



Bogotá, 26 de abril de 2021

DOCTOR

JOSÉ RITTER LÓPEZ PEÑA

PRESIDENTE COMISIÓN SÉPTIMA CONJUNTA

SENADO DE LA REPÚBLICA

Asunto: Informe de comisión accidental para el estudio proposiciones al Proyecto de Ley 10 de 2020 Senado 425 de 2020 Cámara “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud”.

Respetado Presidente:

De manera atenta, nos permitimos remitir a su Despacho, el Informe de la comisión accidental para el estudio sobre las proposiciones y enmiendas al Proyecto de Ley 10 de 2020 Senado 425 de 2020 Cámara “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud”.

Las Comisiones Séptimas Conjuntas ordenaron conformar una comisión accidental integrada por los siguientes congresistas:

H.S. FABIAN GERARDO CASTILLO SUAREZ

H.S. MANUEL BITERVO PALCHUCAN CHINGAL

H.S. LAURA ESTER FORTICH SÁNCHEZ

H.S. NADYA GEORGETTE BLEL SCAFF

H.S. GABRIEL VELASCO

H.R. JUAN DIEGO ECHAVARRÍA SÁNCHEZ.

H. R. NORMA HURTADO SÁNCHEZ

H.R. JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA.

H.R. JAIRO GIOVANNI CRISTANCHO

H.R. FABER ALBERTO MUÑOZ CERON

H.R. JHON A. MURILLO

I. INVENTARIO DE PROPOSICIONES

El listado de proposiciones presentadas y entregadas por la secretaría de la Comisión Séptima del Senado de la República y allegadas a la comisión accidental, corresponde al documento contenido en el anexo 1. En este mismo anexo se registran los artículos nuevos.

Al iniciar el debate se realiza el consolidado de proposiciones presentadas por los congresistas así:

CONGRESISTA	NÚMERO DE PROPOSICIONES
TOTAL	364
JOSE LUIS CORREA	36
NORMA HURTADO SÁNCHEZ	24
JENNIFER ARIAS	23
JORGE GÓMEZ	20
LAURA ESTER FORTICH	18
JOHN ARLEY MURILLO	17
MILLA PATRICIA ROMERO SOTO	16
JAIRO CRISTANCHO, NORMA HURTADO, CARLOS ACOSTA	15
CRISTO, BENEDETTI, SÁNCHEZ, MUÑOZ	15

JUAN CARLOS REINALES	14
ÁNGELA SÁNCHEZ	12
JOSÉ RITTER LÓPEZ	12
NADIA BLEL SCAFF	11
GABRIEL VELASCO	11
FABIÁN CASTILLO	11
BANCADA MIRA	10
FABIÁN DÍAZ	10
CARLOS MOTOA	9
JAIRO CRISTANCHO	8
JAIRO CALA, OMAR DE JESUS	7
CRISTO, ECHAVARRIA, CASTILLO	7
CRISTO, BENEDETTI, SANCHEZ	6
MANUEL BITERVO PALCHUCAN	6
MAURICIO TORO	5
CRISTO BENEDETTI, MUÑOZ	4

JORGE BENEDETTI	4
MARIA CRISTINA SOTO	3
JAIRO CRISTANCHO Y NORMA HURTADO	3
CRISTO, BENEDETTI, CASTILLO	2
HONORIO ENRIQUEZ	2
JORGE GÓMEZ Y MOTOA	1
JORGE GÓMEZ Y CORREA	1
NORMA, CRISTANCHO, FABIÁN	1
NORMA, MURILLO	1
NORMA, CASTILLO	1
CRISTO, ARIAS	1
CASTILLO, ECHAVARRIA, CRISTANCHO	1
JAIRO CRISTO	1
CRISTO, BENEDETTI	1
CRISTO, BENEDETTI, MURILLO, ARIAS	1
CRISTO, CRISTANCHO, ARIAS, CASTILLO	1

CRISTO, ARIAS, CRISTANCHO, CASTILLO	1
CRISTO, MOTOA, CRISTANCHO, CASTILLO, ECHAVARRIA	1
CRISTO, MOTOA, ECHAVARRIA, CASTILLO	1
CRISTO, MURILLO, BITERVO, ARIAS	1
CRISTO, CRISTANCHO.	1
CRISTO, ARIAS, CRISTANCHO	1
CRISTO, CRISTANCHO, MUÑOZ, CASTILLO, BENEDETTI	1
CÉSAR ORTIZ Y AULO POLO	1
JAIRO CALA	1
JHON ARLEY MURILLO BENÍTEZ, FABER ALBERTO MUÑOZ, HENRY FERNANDO CORREAL, MARIA CRISTINA SOTO Y JORGE BENEDETTI	1
NORMA HURTADO SÁNCHEZ, JAIRO CRISTANCHO TARACHE Y JENNIFER ARIAS FALLA	1
NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, JENNIFER ARIAS, FABIÁN CASTILLO	1

BALANCE PROPOSICIÓN	NÚMERO
AVALADA	160
NO AVALADA	160

EXCLUIDAS	20
RETIRADOS	9
CONSTANCIA	7
ELIMINADOS	8
TOTAL	364

II. ARTÍCULOS DE LA PONENCIA SIN PROPOSICIONES

Revisado el inventario de proposiciones se evidencian que en la ponencia original para primer debate. los artículos 17, 20, 23, 25, 26, 27, 41 y 49 no fueron objeto de propuesta de enmiendas o eliminaciones.

