los trabajadores de salud, desde ese momento no existe trabajo digno para el talento humano en salud, solicita soluciones para el personal médico, de ahí la necesidad que se inicie y continúe el trámite de la reforma.
Jamel Henao Gerente General de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia	Celebra que se busque fortalecer la red pública hospitalaria, en ese sentido pide que el sistema de salud sea asequible en cualquier lugar de Colombia, aboga por el subsidio a la oferta, pide dignificar la situación laboral y de salud de los empleados. La auditoría debe ser del 100%.
Nora Orozco Representante de la mesa de cuidadoras de familiares	Pide que se tengan en cuenta a las cuidadoras y pide apoyo a la reforma en la salud para que las condiciones de los pacientes mejoren, porque en Colombia no pueden morir más personas por las barreras de acceso. La reforma no es un capricho del gobierno, es una necesidad de la salud en Colombia.
Luisa Sindicato de las cuidadoras de vida	Solicita que las madres sean tenidas y tomadas en cuenta, porque actualmente no se les da la importancia que necesitan, por eso pide que esta reforma las tenga en cuenta.
Mauricio Echeverri Diez Presidente de Asosalud	Apoyan la reforma, pero solicitan el estudio fiscal del Ministerio de Hacienda para implementar la reforma, lo cual es fundamental para que no se quede como un sueño, si no por el contrario se pueda volver realidad. Solicita que el pago a los trabajadores de salud no quede en manos de terceros.
Colegio Médico de Antioquia	Los médicos han recibido con mucha ilusión la reforma a la salud, pero tienen la inquietud de cómo van a hacer las rutas de atención en la red y pide al Ministro de salud, se trate de otra manera el problema de Savia Salud.
Giovanny García Presidente de la academia de medicina de Medellín	Expone una duda sobre que impacto va a tener el articulado de la reforma con respecto a la ética médica entre paciente y doctor.
Alejandro Botero ANDI	Expresa su preocupación por que no entienden como la eliminación del sistema de aseguramiento va a mejorar el sistema, es falso decir que el régimen subsidiado aporta al régimen contributivo, no es cierto decir que los aseguradores no están sujetos a múltiples formas de vigilancia y que el gobierno no puede controlar los recursos

	en la integración vertical.
Camilo Noreña Asociación de egresados médicos	Apoyan la reforma a la salud, en materia de política de ciencia y tecnología, pide que el fondo de investigación que plantea la reforma pueda estar destinado a la investigación en salud, además de apoyar la producción nacional de vacunas, celebra el sistema único e interoperable en salud.
Eduardo Guerrero Presidente de la Asociación Colombiana de Salud Pública	El cambio que plantea la reforma es garantizar más servicios de salud que permitan que en Colombia exista un verdadero derecho a la salud, además pretende dignificar el trabajo del personal médico, no más eps intermediarias, así se podrá reconstruir la salud.
Diego León Zapata Hospital San Rafael de Itagüí	: Las instituciones de salud son las que están sufriendo las consecuencias por la falta de recursos que no les son girados, solicita se fortalezca el ADRES para que pueda girar los recursos como se plantea en la reforma, es una buena apuesta de la reforma que las redes estén a cargo de la entidad territorial.
Pedro Baracutao Honorable Representante	Expresa que es un honor estar escuchando a la ciudadanía en la audiencia, muestra un video que evidencia el abandono a unos puestos de salud en la Antioquia profunda, de ahí la importancia de una reforma que garantice el derecho a la salud.
María Eugenia Lopera Honorable Representante	Ver las cosas desde la comodidad de una salud prepagada es complicado, cuando se ve desde los territorios se evidencia la necesidad que existe en los territorios, por lo que pide al Senado que tenga en cuenta que esta no es una reforma tributaria sino una que necesita garantizar la salud en Colombia. Las EPS en 30 años no han escuchado a los usuarios.
