Contenido de la ponencia de la reforma a la salud que se encuentra radicada en la plenaria de la Cámara de Representantes. Parte II

Imprimir

Retomo el artículo que escribí el mes pasado en la Revista Sur sobre la ponencia que se encuentra en la plenaria de la Cámara de Representantes que está siendo debatida, cuyo debate se continuará el 31 de octubre de 2023, según información de prensa. Comparto el link para leer la parte I[1].
Retomando el tema quedamos por lo referente a las Instituciones de Salud del Estado – ISE. Las hoy Empresas Sociales del Estado – ESE se transformarán en ISE, y no sólo cambian el nombre que es bastante diciente dado que pasan de ser empresas sociales a verdaderas instituciones de salud. El mayor cambio es que sus indicadores no serán medidos exclusivamente en lo financiero, sino que se dan una mayor preponderancia a los indicadores de Salud, por supuesto, que la organización y vigilancia de los recursos públicos se encuentra estipulada, pero se le da un enfoque de salud que hoy carecen las ESE. El artículo 36 de la ponencia radicada en la plenaria de la Cámara de Representantes, que puede ser leída en este link[2], establece que las ISE podrán recibir transferencias directas del presupuesto de la Nación o de las entidades territoriales, actualmente sólo reciben recursos de dichos entes cuando están en dificultades. Es de aclarar que el Instituto Nacional de Cancerología se seguirá rigiendo por las normas especiales en la materia.

El Ministerio de Salud y Protección Social debe, conforme a lo estipulado en el artículo 37, definir las metas e indicadores, así como la disponibilidad de servicios de salud, el desempeño y los resultados en salud. Las ISE harán parte fundamental del modelo de atención primaria y de las redes integrales e integradas de salud, propuesto en la reforma. “La creación de las 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”. El artículo 38 de la ponencia dispone el procedimiento para la elaboración y proposición del presupuesto de las ISE. El Consejo Directivo de las ISE (artículo 41) estará integrado por el jefe departamental de la dirección departamental (gobernador o alcalde) o su delegado, el secretario de salud correspondiente, un representante de las comunidades, dos representantes de los trabajadores de salud del ISE (uno por los administrativos y otro por los asistenciales). El

artículo 43 dispone el procedimiento para el plan de gestión de las ISE del orden territorial. El artículo 44 dispone el régimen laboral de los trabajadores de salud de las ISE, el cual seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y de trabajadores oficiales, habrá un sistema de estímulos para quienes trabajen en regiones dispersas y de difícil acceso.

De los artículos más trascendentales de la reforma, está el artículo 46 que se refiere a la Entidad de Salud del Estado Itinerante y el Plan Nacional de Equipamiento en Salud (art. 47)

Artículo 46. Entidad de Salud del Estado Itinerante. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos o de difícil acceso geográfico, operará una Entidad de Salud del Estado Itinerante o ambulante del orden nacional, que prestará atención básica y especializada y podrá operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la policía nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. De dichas zonas harán parte las zonas PDET.

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.

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 cada cuatro (4) años los planes de inversión en infraestructura y dotación, en concordancia con el período de gobierno, y podrán hacer ajustes a dichos planes por contingencias que ameriten una revisión y ajuste. Este plan se financiará con recursos específicos de la ADRES.

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.

El capítulo que continua con la Gestoras de Salud y Vida que es la transformación que propone la reforma a la salud para las Empresas Promotoras de Salud (EPS), en la cual ya no realizarán la intermediación financiera (el ADRES pagará directamente a las clínicas y

hospitales) y la intermediación administrativa (los prestadores estarán adscritos a la red integral e integrada del territorio y los acuerdos de voluntades no se realizarán con las Gestoras de Salud y Vida). Conforme el artículo 48, las EPS tendrán 2 años para transformarse en Gestoras en caso de querer seguir en el sistema de salud, el giro directo universal se dará incluso durante el régimen de transición. La Superintendencia de Salud autorizará la transformación de las EPS a Gestoras mediante un Acto Administrativo siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos conforme a la reglamentación sobre habilitación y autorización de las Gestoras de Salud y Vida, que deberá comprender los requisitos establecidos en el mismo artículo 48 como el estipulado en el numeral 5: “Todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que manifiesten por escrito su intención de transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) deberán presentar un plan de saneamiento a los acreedores respecto a todas las deudas en el marco de lo establecido en la presente ley”.