Los artículos con proposición de eliminación que fueron aprobados fueron: 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60 y 61.

III. DEBATE Y VOTACIÓN SOBRE PROPOSICIONES AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA

Las proposiciones al texto de la ponencia y los artículos nuevos fueron debidamente debatidos, analizados y votados por la comisión accidental teniendo como resultado el texto propuesto en la proposición sustitutiva. De dicha proposición sustitutiva se excluyen artículos que por su contenido o votación deben ser objeto de debate y votación especial por parte de la Comisión Conjunta.

Al interior del debate el Representante Jhon Arley Murillo solicita excluir de la discusión del artículo 3 su proposición, pues no comparte la argumentación de no avalar su proposición.

Al interior del debate el Senador Jesús Alberto Castilla, manifiesta que estará presente en las discusiones de la subcomisión, pero se abstiene de votar.

Al interior del debate se hace presente de manera virtual el Representante Jorge Gómez el cual solicita sean excluidos de la discusión de la subcomisión las proposiciones presentadas por él a los artículos: 9, 13, 14, 26, 27, 30, 31, 32, 35, 38, 40, 43, 49, 53, 54, 55, 56, 60, 61 y un artículo nuevo.

Al interior del debate, el Senador Manuel Bitervo a partir del artículo 34 se abstuvo de debatir y votar, en razón a que, por diligencia judicial y causas de fuerza mayor, no pudo conectarse para participar en algunas sesiones de subcomisión.

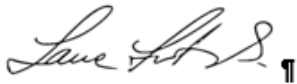
Al interior del debate la Senadora Laura Fortich y el Representante Jairo Cristancho Tarache dejan constancia que no participaron en la discusión y votación del artículo nuevo propuesto por la Senadora Nadia Blel sobre “*Beneficios Sociales al Talento Humano en Salud en Emergencia Sanitaria.*” por considerar que la disposición contenida puede configurarse en un posible conflicto de intereses.

¶
¶

Por medio del presente acápite me permito dejar como **CONSTANCIA** que me he abstenido de participar en la discusión o adopción de decisiones frente a la proposición presentada por la Honorable Senadora Nadia Blel Scaff la cual plantea la incorporación de un artículo nuevo en el siguiente sentido: “**Beneficios Sociales al Talento Humano en Salud en Emergencia Sanitaria.** En el marco de la responsabilidad social y el retorno social de inversión, con cargo a los excedentes de la cuota moderadora las cajas de compensación familiar promoverán programas, planes y proyectos dirigidos a establecer beneficios sociales y financieros diferenciales en favor de los afiliados que hagan parte de Talento Humano en Salud que preste sus servicios durante las emergencias sanitarias” por cuanto considero que podría existir un conflicto de interés, situación que deberá ser sometida a consideración y votación de la Comisión Séptima del Senado. Lo anterior de conformidad con lo previsto en el artículo 182 de la Constitución Política, los artículos 286 y siguientes de la Ley 5ª de 1992, el artículo 62 de la Ley 1828 de 2017 Código de Ética y Disciplinario del Congresista, y demás normas concordantes. Razón por la cual la aprobación de este informe, que es acompañado por mi firma, deberá entenderse como **EXCLUIDA** frente a la misma proposición. ¶

¶

Cordialmente, → ¶



Laura Ester Fortich Sánchez ¶

H. Senadora de la República ¶

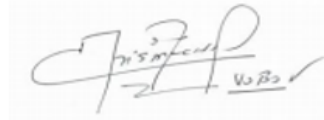
Ponente Única ¶

¶

¶
¶
¶

Por medio del presente dejo como **CONSTANCIA** que me he abstenido de participar en la discusión o adopción de decisiones frente a la proposición presentada por la Honorable Senadora Nadia Blel Scaff la cual plantea la incorporación de un artículo nuevo en el siguiente sentido: **"Beneficios Sociales al Talento Humano en Salud en Emergencia Sanitaria. En el marco de la responsabilidad social y el retorno social de inversión, con cargo a los excedentes de la cuota moderadora las cajas de compensación familiar promoverán programas, planes y proyectos dirigidos a establecer beneficios sociales y financieros diferenciales en favor de los afiliados que hagan parte de Talento Humano en Salud que preste sus servicios durante las emergencias sanitarias"** por cuanto considero que podría existir un conflicto de interés, situación que deberá ser sometida a consideración y votación de la Comisión Séptima del Senado. ¶

¶
¶



¶
¶
¶
¶
¶

JAIRO CRISANCHO TARACHE¶

Represente a la Cámara¶

Frente al artículo 58 de la ponencia, el Senador Gabriel Velasco manifiesta que solicitará dentro del debate en las comisiones conjuntas la inclusión del artículo, pues por mayoría de la subcomisión dicho artículo fue eliminado.