Héctor Ivan García y Yuli Marín Docentes Universidad de Antioquia	El cambio de redes integradas, fortalecer el sistema público, mejorar las condiciones de los trabajadores de salud y los incentivos de estudios son fortalezas que tiene la reforma para el sistema de salud. Piden claridad en quienes van a realizar las auditorías y dar claridad de que no va a haber una integración vertical camuflada, que el que quiera prestar servicios de salud haga parte de las redes
Defensoría del Pueblo	La reforma debe ser lo más participativa posible, por eso la defensoría va a estar garantizando que todos puedan participar y reitera el compromiso de la institución para seguir protegiendo el derecho a la salud
Jairo Humberto Restrepo Grupo de Economía de salud	El sistema de salud necesita gobernanza, actualmente esta es muy débil, les parece positivo la comisión intersectorial, en cuanto al concejo piden que se definan funciones e integrantes, el artículo 34 se encuentra en el lugar equivocado en la medida que se mencionan las eps

	de distinta naturaleza. En cuanto al financiamiento, piden que se dé claridad sobre cuáles serían las fuentes de recursos para que el sistema opere y ven positivo que el ADRES se fortalezca y maneje los recursos.
Jairo Machuca Junta Directiva Asociación de Empresas Sociales del Estado	Expresa su apoyo a la mayor parte del articulado de la reforma, dado que el sistema de salud actual tiene muchos problemas, se hace necesario fortalecer la red pública hospitalaria y los centros de salud apartados. El modelo preventivo y predictivo contribuirá a mejorar la salud de los colombianos.
Alex Fernando Alegría Gerente Hospital San Rafael del municipio de Venecia	Las eps no pagan y los hospitales aun así deben garantizar el servicio, piensa que no se necesita reforma para que se les pague, no se necesita reforma para pagar la integración vertical, además la reforma debe aplicarle a un cambio en el modelo educativo. Pide revisar como será la financiación.
Álvaro Puerto IPS SIES:	Reconocer que hay cosas que funcionan y otras que no, es la mejor manera de avanzar y así construir un mejor sistema de salud, solicita que se coloquen los controles necesarios y pide que se les tenga en cuenta para que ellos desde su experiencia puedan aportar al cambio.
Julián Vargas Integrante de la mesa Antioquia por la transformación del sistema de salud colombiano	Recuperar la rectoría sectorial, incrementar las capacidades de los departamentos, priorizar el fortalecimiento de la red pública hospitalaria, eliminar la intermediación de las EPS y mejores condiciones para los trabajadores de salud.
Ramon Graciano Movimiento del aire y la salud pública	Pide se tenga en cuenta en la reforma las barreras al servicio de salud, autonomía médica, deudas con las EPS, deudas con las IPS, escases de insumos en los servicios de salud, falta de adecuación en los programas de atención en salud, debilitamiento crónico de la red pública de salud y precarización de las condiciones de los trabajadores.
Aracelis Asociación de Usuarios de Servicios de Salud	La ley 100 terminó con la buena salud en Colombia, las veedurías que se proponía en esta ley termino creando grupos de bolsillos en las EPS que no hacen ningún control, el artículo 92 habla de la red de control social, por lo que piden claridad de como se elegirá esa red de control social para que no se vuelvan grupos de bolsillos nuevamente.
Luz Elena Quiceno Miembro de la asociación de usuarios de Sura	al convertirse SURA en gestora de salud y vida, ante quien se interpondrían las tutelas por la falta de acceso a algún servicio, eso es de gran preocupación para los pacientes.
Olga Luz Acevedo Representante de la mesa Inter barrial de	Defensa de conexión de los servicios públicos domiciliarios, se hace necesario que se garanticen esos servicios porque

desconectados	eso hace parte de la salud de los colombianos. Pide que el derecho a la salud no se pierda.
Jarvi Rivera Basco Representante de la Mesa Departamental de Cultura	Validan que este es un momento histórico para que se garantice el derecho a la salud para todos, solicita se tenga en cuenta en la reforma a los programas formativos y expresiones artísticas, para que estos puedan contribuir en la salud psicológica de los colombianos.