Las funciones que realizarán las EGVIS se encuentran estipulados en el artículo 49 que será entre otras, conformar en coordinación con las direcciones departamentales y distritales de salud, y con los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud para los Territorios de Salud, ayudar en su planeación estratégica, “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)”, entregar informes periódicos del funcionamiento de las Redes, participar en el Consejo Asesor de Planeación y Evaluación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, prestar asistencia técnica a los integrales de la red, realizar auditoría de calidad, de cuentas médicas y concurrentes, la cual será remitida al ADRES, “implementar un Sistema de Información y Atención a la Población 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, denuncias, para poder dar soluciones efectivas y las no conformidades manifestadas”.

No es cierto, como se ha señalado por parte de opositores a la reforma de la salud, que las

Gestoras de Salud y Vida no tienen funciones, sí las van a tener y varias se les ha otorgado con relación a la radicación del 13 de febrero de 2023, en esto cedió el gobierno nacional bastante dado que en el mencionado radicado no estaban estipuladas las gestoras, lo que sí es que no seguirán con la intermediación dado que eso desvirtuaría una reforma a la salud, y mejor estar las cosas como van en vez de hacer una reforma. Pero no hacer la reforma a la salud estaría en contra del artículo 2 de la Ley Estatutaria de Salud que establece de manera clara y precisa: “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 Estado”.

El artículo 51 establece un gobierno corporativo y rendición de cuentas para las Gestoras de Salud y Vida dado que se les otorgará un 5% del valor per cápita de la población adscrita a los CAPS que las gestoras gestionen, según la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, quien debe otorgar este valor de acuerdo a las funciones que realicen la Gestoras de Salud y Vida dado que lo que se propone es que haya transparencia en el manejo de los recursos públicos de la salud. No se puede girar recursos públicos de la salud, a ningún actor del sistema sino en cuanto realice su trabajo conforme lo estipulado en la normatividad. Las Gestoras podrán, además, recibir hasta el 3% de incentivos por resultados (los incentivos se dividirían entre los distintos actores del sistema de salud).

Seguidamente, El título IV trata sobre fuentes, usos y gestión de los recursos financieros del sistema, que comienza por el artículo 55 que ratifica lo que ha señalo la Jurisprudencia Constitucional, que los recursos de la salud son recursos públicos y por tanto están sometidos a la Contraloría General de la República y demás órganos de control, según su competencia, además de estar sometidos a un control social. El artículo 58 señala la funciones de la Entidad Administradora de la Recursos del Sistema de Salud (ADRES) que tendrá entre otros administrar los recursos del sistema de salud, ser pagador único a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías, realizar giros a los CAPS o a la instituciones que dependan u operen, administración propias de sus operaciones, garantizar el flujo de recursos del sistema, garantizar efectividad, transparencia, trazabilidad en el uso de los recursos de la salud.

Hoy en día como está diseñado el sistema se hace imposible hacer seguimiento a los recursos de la salud[3] luego que el ADRES gira a las EPS y, por eso, esta reforma propone que el ADRES gire directamente a los hospitales y clínicas y se convierta en pagador único. Las Gestoras de Salud y Vida como se explicó anteriormente podrán realizar auditorías médicas, e incluso el ADRES podrá como dispone el numeral 17 “realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas financieras en salud y/o gestión del riesgo financiero en salud, incluidas las Gestoras de Salud y Vida, diferentes a las realizadas en el marco de sus funciones como Gestoras”. Esto demuestra que la reforma crea un trabajo mancomunado entre los distintos actores del sistema de salud.

El artículo 60 crea el Fondo Único Público de Salud:

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”, 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.

Además de las dos subcuentas: Cuenta de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud (art. 61) y de la Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria (art. 62), también se realizarán los siguientes manejos y destinaciones:

Artículo 63. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Público Único de Salud. Los demás recursos que financian el sistema de salud y que están integrados en el Fondo Público Único de Salud, harán unidad de caja y 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 especiales para enfermedades raras y su prevención.