Conforme lo anteriormente expuesto, se propone por parte de la Comisión Accidental aprobar la proposición sustitutiva excluyendo de dicho articulado lo siguiente:

<p>ARTÍCULOS QUE SE PROPONEN DISCUTIR EN LAS COMISIONES CONJUNTAS POR NO LOGRAR CONSENSO SOBRE LAS PROPOSICIONES O POR TENER UN TRÁMITE CONSTITUCIONAL Y VOTACIÓN DIFERENTE:</p>	<p>Artículo 57. Transformación del Instituto Nacional de Cancerología -INC</p> <p>Artículo 82 (NUEVO). Transformación Institucional.</p>
--	--

Los miembros de la comisión una vez realizado el debate y votación de las proposiciones autorizaron reorganizar el texto en lo que hace referencia a la numeración del articulado.



PROPOSICIÓN SUSTITUTIVA

“Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social de conformidad con la ley 1751 de 2015 y la sostenibilidad del Sistema de Salud”

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

CAPÍTULO I. GENERALIDADES

Artículo 1. Objeto y alcance. Por medio de la presente ley se realizan ajustes al Sistema de Salud para garantizar el derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015, mediante la rectoría del Estado que permita fortalecer las relaciones entre instituciones y sujetos que intervienen directa e indirectamente en la salud, sus determinantes y riesgos en salud y se dictan medidas orientadas a soportar la sostenibilidad financiera del sistema. Bajo ninguna circunstancia, autoridad alguna del sistema podrá invocar la sostenibilidad financiera para menoscabar los derechos fundamentales, restringir su alcance o negar su protección efectiva.

Artículo 2. Funciones esenciales del Sistema de Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS de la ley 1751 de 2015, tiene como funciones esenciales, sin perjuicio de su objeto y principios, la rectoría del sistema, la financiación, la investigación, la información, la salud pública, la prestación de servicios y el aseguramiento, de manera que conduzca al establecimiento de la salud de las poblaciones a quienes protege, la reducción de las inequidades en salud, la eliminación de las barreras de acceso, el trato digno en la prestación de los servicios y la exigencia de estándares de calidad definidos para todos los actores del SGSSS.

Artículo 3. Política Pública de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del primer año luego de entrada en vigencia la presente ley, se desarrollará una política pública de salud que incluya, un modelo de atención, un esquema de operación del aseguramiento, así como la prestación de servicios y tecnologías que requiera la población, definiendo explícitamente las exclusiones contenidas en el artículo 15 de la ley 1751 de 2015, con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la exigencias de estándares de calidad a las EAPB para su funcionamiento las EAPB, que permitan la garantía de este derecho fundamental.

El Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS, evaluará y actualizará permanentemente con la participación de la ciudadanía, la academia, las organizaciones, asociaciones colegiadas en

materia de salud y demás actores del sistema, esta política de acuerdo con las necesidades y problemas en salud de la población, avances investigativos y la disposición de nuevas tecnologías para la prestación de servicios de salud, bajo los estándares de calidad definidos para los actores del SGSSS, en especial para las Entidades Administradoras del Plan de Beneficios (EAPB)

Parágrafo. La Política Pública será construida con la participación amplia y suficiente de los diferentes actores del sistema de salud, trabajadoras y los trabajadores de la salud, las asociaciones de usuarios, la academia, las mesas de salud departamentales y el ministerio público, en mesas de trabajo concertadas y lideradas por el Ministerio de salud y Protección Social MSPS.

Artículo 4. Regionalización en el Sistema de Salud. El MSPS podrá organizar el sistema de salud por regiones, dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, esto es el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y sus determinantes sociales en salud más allá de las fronteras político-administrativas, por lo que desde las acciones promocionales, pasando por la prestación de servicios de salud operado en redes, el aseguramiento, hasta la definición de intervenciones y metas, se ajustará a las distintas condiciones, necesidades y problemas en salud de las poblaciones residentes en cada región, considerando los usos y costumbres de las comunidades étnicas en las entidades territoriales con presencia significativa de las mismas. Las labores de inspección, vigilancia y control, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud -SNS, deberán tener en cuenta la regionalización aquí prevista y, en consecuencia, deberá adaptar su funcionamiento a este principio, en el marco de la desconcentración dispuesta en el artículo 118 de la Ley 1438 de 2011.

Artículo 5. Gestión Integral del riesgo en salud. La gestión integral del riesgo en salud corresponde a los diferentes actores del sistema, quienes dentro de sus competencias trabajarán de manera articulada, coordinada y de carácter intersectorial en torno a las intervenciones individuales y colectivas que se deben realizar a las personas y su entorno para mitigar, contener y atender los riesgos en salud.

La Nación y las Entidades Territoriales serán responsables de las intervenciones para el manejo del riesgo colectivo y de articular y coordinar estas acciones con las intervenciones para el manejo del riesgo individual que es responsabilidad de las Entidades Administradoras del Plan de Beneficios -EAPB-, las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL, las redes integradas e integrales de salud, así como de la población.

Las EAPB, a través de los diferentes prestadores de servicios de salud y las redes integradas e integrales de salud que hacen parte de su red, se concentra en la gestión de los riesgos individuales, en coordinación y articulación con los demás actores del sistema.

Las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL- deberán coordinar las acciones relacionadas con los riesgos laborales de sus afiliados, con la EAPB a la cual se encuentren estos afiliados y con los demás actores.