Gloria Quinceno Usuarios Sanitas	Reclama que el Ministerio de Salud no se ha querido reunir con ellos, considera que el ministro de salud está en guerra contra las EPS y le pide que se reúna con el sector. Están con el cambio y sin mermelada.
Amanda Rincón Asociación de usuarios de Famiisanar	Para renovar la casa no se necesita tumbarla, se debe construir sobre lo construido, expresa la duda sobre cómo será la ruta de atención al usuario, la financiación del sistema y la transición.
Edwin Basurto Médico	Aplauden y creen que es un acierto que se busque prevenir la enfermedad en Colombia, el artículo 49 prohíbe la integración vertical pero en el artículo 50 las ponen a hacer auditorías, por lo que les preocupa que las nuevas gestoras no creen IPS testaferrós y sigan con su negocio y continúen llevándose la plata de la salud.
Marta Pulgarín	Antioquia pasa por la peor crisis de salud, la falta de recursos y la corrupción lleva a la falta de pago a los proveedores y trabajadores, afectando el sistema a la salud, la reforma debe propender por fortalecer el adres y la red pública hospitalaria, tiene la responsabilidad de corregir todo lo que está fallando mal actualmente.
Norela Sánchez Representante de ASMETROSALUD	Con la ley 100 nacen los sindicatos debido a como esta ley intento eliminar muchos beneficios de los trabajadores, actualmente las condiciones de los trabajadores de salud son precarias, por lo que se necesita que el gobierno nacional ponga atención a los profesionales, mientras se tramita la reforma se necesita acciones urgentes para los pacientes y el talento humano. Apoyan la reforma.
Gustavo Campillo	El sistema de salud se viene desmoronando de manera intencional, pero no se están asfixiando las EPS sino a los pacientes, coincide con la prevención en salud, pero esto no reduce el gasto sino por el contrario lo aumenta, les preocupa el riesgo de la sostenibilidad financiera eso es una irresponsabilidad y pide se les devuelva a savia salud Antioquia.
Juan Carlos Giraldo ACHC	Se necesita una buena reforma, una buena reforma es aquella que fomenta la calidad, administra los recursos, defiende lo público pero también tienen en cuenta lo privado, no integración vertical y dignificación del trabajo.

	Cree que se debe mejorar el acuerdo de voluntades, el tarifario, las acreencias de las EPS liquidadas, no integración vertical en ningún nivel, no abusar de la función de la coordinación y revisar el periodo de transición.
Juan Carlos Olarte	El MPG hay que articularlo a la propuesta de reforma a la salud, sí como, impulsar la cultura de salud, se fortalezca el control social y mayor gobernanza. Revisar los precios de los medicamentos y pide se explique como va a hacer la gestión financiera.
Decano de la facultad de Derecho	La situación financiera es delicada y pide pueda ser atendida en la reforma, pide se tenga en cuenta los hospitales universitarios dado que estos combinan el tema educativo y de atención.
Guillermo Alfonso Jaramillo Ministro de Salud	Pregunta si alguien falta por participar, dado que es importante que todos sean escuchados y no se diga lo contrario, el gobierno propone un frente unido para cambiar el país, para que los menos favorecidos puedan tener mejores condiciones de vida. Presenta las cifras de mortalidad infantil y personas con cáncer, las deficientes coberturas individuales de promoción y prevención, como el régimen contributivo esta subsidiado por el régimen subsidiado, las fuentes de financiación del sistema de salud, además habla de cómo será el giro directo y la formalización del talento humano en salud, el fortalecimiento de la red pública, las deudas y la falta de reservas de las EPS, el deterioro de la red pública y la entrega dineros para proyectos de transporte asistencias. Así mismo, muestra fotos y evidencias que se ha reunido con varios sectores y no es cierto cuando dicen algunos que él no los ha recibido, expresa su compromiso por seguir trabajando para mejorar la salud de Colombia sin importar que algunos actores no quieran que eso ocurra.