4. El financiamiento de los programas de formación en salud.

5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.

6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que, a la vigencia de la presente ley, se reconocen por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.

El artículo 65 establece la destinación de los recursos del ADRES y el artículo 66 se refiere a las reservas técnicas, tan mencionadas últimamente, el 67 sobre servicios sociales complementarios de salud :

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.

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 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.

El artículo 68 que ya fue votado en la plenaria de la Cámara de Representantes con proposición avalada establece que los departamentos pueden agruparse para prestar servicios de salud teniendo en cuenta los territorios en gestión de salud definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, “los departamentos y distritos deberán tener en cuenta en sus agrupaciones el criterio de cooperación con los municipios de mayores índices de pobreza multidimensional”. Un ejemplo de agrupaciones, por ejemplo, es el caso del municipio Cartago que pertenece al departamento del Valle del Cauca pero que se encuentra más cerca de Pereira que de Cali, por ejemplo, entonces se podría realizar una agrupación para que las remisiones de los CAPS de Cartago sean coordinadas con la red integral e integradas de servicios de salud de Pereira (Risaralda).

El artículo 69 se refiere a la autorización para el pago de servicios, para los servicios de mediana y alta complejidad, dado que los CAPS serán pagados por oferta a través del cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) conforme el artículo 129, y la mediana y alta complejidad serán pagados que se conformen las redes integrales e integradas de servicio, como lo estipula el artículo 68 según el régimen de tarifas y formas de pago que estipule el gobierno nacional para el sistema de salud y los acuerdos de voluntades, estos últimos se encuentran estipulados en el artículo 131. Señala el mencionado artículo 69 que en las tarifas habrá un piso y un techo para incentivar la calidad y prestación en zonas rurales y dispersas. El Fondo Cuenta Regional de Salud (sin situación de fondo, que será administrado directamente por el ADRES) llevará un registro permanente y detallado de cada servicio

prestado o pagado. Adicionalmente, se tendrá un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas. La auditoría médica podrá ser realizada, como se señaló anteriormente, por las Gestoras de Salud y Vida, o también por firmas especializadas que estarán registradas en la Superintendencia de Salud y que deben ser auditorías independientes e integrales. Hoy en día no es posible establecer los pagos realizados por las EPS a las clínicas u hospitales ni las tarifas por el servicio prestado. Lo que existen son autorreportes realizados por las propias EPS para que se aumente la UPC, que ellas presentan a las autoridades de salud. Con relación a las auditorías médicas las EPS auditan incluso a sus propias clínicas, con la reforma se pretende, que las Gestoras de Salud y Vida auditen, siempre y cuando no exista conflicto entre ellas y las clínicas auditadas.

En el artículo 71 se establecen las prestaciones económicas que serán pagadas como la maternidad, paternidad y la incapacidad derivada de una enfermedad general. Este artículo agrega además que toda mujer, independiente si cotiza tendrá derecho a la licencia por maternidad, si no son aportantes su subsidio equivale a medio salario mínimo legal vigente durante los tres (3) meses siguientes al parto, “siempre y cuando haya asistido a los controles prenatales respectives durante el embarazo”.

Respecto a los recursos propios de los entes territoriales que por Constitución le corresponde y hoy se encuentran sueltos, la reforma le pone estructura, seguimiento y monitoreo, y además mediante las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital, la reforma desarrolla el mandato del artículo 2 de la Ley Estatutaria de Salud que establece:

“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 Estado”. Es decir que el Estado asume la dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación del servicio públicos esencial de la salud. Aquí los dos artículos en relación:

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.

Artículo 73. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales 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 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.

Para financiar las unidades zonales de planeación y evaluación en salud, 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.

El artículo 75 señala que las acreencias de las EPS liquidadas y que han dejado a los Hospitales Públicos serán pagadas gradualmente, con vigencias acordadas con el Ministerio

de Hacienda y Crédito Público; desafortunadamente respecto a las clínicas privadas no se puede hacer lo mismo dado que son deudas entre privados. Actualmente, según la Superintendencia de Salud la deuda a hospitales y clínicas por parte de las EPS asciende a 23 billones de pesos[4].