Los prestadores de servicios de salud y las redes integradas e integrales de salud son responsables de prestar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, de conformidad con los contratos celebrados con las EAPB y en lo colectivo, de conformidad con los contratos celebrados con las Entidades Territoriales.

Las personas y comunidades, en sus entornos, tienen el deber de auto cuidarse realizando las acciones de promoción y mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad, al igual que seguir las recomendaciones dadas por el personal de salud, la adherencia al tratamiento, el cumplimiento de citas y otras atenciones que inciden en su condición de salud.

Artículo 6. Modelo de Atención en Salud. El Sistema de Salud colombiano en el marco del SGSSS, se desarrollará con base en la estrategia de la Atención integral Primaria en Salud (APS) renovada con enfoque de salud familiar y comunitaria, orientado hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la gestión integral del riesgo en salud, a través de rutas integrales de atención, prestada a los usuarios operadas por redes integradas e integrales de servicios en salud de la región. La implementación del modelo de atención se hará de manera progresiva y gradual, teniendo en cuenta la sostenibilidad del sistema.

Toda persona estará adscrita a un prestador primario que le asignará un médico con enfoque de salud familiar y comunitario en los casos en que no haya disponibilidad de especialistas en Medicina Familiar, el cual será de libre elección del afiliado con base al personal adscrito al prestador y contará con el apoyo de un equipo multidisciplinario de salud (EMS) altamente resolutivo y ubicado cerca al lugar donde las personas residen, trabajan, se recrean o estudian.

Parágrafo 1. El enfoque familiar y comunitario corresponde al conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud en los individuos y colectividades de acuerdo con sus determinantes sociales, enfoque diferencial, el contexto territorial, curso de vida y entorno.

Parágrafo 2. El Equipo Multidisciplinario para la Salud (EMS) contará con los servicios de soporte diagnósticos y terapéuticos necesarios, de acuerdo con el conjunto de servicios definidos para el prestador primario, tanto hospitalario como los servicios de atención extramural, como la telesalud y atención domiciliaria, en caso de requerirse autorizaciones o trámites administrativos, estos deben ser evacuados de manera oportuna, eficiente y ágil en beneficio del usuario.

Parágrafo 3. Dentro de los veinticuatro (24) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, cada prestador primario deberá contar con el número suficiente de especialistas en Medicina Familiar o de médicos con enfoque familiar, acreditados académicamente para cubrir y atender a todas las personas adscritas a ellos y deberán reportar el cumplimiento de esta disposición ante el Ministerio de Salud y Protección Social al finalizar el término aquí establecido.

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la atención individual primaria y complementaria en todo el territorio nacional, para ello, dará prioridad a la población ubicada en los municipios descritos en el Decreto Ley 893 de 2017 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Artículo 7. Modelo en salud diferencial. El aseguramiento y la prestación de servicios de salud en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, presencia de comunidades étnicas o de personas con discapacidad, limitada oferta de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se deberán desarrollar modelos de atención diferenciados como el enfoque de género, que se ajusten a las características territoriales (rural y rural dispersos) y poblacionales. Se garantizará la sostenibilidad financiera en el modelo de salud diferencial y el uso de las redes integradas e integrales de la región.

Parágrafo 1. Los modelos diferenciales contemplados en este artículo no se restringirán a la atención y afiliación, sino que además garantizarán las determinantes sociales en salud de las poblaciones objeto y la participación intersectorial de entidades del orden nacional y territorial en su construcción e implementación.

Parágrafo 2. En relación con los pueblos indígenas se dará continuidad a la implementación y desarrollo total del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural -SISPI-, manteniendo la indemnidad de las garantías y derechos consagrados en las normas y acuerdos existentes a la sanción de la presente ley.

Así mismo, para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del país, el Gobierno Nacional definirá y reglamentará un modelo especial de salud, organizado y prestado a nivel comunitario bajo su propia responsabilidad y control, que esté acorde con sus condiciones sociales, económicas, geográficas, y culturales, así como con sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

Para tales efectos, y en desarrollo del cumplimiento de lo señalado en el presente artículo, se garantizará la consulta y concertación con la población indígena, negra, afrocolombiana, raizal y palenquera.

Parágrafo 3. La atención individual primaria y complementaria, deberá prever un modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas garantizando la prestación del servicio a través de diferentes estrategias y con talento humano con las competencias requeridas (según el componente primario o complementario)

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la atención individual primaria y complementaria en todo el territorio nacional, para ello, dará prioridad a la población ubicada en los municipios descritos en el Decreto Ley 893 de 2017 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Parágrafo 5. El Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la atención individual primaria y complementaria en aspectos tales como rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición, atención a enfermedades de alto costo y rehabilitación de lesiones derivadas del conflicto, atención al consumidor de drogas ilícitas y la prevención al consumo, todo lo anterior con enfoque de género, étnico y territorial.

Artículo 8. Calidad del servicio público esencial de salud. El Gobierno Nacional en cabeza del El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, definirá una política de protección del usuario y expedirá, las normas relativas a la organización de un sistema de calidad del sistema de salud, que incluye a todos

sus agentes y está orientado al fortalecimiento de las capacidades institucionales, operacionales y de infraestructura. El sistema de calidad estará orientado a la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud y al logro de la finalidad del sistema de salud.