Feliz León Martínez Director de la ADRES	Deja una constancia para reflexionar sobre quiénes son los que realmente han quitado derechos en Colombia, los cuales hoy en día se presentan como defensores del paciente, la calumnia de que se ha desfinanciado a las EPS es mentira, este gobierno ha inyectado más dinero que otros anteriores, además se paga más puntual que antes, piden que dejen de decir mentiras que no existe dinero para financiar la reforma. Expone como funcionaria y cuál sería el papel del ADRES en la nueva reforma.

María Claudia Lacouture Presidenta ejecutiva de la Cámara Colombo Americana	Hay que generar una construcción sobre lo construido, no hacer borrón y cuenta nueva, porque treinta años de experiencia han aportado las eps a la salud del sistema colombiano, no se puede permitir que lo que se ha construido deje de funcionar.
Denis Silva Vocero de Pacientes en Colombia	Es paciente del sistema y expone que se necesita giro directo para que los hospitales tengan recursos y puedan dar una buena atención a los pacientes del país, pero creen que es necesario que se diga de donde se van a sacar los recursos.
Carmen Eugenia Dávila Gestarsalud	La línea roja que este proyecto de ley no puede pasar es que las personas no pueden perder el derecho individual, porque ese derecho está vinculado a un buen agenciamiento, plan de beneficios, en una proyección financiera, en una upc y en un registro en una base de datos. Lo anterior no se ve reflejado en el sistema que propone la reforma.
German Arana Gerente de IPS Domiciliaria	No comprenden la protección fundamental de los derechos humanos en la reforma, porque hay intereses personales de quienes pretenden manejar los recursos, se preguntan si las nuevas entidades que van a asumir tienen la capacidad para hacerlo.
Emma Vélez Toro Veedora Pública en Salud	En Colombia se necesita transparencia y honestidad que garantice el derecho a la salud. Los pacientes están sufriendo porque no hay humanización y respeto por el ser humano, hay muchas barreras para el paciente y el trato es inhumano
Néstor Gómez SCARE	Se necesita una reforma en Colombia, expone la necesidad de mejorar las necesidades del talento humano en salud para lo que se necesitan que entren en un régimen especial, que no se tienen en cuenta en la reforma. Quieren conocer si hay recursos para la reforma.
Marcela Granados Directora médica de la Fundación Valle de Lili	El sistema no va a aguantar todo el tiempo, por lo que se necesita un cambio, la demanda de pacientes sigue aumentando por lo que se necesitan acciones urgentes.
Maria Clara Escobar Presidenta Ejecutiva de Laboratorios Farmacéuticos AFRIDO	Hace una exposición de las ventajas de las eps, asegura que el sector privado le ha generado innovación al sistema, critica que el presidente diga que no tenemos soberanía sanitaria, pero es una realidad que hoy ningún país produce todos sus medicamentos, reitera su deseo de participar en lo que se discuta en la política de medicamentos en Colombia.
Gloria Quiceno Presidenta de Usuarios de Sanitas	Eillos ven la reforma como una bomba atómica, que va a destruir lo que se ha construido, por eso no apoya la reforma y dice que el gobierno no los escucha. No están de acuerdo con que se sienten a negociar con las eps. Pide que se escuchen a los usuarios.

Anexo 14. RELATORÍA DE SEGUNDA AUDIENCIA EN CALI

CALI	
FECHA	01 marzo de 2024
LUGAR	Institución Universitaria Bellas Artes.
CONGRESISTAS PARTICIPANTES	- Honorable Senadora Norma Hurtado. - Honorable Representante Alejandro Ocampo. - Honorable Representante Gloria Arizabaleta.
DELEGADOS DEL GOBIERNO	- Guillermo Alfonso Jaramillo - Ministro De Salud. . - Luis Alberto Martínez - Viceministro de Protección Social. - Jaime Urrego - Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios. - Luis Carlos Leal- Superintendente de Salud. - Félix León Martínez – Director de la ADRES.
LINK	https://www.youtube.com/watch?v=1xaHzRLxSZo
PARTICIPACIONES	
ORGANIZACIÓN	ARGUMENTACIÓN EXPUESTA
Norma Hurtado Honorable Senadora	Saluda a los asistentes, expone su intención de escuchar a los diferentes sectores del sector salud para construir una reforma que en realidad mejore el sistema.