El título V trata sobre el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud SPUIS, una deuda que tiene el Estado con la Ley Estatutaria de Salud (LES) desde 2015, así se estipula en el artículo 19 de la mencionada Ley Estatutaria 1751 de 2015:

CAPÍTULO IV.

OTRAS DISPOSICIONES.

ARTÍCULO 19. POLÍTICA PARA EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN EN SALUD. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.

Los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine.

Jurisprudencia Vigencia

La reforma desarrolla este artículo, como hace con la gran mayoría de los artículos de la Ley Estatutaria, señala que la finalidad del SPUIS es que sean datos abiertos para la gestión integral del sistema de salud y la rendición de cuenta. La características del SPUIS (art. 77) es que sea transversal a todo el sistema para garantizar acceso en línea en tiempo real, debe estar integrada allí entre otras información relacionada con los determinantes sociales de la salud. El artículo 78, sobre objetivos generales del SPUIS, expresamente se refiere al artículo 19 de la LES y señala que existirán dos niveles: nivel operativo y el nivel estratégico. Adicionalmente este título se refiere a la identificación de medicamentos (art. 79), tecnología de información y comunicaciones al servicio de la atención en salud (art. 80) y desarrollo del sistema público unificado e interoperable de información en salud (art. 81). Con relación a la participación social en el sistema de salud contemplado de manera transversal en la reforma

y en el Título VI, los invito a leer este artículo de mi autoría[5].

El título VIII trata sobre Inspección, Vigilancia y Control encabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, que realizará su gestión a través de evaluaciones que realice ella misma y los reportes generados por el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Territoriales de Salud, adicional a los reportes del SPUIS (art. 85), el artículo 87 señala funciones de la Superintendencia de Salud adicional a las que ya tiene:

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:

7. 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

8. 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.

9. 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 promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

10. Acciones 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 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.

11. Información. Inspeccionar, vigilar y controlar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

12. Equidad en salud. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios, normas contenidas en esta ley para garantizar la aplicación de los principios del sistema de salud y sus formas de operación, y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

Por su parte, el artículo 88 trata sobre la conciliación ante la Superintendencia de Salud, que podrá ser realizada de oficio a petición de parte y sus acuerdos conciliatorios tendrá efecto de coza juzgada y el acta prestará mérito ejecutivo.

El artículo 89 trata sobre objetivos que se adicionan a los que ya tiene la Superintendencia de Salud (ya fue corregido en la aprobación que el numeral 10 pasa al numeral 1, y así sucesivamente:

10. Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud.
11. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del derecho fundamental a la salud.
12. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema de Salud y promover el mejoramiento integral del mismo.
13. 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, tratamiento y rehabilitación en salud.
14. 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.
15.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.
16. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema de Salud.
17. 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.
18. Controlar los riesgos financieros del Sistema de salud y de sus instituciones.

A su vez, el artículo 90 agrega funciones y facultades a la Superintendencia de Salud:

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:

1. Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control a la Administradora de Recursos de Salud ADRES, el Fondo Único Público para la Salud, los Fondos Cuenta Regionales de 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, conforme a los principios que rigen a las actuaciones de los funcionarios del Estado, 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 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 posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema de Salud.
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.
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.
9. 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.
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.
11. Desarrollar procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control en los territorios para la gestión en salud.
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 por el principio de celeridad.
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.
14. Conservar su autonomía técnica en materia de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud, frente a cualquier otro organismo del Estado.
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 resolutiva en los planes de mejoramiento para la prestación de los servicios.

El artículo 91 agrega funciones jurisdiccionales a la Superintendencia de Salud que hoy son escasas, y que por el contrario tienen otras Superintendencias, este artículo fue eliminado en la aprobación de la Plenaria de la Cámara pero según informó el Ministro de Salud y Protección Social se volverá a adicionar.