Parágrafo 1. El Gobierno Nacional en cabeza del El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, definirá los estándares de habilitación y acreditación para las Direcciones territoriales de salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las redes integradas e integrales de servicios de salud, para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud a las personas.

Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud SNS, en ejercicio de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control deberá velar por el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en la habilitación y acreditación para todos los agentes del SGSSS.

Artículo 9. Sistema Único Interoperable de información en Salud. Todas las EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales y Prestadores de Servicios de Salud, las direcciones territoriales de salud, que operen en el territorio nacional deberán contar con sistemas de información interoperables, que cumplan con los requisitos, estructuras de información y funcionalidades que establezca el MSPS, en los diferentes aspectos del aseguramiento, flujo de recursos, la prestación de los servicios, y la auditoría y evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores de servicios de salud.

Sin perjuicio de los demás datos e información necesaria para la interoperabilidad del Sistema-y en cumplimiento de las normas sobre tratamiento de datos personales previstas en el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el respeto a la reserva de la información, se deberá incorporar la historia clínica electrónica, la auditoría en línea y la facturación electrónica.

Las citadas entidades únicamente podrán solicitar la información indispensable para cumplir la finalidad señalada en este artículo y deberán adoptar medidas de responsabilidad demostrada para garantizar el debido tratamiento de los datos personales. Dichas medidas deben ser apropiadas, efectivas, útiles, eficientes, oportunas y demostrables. Especial énfasis realizarán en garantizar la seguridad, la confidencialidad, el uso y la circulación restringida de esa información

El MSPS coordinará todas las acciones necesarias para la puesta en marcha del sistema único interoperable de información en salud con el fin de unificar criterios y definir parámetros que deberán cumplir los actores aquí señalados.

Parágrafo. Dentro de los dos años a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el MSPS definirá un sistema único para la prescripción de los servicios en salud que se encuentran financiados con cargo a la UPC y que será de obligatorio para todos los integrantes del SGSSS.

CAPÍTULO II. SEGURIDAD SANITARIA Y EMERGENCIA SANITARIA

Artículo 10. De la Seguridad Sanitaria. Es el deber del Estado, en cabeza del MSPS, garantizar, la disponibilidad, accesibilidad y calidad de servicios de salud, las tecnologías de salud, el recurso humano y los recursos financieros para la atención de la población residente en el territorio nacional en los términos de los artículos 6°, 9° y 20° de la Ley 1751 de 2015 tanto en tiempos de calma, para la preparación para los momentos de crisis, como cuando se presenten situaciones de emergencia sanitaria, local o global, y eventos que afecten en forma masiva e indiscriminada la salud colectiva.

La Seguridad Sanitaria se desarrolla a partir de la planeación por parte del MSPS, como ente rector del sector salud, y constituye un conjunto de acciones para prevenir, mitigar, controlar o eliminar eventos o situaciones de riesgo que afecten la atención en salud de la población.

Artículo 11. Política de Estado de Seguridad Sanitaria. El Ministerio de Salud y Protección Social, previo concepto favorable del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), formulará e implementará, en un lapso no mayor a un (1) año, una Política pública de seguridad sanitaria intersectorial que se evaluará en el tiempo, y tenga como objetivos—garantizar la disponibilidad, accesibilidad y calidad de servicios y tecnologías, del recurso humano y de los recursos financieros que se requieren para la atención integral en salud de los habitantes del territorio nacional así como incidir sobre los determinantes sociales de la salud en los términos de la Ley 1751 de 2015, tanto en tiempos de normalidad, como en tiempos de emergencia sanitaria nacional o global o ante la presencia o amenaza de eventos que afecten en forma masiva e indiscriminada la salud colectiva.

En la formulación y ejecución de la política deberán participar todos los actores públicos y privados que intervienen directa o indirectamente en la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios y tecnologías de salud.

Artículo 12. Comisión intersectorial para la orientación, seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria. El Gobierno nacional conformará una comisión intersectorial como instancia para la articulación y coordinación de las instituciones, sectores y actores que intervienen directa o indirectamente en los determinantes sociales de la salud y en la disponibilidad, accesibilidad y calidad de servicios y tecnologías, del recurso humano y de los recursos financieros que se requieren para la atención integral en salud de los habitantes del territorio nacional, en los términos de la Ley 1751 de 2015, con el propósito de orientar, y hacer seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria.

La comisión intersectorial para la orientación, seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria estará integrada por los siguientes miembros con voz y voto:

1. El presidente de la República o su delegado, quien la presidirá;
2. El ministro de salud y protección social o su delegado, quien ejercerá la secretaría técnica;
3. El ministro del interior o su delegado;
4. El ministro de hacienda y crédito público o su delegado;

5. El ministro de trabajo o su delegado;
6. El ministro de minas y energía o su delegado;
7. El ministro de justicia y del derecho o su delegado;
8. El ministro de educación nacional o su delegado;
9. El ministro de ambiente y desarrollo sostenible o su delegado;
10. El ministro de vivienda, ciudad y territorio o su delegado;
11. El ministro de transporte o su delegado;
12. El ministro de comercio, industria y turismo o su delegado;
13. El ministro de tecnologías de la información y las comunicaciones o su delegado;
14. El director del Instituto Nacional de Salud o su delegado;
15. El director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado;
16. El director del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social o su delegado;
17. El director del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA o su delegado.