Alejandro Ocampo Honorable Representante	Le expone al Ministro que algunas intencionalidades políticas han generado que el sistema de salud se acabe en el Valle del Cauca, por lo que hace un llamado a tomar acciones y poner atención en lo realmente importante para lograr superar la crisis por la que pasa el sistema de salud.
Alexandra Rendon Madres cuidadoras	Expresa su inquietud sobre que va a pasar con los pacientes que tienen tutelas en trámite, además con el nuevo sistema ante quien se interponen las tutelas, como garantizar que la discapacidad y las enfermedades huérfanas sean atendidas, que costro tendrá la reforma.
Iván Darío González Ex Viceministro de Salud	La ley 100 se hizo para no subsidiar hospitales sino subsidiar personas, se logró aumentar la cobertura. Le preocupa la reforma y más como le van a entregar tantos afiliados a la nueva eps, además para que la reforma si el presidente ya está haciendo cambios sin ella. Le preocupa el manejo de los recursos. Propone que debe haber un fondo de salvamento para garantizar el pago de las deudas de las eps que se quiebran, renovar y fortalecer el InVima y la industria farmacéutica. No hay que pelear porque se acaben las eps, porque tener eps que no administran el riesgo financiero no sirve. Pide que se insista en archivar.
Diego Fernando Gil Director Ejecutivo de Enfermedades Huérfanas	Están preocupados porque no hay claro diseño de la ruta de atención del paciente, piden claridad en el asunto y quien asumiría sus tratamientos y los medicamentos.

Guillermo Alfonso Jaramillo Ministro de Salud y Protección Social	Hace una claridad, afirma que ellos si han escuchado a los usuarios y le paso al Viceministro Urrego para que de algunas claridades. Además expone como de identifico que las eps no cumplen con los requisitos actualmente, no es el gobierno que este causando la crisis, la crisis ya estaba y el gobierno quiere solucionarla.
Jaime Hernán Urrego Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios	Explica quienes cancelaron las mesas del mes de enero y febrero y como el gobierno ha tenido la intención de dialogar y explicar los cambios del texto final que salió de la cámara.
Ana María Solei Presidenta de la Federación Médica Colombiana	Hace un recuento de la crisis a la que se ha sometido el sistema de salud y como ha venido aumentando, critica que existe un intermediario que no se preocupa por el paciente y además hace referencia a que estas eps no tienen reservas técnicas, expone la necesidad de la reforma a la salud.
José Villamil Veedor Nacional	Afirma que durante el trámite de la cámara no fueron tenidos en cuenta, creen que la reforma es proclive a la corrupción y critica las acciones que está llevando a cabo el presidente con las eps. Pide se tenga en cuenta al paciente.
Gabriel Carrasquilla Presidente de Academia Nacional de Medicina	Desde el año 2013 esta academia promovió la ley estatutaria de salud, para generar un cambio que los recursos no están claros, además no hay articulación entre los niveles de atención.
Jhona Lara Activista de Discapacidad de Santiago de Cali	Los pacientes con discapacidad han tenido históricamente problemas para recibir atención, pide que en esta reforma sean tenidos en cuenta, expresa y pide claridad sobre de donde van a salir los recursos para la reforma.
Héctor Osorio Diputado	Apoya la reforma a la salud, porque los intermediarios financieros no han servido al sistema, se han robado los recursos y los hospitales han quedado desprotegidos, el presidente no ha liquidado las eps, ellas solas han llegado a su propia crisis. Apoya la atención primaria porque esta está abandonada.
Rosita Emilia Solis Representante de las Comunidades Negras y Palenqueras	Afirma que el gobierno no los atiende, piden ser escuchados y agradece a la Senadora Norma por llevar la denuncia de la consultiva de alto nivel al congreso, pide que pase por la consultiva de alto nivel la consulta previa de la reforma. Pero ellos apoyan la reforma.