El artículo 92 es de los más innovadores porque se faculta a la Superintendencia de Salud levantar el velo corporativo para que los respondan hasta su patrimonio. Así se estipula:

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:

1. Cuando se cuente con serios indicios de que la acción u omisión atribuida a la persona jurídica, haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales;

2. Cuando la persona jurídica promueva o se halle en estado de insolvencia o liquidación, y ponga en riesgo el resarcimiento de los recursos de la salud afectados;

3. Cuando la lesión a los recursos de la salud o a la afectación de intereses patrimoniales de naturaleza pública y privada, se haya generado por explotación o apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficio de terceros.

4. Cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida o pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido o indebida aplicación de los recursos de la salud.

En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.

También el artículo 93 garantiza el acceso expedito a los servicios de salud en la cual la Superintendencia de Salud, el Consejo Superior de la Judicatura, el Ministerio de Justicia y del derecho, implementarán estrategia conjuntas para la descongestión de los servicios de salud y el artículo 94 propone que la respuesta de la Superintendencia de Salud debe ser en menos de 72 horas.

El título VIII trata sobre Política farmacéutica y de innovación tecnológica en salud, para lo cual los Ministerios de Salud y Protección Social y el Ciencia y Tecnología formularán cada 10 años la política respectiva, allí se definirán las prioridades en investigación y también se definirá el monto anual de recursos destinados para ello del Fondo Único Público para la Salud, que serán transferidos al Fondo de Investigación en Salud (FIS) (art. 95). El artículo 96 trata sobre la política de medicamentos, dispositivos médicos, insumos en tecnología en salud que hará cada 4 años con participación del Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Instituto Nacional de Cancerología (INC) y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS), habrá un sistema de monitoreo de abastecimientos oportuno de tecnologías en salud (art. 99), vacunas producidas en Colombia (art. 100), eliminación de trámites ante el INVIMA (art. 101), condonación de intereses por sanciones impuestas por el INVIMA (art. 102).

Posteriormente nos encontramos con la política de Formación que se realizará la Política Nacional de Talento Humanos en Salud que tendrá en cuenta los siguientes criterios:

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 y comunitario.

2. Brindar estímulos para la formación de las profesiones y ocupaciones del área de la salud priorizadas.

3. Establecer el mecanismo para el ingreso a los posgrados del área de la salud en condiciones de competencia, transparencia y equidad.

4. Establecer los criterios para la relación docencia servicio y cupos para los escenarios de práctica formativa.

5. Las condiciones de calidad para la oferta de las acciones y la formulación de planes institucionales de formación continua.

6. 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 profesiones y ocupaciones y que complementan la formación básica de educación superior, o de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH).

Parágrafo. Para la formulación de la política de THS en lo relacionado con la formación, el Ministerio de Salud y Protección Social, 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.

El título VIII se refiere a la Política de formación y educación superior en Salud, se propone un examen único para especialidades médicas, lo realizará el Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el Ministerio de Educación (art. 104), se otorgarán becas y matrícula para formación posgradual de profesionales de la salud en áreas médico quirúgicas y salud pública que se distribuirá entre los profesionales de medicina enfermería y otras profesioes del sector salud (art. 105).

El título IX se refiere a Régimen laboral de los trabajadores de la salud, la reforma propone un régimen laboral especial para los trabajadores de la salud de la siguiente manera:

TÍTULO X
REGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

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 conformará de acuerdo a los requerimientos de cantidad, perfiles y organización y a las características del Sistema de Salud, constituyéndose en un régimen especial.

En el marco de lo dispuesto por la Ley 1751 en los artículos 17 y 18, la política deberá incluir los criterios generales para mejorar las condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales, garantizar la educación continua y de actualización a todo el personal sanitario y especialmente a quienes tengan que trasladarse a lugares ubicados por fuera de las ciudades capitales.

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, con el propósito de reducir las brechas de desigualdad en salud, en el marco de la garantía al derecho fundamental a la salud, y aumentar la disponibilidad de talento humano en salud, adecuadamente capacitado y distribuido de forma eficiente.