A su vez tendrán asiento en la Comisión, con voz, pero sin voto:

1. El Director Ejecutivo de la Federación Nacional de Departamentos.
2. El Director Ejecutivo de la Federación Colombiana de Municipios.
3. El Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales.
4. Un representante de los aseguradores; uno los prestadores, y otro del Talento Humano en Salud, un vocero de la Industria farmacéutica que represente la industria de producción local de medicamentos y a la industria multinacional importadora del país.
5. Un representante de los usuarios del sistema de salud.
6. Un representante de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
7. Un representante de las Comunidades Indígenas de la Comisión Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas.

Cuando la Comisión considere necesario incluir uno o más miembros con voz y voto, podrá hacerlo siempre que la mayoría simple de los miembros esté de acuerdo. Así mismo podrá invitar a los actores o expertos que considere pertinentes para la orientación o evaluación de un tema determinado.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, definirá el procedimiento y mecanismos para la elección de los miembros con voz pero sin voto contemplados en el numeral 4 del presente artículo.

Artículo 13. Capacidad nacional para la producción y acceso a principios activos, medicamentos y tecnologías en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social con la concurrencia del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación o quien haga sus veces, el Invima y demás actores sectoriales y académicos pertinentes, definirá los instrumentos para generar y consolidar las capacidades

humanas, científicas, de infraestructura, financieras y económicas, necesarias para la producción de principios activos, tanto de síntesis química como biológicos, vacunas, medicamentos y otras tecnologías en salud.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá destinar directamente recursos financieros y firmar convenios con asociaciones científicas, laboratorios especializados públicos y privados, ubicados dentro o fuera del territorio nacional, pero privilegiando los nacionales, centros o institutos de investigación y universidades, con el fin de asegurar el acceso referente a tratamientos preventivos y curativos con el propósito de contrarrestar contingencias de epidemia o pandemia.

Parágrafo 2. El Gobierno Nacional en aras de consolidar la seguridad sanitaria, adelantará las acciones necesarias para fortalecer las capacidades del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), con el propósito de hacer más eficiente y eficaz sus procesos y trámites como autoridad sanitaria.

Parágrafo 3. En este proceso de consolidación de capacidades se deberá cumplir con los estándares y normas internacionales para garantizar la calidad, seguridad y eficacia. Así como promover el respeto por los derechos y normas relacionados con propiedad intelectual.

Artículo 14. De la fabricación nacional de tecnologías de salud. El MSPS impulsará el desarrollo y producción nacional de principios activos, tanto de síntesis química como biológicos, así, como la producción de vacunas y demás tecnologías en salud, para lo cual dispondrá hasta del cinco por ciento (5%) de los recursos de Fondo de Investigación en Salud FIS y podrá acceder a otras fuentes de recursos incluyendo el Presupuesto General de la Nación, lo cual estará sujeto a las disponibilidades presupuestales en la ejecución de la política pública, conforme lo dispuesto en el artículo 39 del Estatuto Orgánico de Presupuesto. Así mismo, para el cumplimiento de lo señalado en el presente artículo se podrá promover la realización de alianzas público - privadas

Artículo 15. Declaración de Emergencia Sanitaria. El MSPS declarará la emergencia sanitaria cuando se presenten situaciones por riesgo o declaratoria de pandemia, epidemia, epidemia declarada, insuficiencia o desabastecimiento de bienes o servicios de salud o eventos catastróficos que afecten la salud colectiva. El acto por medio del cual se declara la emergencia sanitaria deberá estar motivado, contener un análisis y evaluación de la situación sanitaria, teniendo en cuenta los criterios de articulación sanitaria, conexidad, coordinación, eficacia, eficiencia, oportunidad, proporcionalidad, responsabilidad, temporalidad y territorialidad y deberá tener en cuenta la protección especial de la población en debilidad manifiesta.

El MSPS, como ente rector, determinará las medidas requeridas para mitigar, evitar, controlar y superar las circunstancias que generaron la emergencia sanitaria dentro de un plan de gestión que deberá incorporar la articulación con los sectores del nivel nacional y territorial. Dicho plan se adecuará y actualizará a las condiciones de avance de la situación que dio origen a la declaratoria. En la articulación con el sector territorial, el MSPS podrá

implementar monitoreo priorizado para analizar la evolución de la declaratoria en poblaciones específicas.