Luis Alberto Escobar ASCOFAMI	Expone que se necesita formar personas en las mismas regiones para que ellos asuman las necesidades de su región, pide autonomía universitaria.
Álvaro Puerto Valencia SIES SALUD	Se necesite avanzar en un plan de liquidez, cree que se necesita la atención primaria pero no se puede descuidar

	la atención de alta complejidad. Hace un llamado de unión para construir el mejor sistema.		
Rejina Jiménez	No se ha tenido en cuenta la justiciabilidad del derecho, porque no hay una responsabilidad clara sobre el aseguramiento en salud, por lo que el juez no sabría ante quien entidad reclamar porque actualmente la nación sería el responsable, se necesita aclarar eso en la reforma.	Juan Pablo Rueda <i>EPS Sanitas</i>	Los ingresos son superiores al costo real de atención, hoy las eps tienen una crisis de financiación porque no se les gira los recursos, asegura que sanitas a usado los recursos correctamente y no entienden porque han recibido tantas visitas de la contraloría, reconoce que han tenido errores pero aseguran que los recursos no son suficientes. Cree que hay solucionar primero el problema de suficiencia.
María Cristina Lesmes <i>Gobernadora encargada</i>	Este proyecto es conveniente y necesario pero se necesita trabajar algunos artículos, pide que se tenga en cuenta la claridad en los recursos, como será la auditoría de los mismos, en qué consisten los contratos de voluntades y deberían incluirse los accidentes de tránsito que hoy no están incluidos. Finalmente la propuesta no contempla la atención carcelaria y se necesita tenerla en cuenta.	Dora Patricia Bernal <i>Presidenta de Asociaciones Científicas</i>	Pide claridad sobre la autonomía profesionales de los médicos en la reforma y como sería el fortalecimiento de la educación para el personal médico y piden participar en el Concejo Nacional de Salud.
German Escobar <i>Secretario de Salud de Cali</i>	Cali está cambiando y presenta estadísticas sobre cómo está el estado de la salud en Cali, considera que la implementación de la reforma necesita fortalecer la gobernanza, cree que hay retos que la reforma debe asumir, como las relaciones de valor basadas en resultados, la sostenibilidad financiera que incluya mecanismos diferenciales y se necesita innovación social en salud.	Alejandro Botero <i>ANDI</i>	Considera que acabar con lo construido no es lo más razonable, se necesita claridad sobre el manejo de los recursos en la reforma, porque quien asegura que no se generaran nuevos focos de corrupción desde la política al ser el estado quien va a manejar estos recursos. Pide claridad como se va a gestionar el riesgo en salud y operativo del sistema.
Marlen Campo <i>Madre cuidadora</i>	Pide que se tenga en cuenta a las madres cuidadoras, porque consideran que en la reforma no están incluidos.	Eduardo Alvarado <i>Exviceministro de Salud</i>	Cree que los recursos no pueden manejarse por privados, las eps son intermediarias innecesarias y hay que mejorar la disponibilidad, competencias y condiciones laborales del talento humano en salud, sin embargo falta claridad sobre de donde saldrán los recursos.
Oscar Rocha <i>Secretario del Colegio Médico del Valle</i>	Los trabajadores de salud no tienen escalafón salarial, se necesita formalizar a este gremio y darle mejores condiciones. Critica que el estado no pudiera hacer seguimiento a los recursos que manejan las eps.	Guillermo Alfonso Jaramillo <i>Ministro de Salud y Protección Social</i>	Expone que la crisis no es culpa del gobierno, eso viene de años atrás, explica cómo funciona la integración vertical de sanitas y no entiende si ellos dicen que tienen pocos recursos porque esos datos que muestra son sustentables, así mismo expone como cruz verde no suministro medicamentos de PBS a EPS Sanitas, hace claridad como ha sido el pago de la UPC y los presupuestos Máximos, como se encuentra el estado de la salud actualmente, como los hospitales y puestos de salud están abandonados, como funcionaría la atención primaria y los caps con la reforma, la adres y el giro directo. Explica la política farmacéutica y de innovación tecnología en salud, la política de formación y educación superior en salud y el régimen laboral de los trabajadores.