Así mismo, estos incentivos buscarán el fortalecimiento de perfiles necesarios para la implementación del Modelo Preventivo y Predictivo con enfoque diferencial y territorial buscando el empoderamiento comunitario y la generación de capacidad humana, incluyendo aquellos grupos sociales de salud como las parteras y médicos (as) tradicionales.

Así se deberá generar planes de acción contingentes para gestionar los problemas que surjan como consecuencia de eventos extraordinarios en los territorios, como desastres naturales, epidemias u otros.

El artículo 109 establece que los trabajadores de la salud de las Instituciones Privadas y

Mixtas deberán ser regulados por un régimen laboral concetrado que tendrá las siguientes consideraciones, en el cual el trabajador de la salud tendrá contrato de trabajo.

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 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.

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, 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.

La única excepción que contempla la norma para que no se vincule por contrato de trabajo y es para el caso de trabajadores de salud especialistas (art. 108), y sólo cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades médico quirúrgicas, en ese caso las instituciones de prestación de servicios de salud podrá vincular o contratar especialistas a través de las distintas modalidades en el Código Sustantivo del Trabajo, o a través de contrato de servicios profesionales, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. “En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente”.

Finaliza el artículo 109 parágrafo 3:

Parágrafo 3. 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 estás 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."

El artículo 110 señala garantías para el suministro de los medios de labor, en el cual las Instituciones Prestadoras de Salud deben garantizar los insumos, recursos, tecnologías en salud. El artículo 111 trata sobre el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, este sistema tendrá cobertura para todo el talento humano del sistema de salud, independiente de su forma de vinculación. Esto estará bajo la supervisión del Ministerio de Trabajo. Se menciona en el parágrafo se señala que el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo deberá tener en cuenta que el control de los factores de riesgos laborales tienen que ser enfocados en los riesgos inherentes a la prestación de la salud.

El artículo 112 se refiere al Servicio Social Obligatorio (SSO) y Médicos Residentes, en el cual se indica que las instituciones prestadoras de salud deben incluir en sus plantas de personas cargos para los profesionales que realicen el SSO que participarán en equipo de Atención Primaria en Salud (APS) en especial en las regiones apartadas. Los médicos y médicas residentes, deberán ser vinculados a término fijo como trabajadores de la salud por las instituciones públicas. “En todo caso estarán bajo la supervisión y control de médicos especialistas y de las correspondientes instituciones de educación superior”.

El Título XI trata sobre autonomía y autorregulación. Los artículos 113, 114 y 115 fueron eliminados dado que ya la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015 se refiere a ello así lo establece claramente la LES:

CAPÍTULO III.

PROFESIONALES Y TRABAJADORES DE LA SALUD.

ARTÍCULO 17. AUTONOMÍA PROFESIONAL. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente.

La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.

PARÁGRAFO. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores; empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos médicos o similares.

Jurisprudencia Vigencia

ARTÍCULO 18. RESPETO A LA DIGNIDAD DE LOS PROFESIONALES Y TRABAJADORES DE LA SALUD. Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.

Jurisprudencia Vigencia

Conserva vigencia en la ponencia radicada de la reforma el artículo 116 sobre los comité de autorregulación médicas, la cual deben contar todas las instituciones prestadores de salud, que analizará las políticas acerca de la utilización racional y eficiente de los recursos de salud. El artículo 117 trata sobre el procedimiento para la resolución de conflictos en el ejercicio médico, cuando existan discrepancias diagnósticas o terapéuticas; este artículo fue ampliado totalmente en la votación de la plenaria de la cámara, en el cual se establece un procedimiento detallado al respecto. Finaliza este título con el traslado a los tribunales de ética de los trabajadores de salud faltas éticas a la profesión, y las autoridades deberán promover la creación de comité de ética para las diferentes profesiones de la salud.

El título XII trata sobre las disposiciones generales, en cuyo artículo 120 se señala que las

normas de la ley que afecten recursos del presupuesto general de la Nación deberán sujetarse al Marco de Gasto de Mediano Plano y al Marco Fiscal de Mediano Plazo. El artículo 121 señala que los regímenes especiales como el del Magisterio, el de Ecopetrol y el de las Universidades estatales u oficiales. El artículo 122 resulta de suma importancia dado que se le facultad al Presidente de la República hasta por 4 meses para expedir norma con fuerza de ley para reglamente el proceso de salud en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) consultando previamente a los indígenas, así como también lo hará con las comunicades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y Pueblo ROM (art. 123).