Artículo 16. Medidas sanitarias en el marco de la emergencia sanitaria. El MSPS, en el marco de sus competencias, podrá además y complementariamente a las acciones previstas en el ordenamiento jurídico vigente, adoptar las siguientes medidas sanitarias:

- a. Determinar las acciones conducentes al monitoreo y seguimiento de las causas que dieron origen a la declaratoria y determinar la forma de articulación de los diferentes agentes del Sistema de Salud y demás sectores que estén comprometidos con la solución de las causas que dieron origen a la declaratoria.
- b. Establecer estrategias de comunicación e información para que las diferentes instancias de gobierno, los agentes del Sistema de Salud y la población en general tenga conocimiento oportuno y veraz de la situación sanitaria existente y de las medidas que hayan sido adoptadas
- c. Recomendar al Ministerio del Interior, la procedencia de las medidas que impliquen restricción de movilidad de personas y vehículos, aislamientos preventivos obligatorios, ingreso al territorio nacional por vía aérea, marítima, terrestre o fluvial de productos, fauna o flora, así como la prohibición de embarques y desembarques de pasajeros, tripulación o carga, u otras medidas no farmacológicas tendientes a contener o mitigar la propagación de un evento sanitario. El Ministerio del Interior en el marco de sus competencias emitirá los actos administrativos con las órdenes a las que haya lugar para el cumplimiento de este propósito.
- d. Establecer brigadas de atención en salud para la atención de la emergencia, cuando lo considere pertinente.
- e. Coordinar las acciones intersectoriales para responder y mitigar las emergencias, a través de la Comisión Intersectorial de Salud Pública.
- f. Coordinar con los organismos de cooperación internacional y entidades no gubernamentales la ayuda humanitaria y de carácter altruista relacionada con la atención de la emergencia.
- g. Establecer acuerdos con los laboratorios importadores y productores nacionales para la fabricación y distribución prioritaria de medicamentos, insumos para la salud y demás tecnologías en salud, con el fin de evitar la escasez de los mismos.
- h. Ordenar la compra de medicamentos, insumos para la salud y demás tecnologías en salud que sean requeridos, incluidos aquellos que se encuentren en desarrollo y con estudios en curso, por parte de los agentes del Sistema de Salud dentro de las competencias que le corresponden para garantizar su disponibilidad inmediata y el stock que permita afrontar la situación de emergencia. Así mismo, podrá apoyar proyectos de investigación y desarrollo en salud que se consideren necesarios para afrontar situaciones de emergencia o crisis
- i. Regular las condiciones sanitarias de priorización que el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA deberá aplicar para la fabricación, almacenamiento, acondicionamiento, procedimientos, requisitos de donaciones, vitales no disponibles, registro sanitario, autorizaciones, permiso de

comercialización o notificación sanitaria obligatoria y sus trámites asociados, para los productos de su competencia.

- j. Exceptuar de los requisitos de apostille o consularización de los documentos requeridos para los trámites de otorgamiento de registros sanitarios, autorizaciones, permisos de comercialización, notificaciones sanitarias obligatorias, autorización de donaciones o de productos vitales no disponibles, y sus trámites asociados, según corresponda, para los productos competencia del Invima que se consideren necesarios para afrontar situaciones de emergencia sanitaria declarada.
- k. Exceptuar para los documentos en idioma extranjero, el aporte de la traducción efectuada por el Ministerio de Relaciones Exteriores, por un intérprete oficial o por traductor designado por el juez, aceptándose para estos efectos la traducción simple en los trámites competencia del INVIMA bajo el marco de una emergencia sanitaria declarada.
- l. El MSPS, a través de la ADRES, se podrá realizar la compra de tecnologías en salud que ya se encuentran con cargo a la Unidad de Pago por Capitación cuando se presenten situaciones de desabastecimiento en el marco de una emergencia sanitaria declarada. Los procesos de contratación que se realicen para las compras que sean requeridas se registrarán por el derecho privado
- m. Establecer los lineamientos requeridos para que profesionales de la salud inscritos en el Registro de Talento Humano en Salud -ReTHUS puedan prestar sus servicios en las zonas de especial atención que determine el MSPS.
- n. Proponer bonificaciones al talento humano en salud durante la emergencia cuando el MSPS lo considere pertinente
- o. Emitir órdenes específicas de atención a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB-, incluidos los regímenes especiales y de excepción, siempre que dichas órdenes no afecten la libertad de empresa y la sostenibilidad financiera de las mismas.
- p. Emitir órdenes a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS o quienes haga sus veces y establecer reglas para la habilitación temporal de servicios de salud.
- q. Las demás que sean conexas, necesarias, eficaces y proporcionales para controlar, mitigar o superar los hechos que dieron lugar a la declaratoria de emergencia sanitaria.

Parágrafo. Las medidas sanitarias son de inmediata ejecución, contra las mismas no procede recurso alguno y sólo requieren, para su formalización, el respectivo acto administrativo. Su incumplimiento será considerado como una conducta que vulnera el SGSSS.

Artículo 17. Apoyo a las medidas adoptadas en emergencia sanitaria. Los agentes del Sistema de Salud y los diferentes niveles de Gobierno, tanto nacional como territorial, así como las autoridades de policía, deberán apoyar, en el ámbito de sus competencias al MSPS en las acciones y actividades que sean pertinentes conforme a las directrices técnicas que este determine y dentro del plan de gestión de la emergencia sanitaria que se adopte.