Ana María Vesga <i>ACEMI</i>	Hace referencia a que actualmente existe un buen servicio de salud y esta es una percepción de los pacientes, pero creen que el debate ha generado que esto sea precario, quien responde por la atención integral de los pacientes y el riesgo financiero. Pide claridad sobre la financiación del sistema.	Diana Martínez <i>Directora de la Universidad Libre de Cali</i>	Pide claridad sobre cómo serán los programas de las especialidades medico quirúrgicas, como se financiaría el examen único. Sugiere revisar artículos 104 y 106 y que existan incentivos para que las universidades privadas puedan participar por las becas y que aumenten los cupos en las universidades públicas.
Juan Carlos Giraldo <i>Director General de Hospitales y Clínicas</i>	Cree que se necesita un Plan necesario de liquidez, giro directo y que se gire lo que quede en las reservas técnicas. Pide una acción urgente mientras sale la reforma, que es necesaria, porque en los últimos meses el recaudo ha sido muy bajo. Apoyan que no exista integración vertical, ADRES como giro directo pero no auditor, auditorías, redes integradas pero sugiere aclarar el tarifario, los acuerdos de voluntades y que se paguen las acreencias en lo público y privado.	José Iván Montaño <i>Universidad del Valle</i> Alma Caicedo <i>Representante del Grupo Multisectorial</i>	Que vinculación pueden tener los centros de formación con la atención primaria. Les preocupa el costo de la reforma y la gestión de los mismos, así como la ruta de atención al paciente y que no quede en el aire.
Enrique Enciso <i>Representante de Sindicatos Médicos</i>	La reforma tiene cambios positivos pero hay otros que hay que revisar, entre ellos que se fortalezca las condiciones de los trabajadores de la salud, que no sea un saludo a la bandera en la reforma, piden un régimen especial.		

Carime Giraldo <i>IPS Hospital Ortopédico</i>	Expone el panorama de las IPS que atienden accidentes de tránsito, piden se les tenga en cuenta porque tienen problemas de facturación y el flujo de recursos es muy demorado. Como la reforma aborda este gremio.
Jorge Acosta <i>Grupo de Fundamentales y Colegio Médico Colombiano</i>	Promover la ética y cultura humanista, mejores condiciones laborales para los profesionales en salud, pide claridad sobre que va a pasar luego de que la cámara de representantes eliminara los capítulos sobre autonomía y autorregulación. Pide que el servicio social obligatorio se reforme.
Jhoana Mendibel <i>Fundación Cornielle</i>	Tener en cuenta a las personas de enfermedades huérfanas, dar claridad como sería su atención, pide mesa técnica de trabajo que escuche a las madres cuidadores y personas que sufren de estas enfermedades.
Luis Carlos Leal Angarita <i>Superintendente de Salud</i>	Quien niega el servicio es la eps por eso la primera instancia de responsabilidad es de ellos, ellos son quienes deben resolver las PQRS no la superintendencia, sin embargo actualmente las quejas están llegando directamente a la superintendencia, quien claramente responde y controla pero quiere dejar claridad de que esta responsabilidad es de las eps. Expone las acciones que ha llevado a cabo la superintendencia para controlar la crisis por falta de pagos por parte de las eps.
Josefina Ayala	Trabajadora de salud en el Hospital Universitario del Valle, pide al gobierno que en el capítulo X de la reforma se deje claro cómo se desarrollaría el régimen especial para los trabajadores del sistema de salud.
Jaime Urrego <i>Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios</i>	Deja claridad de que el gobierno está dispuesto a escuchar y tener en cuenta a todos los sectores, la crisis no es culpa de este gobierno, por el contrario este gobierno está intentando tomar acciones para solucionar estos problemas, expone las acciones que el gobierno está tomando para mejorar las condiciones del talento humano en salud, así como proyectos que se tienen para el Valle del Cauca.