El artículo 124 es uno artículo creado especialmente para la Colombia profunda denominado Plan Nacional de Salud Rural:

Articulo 124. Plan Nacional de Salud Rural. 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.

El gobiemo nacional deberá formular el Plan de manera participativa con las organizaciones campesinas, 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 descentralizados en salud rural, el enfoque de determinantes sociales, el enfoque territorial y diferencial y demás aspectos de la presente ley que permitan la formulación y gestión del Plan Nacional de Salud Rural.

Parágrafo 1. El Gobiemo 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

Parágrafo 4. Para el seguimiento y evaluación del PNSR el Gobiemo Nacional creará el Observatorio Nacional de Salud Rural.

Finalmente el Título XIII trata sobre disposiciones transitorias y varias, comenzando por el artículo 125 que se denomina Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud, en el cual se dice que la reforma se implementará de manera gradual, y no podrá haber persona sin portección, sin afiliación, sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en 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”. El gobierno Nacional a

través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación que tendrá en cuenta los siguientes puntos:

- "En ningún caso se suspenderá tratamientos sin una indicación médica explícita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialista de este periodo". "El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta, con discapacidad y movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el sistema de salud.
- Las EPS que no pasen a ser gestoras de salud y vida acordarán con el Gobierno Nacional las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social, lo cual se realizará de manera progresiva y ordenada, para que la población no quede desprotegida.
- Las EPS no podrá detener su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice la entrega ordenada de sus afiliaciones a las instituciones previstas en esta ley.
- Habrá subrogación de los contratos de las EPS con IPS.
- El ADRES realizará giro directo universal.
  El artículo 129 trata sobre la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el cual se incluye la Atención Primaria en Salud, el artículo 130, muy importante, trata sobre los acuerdos de voluntades que firmarán las instituciones prestadoras de servicios de salud que estarán adscritas en las redes integrales e integradas de servicios de salud. El gobierno nacional adelantará en los 6 meses siguientes de entrada en vigencia la reforma, el Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) (art. 134), el artículo 135 dispone de un Comité Ejecutivo que será convocado de manera periódica por el Ministerio de Salud y Protección Social a los directores territoriales de salud departamentales y distritales, y a su vez los directores territoriales de salud departamentales convocarán a los municipales de su territorio. Existe un Plan de incentivos apra la promoción del deporte, la recreación y la actividad física (art. 136) y programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades (art. 137).

Finalizamos con el fortalecimiento del INVIMA (art. 138), derechos y estímulos de los servidores públicos (art. 139), prevalencia de los cuidadores o asistentes personales no remunerados para la prestación de servicios personales domiciliarios a personas en condición

de discapacidad, es decir, que si se decide contratar a un personal para el paciente, tendrá preferencia quien lo ha estado cuidando sin remuneración, siempre y cuando el paciente acepte (art. 140).

Ya han sido aprobados 74 de los 143 artículos que contiene esta ponencia.

---

[1] https://www.sur.org.co/contenido-de-la-ponencia-de-la-reforma-a-la-salud-que-se-encuentra-radicada-en-la-plenaria-de-la-camara-de-representantes-parte-i/

[2] https://drive.google.com/file/d/173GyAc0goBtxHdekZeBeIaf1fWiIIPlk/view?usp=sharing

[3] https://www.sur.org.co/los-recursos-de-la-salud-son-recursos-publicos-y-por-ende-su-administracion-debe-ser-publica-como-es-en-estos-momentos-con-el-adres-pero-sin-intermediacion/

[4] https://www.elnuevosiglo.com.co/articulos/01-16-2023-deudas-de-las-eps-ascienden-233-billones-supersalud

[5] https://www.sur.org.co/participacion-social-y-ciudadana-en-la-reforma-a-la-salud-pl-339-de-2023/

Tomás Maldonado

Foto tomada de: Zona Cero