Así mismo, se deberán incorporar en la misma los demás sectores administrativos que sean requeridos por el MSPS con el fin de articular las acciones, recursos y talento humano tendientes a hacer frente a las causas que dieron origen a la declaratoria

Artículo 18. De la formación y ejercicio del Talento Humano en Salud, en las áreas de salud pública y seguridad sanitaria. Sin perjuicio de lo definido en la Ley 1164 de 2007, a partir de la vigencia de la presente ley se consideran como profesiones del área de la salud, además de las ya clasificadas, aquellas que cumplan y demuestren a través de su estructura curricular y laboral, competencias para brindar tanto la atención en salud como su cuidado integral en los procesos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

El Ministerio de Salud y Protección Social, apoyado en los colegios profesionales que correspondan, y en caso de no existir colegio en las asociaciones respectivas definirá los perfiles y competencias específicas reconocidas al interior del Sistema de Salud, los cuales deberán ser igualmente reconocidos por el Ministerio de Educación Nacional.

Parágrafo 1. En los casos de emergencia sanitaria legalmente declarada, el Ministerio de Salud y Protección Social, definirá los lineamientos, directrices y medidas especiales para el ejercicio de la labor del talento humano en salud en el marco de su pertinencia y competencia y dispondrá del talento humano en salud en ejercicio o en formación, para suplir, reforzar y apoyar las necesidades de los distintos actores del Sistema a lo largo del territorio nacional.

Parágrafo 2. El personal en formación en las áreas de la salud que sean dispuestos para suplir, reforzar, apoyar y/o atender la emergencia sanitaria, dentro del marco de sus capacidades, gozará de igual manera del incentivo de forma transitoria, excepcional y especial que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 19. De la financiación de la emergencia sanitaria. El MSPS, en el marco del plan de gestión de la emergencia sanitaria, podrá crear un fondo permanente para disponer de servicios, tecnologías en salud y talento humano requerido para atenderla. Dicho Fondo podrá ser financiado con recursos provenientes del Presupuesto General de la Nación o de otras fuentes, tanto de origen público como privado o con aportes internacionales. Sus objetivos, organización y administración, serán reglamentada por el MSPS.

El Gobierno nacional gestionará los recursos necesarios para garantizar la financiación de las medidas adoptadas por parte de MSPS.

Artículo 20. Control y seguimiento de las medidas que se adopten. Además de los diversos mecanismos de control, las medidas y acciones que se adopten al amparo de la declaratoria de emergencia sanitaria serán objeto de seguimiento de acuerdo con las directrices técnicas que expida el MSPS.

Artículo 21. De la inspección, vigilancia y control durante la emergencia sanitaria. La Superintendencia Nacional de Salud es la autoridad administrativa de inspección, vigilancia y control en relación con el cumplimiento de las medidas adoptadas en el marco de una emergencia sanitaria a cargo de todos los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y demás vigilados de esa entidad. El incumplimiento de estas será considerado como una conducta que vulnera el derecho fundamental a la salud y la prestación de dicho servicio,

sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias, policivas, fiscales, civiles y penales a las que hubiere lugar y de las competencias de las entidades territoriales.

Además de lo dispuesto en el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3° de la Ley 1949 de 2019, se consideran infracciones al régimen de emergencia sanitaria las siguientes:

- a. Obstaculizar o evadir el cumplimiento de las medidas requeridas para mitigar, evitar, controlar y superar las circunstancias que generaron la emergencia sanitaria o incumplir las instrucciones que hayan sido impartidas.
- b. Demorar, de manera injustificada, la prestación de servicios de salud requeridos para mitigar, evitar, controlar o superar las circunstancias que generaron la emergencia sanitaria.
- c. Generar, durante la emergencia, situaciones que pongan en riesgo la vida o la integridad física de las personas, en especial en aquellos que padezcan enfermedades crónicas, o catastróficas o enfermedades huérfanas.
- d. Emplear métodos fraudulentos para obtener un beneficio propio o en provecho de un tercero en el marco de la emergencia sanitaria.
- e. Incrementar el cobro de un servicio o prestación en relación con la emergencia sanitaria.
- f. No reportar información con calidad, celeridad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia o divulgar datos inexactos o suministrar información falsa relacionada con la emergencia sanitaria que tenga el deber de remitir o que le sea requerida.

Parágrafo 1. La Superintendencia Nacional de Salud podrá sancionar estas conductas a petición de parte o de oficio. Adicionalmente, podrá adoptar la medida de cesación provisional de que trata el artículo 125 de la Ley 1438 de 2011 y adelantar las demás actuaciones propias de su labor de inspección, vigilancia y control.

Parágrafo 2. Las sanciones previstas en los numerales 2 y 3 del artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, modificada por el artículo 2° de la Ley 1949 de 2019, se incrementarán de una tercera parte a la mitad si la conducta constituye una infracción a las medidas adoptadas en el marco de una emergencia sanitaria.

Artículo 22. Procedimiento sancionatorio. Para efectos de la imposición de las sanciones previstas en el artículo anterior, la SNS, aplicará el proceso administrativo sancionatorio establecido en el artículo 128 de la Ley 1438 de 2011 pero los términos allí contemplados se reducirán a la mitad conforme al principio de celeridad procesal.

Parágrafo 1. El régimen aquí previsto se complementará con lo establecido en las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1949 de 2019, siempre y cuando sea compatible con esta normatividad especial.

Parágrafo 2. Las multas impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud en el marco de una emergencia sanitaria serán destinadas específicamente para mitigar, evitar, controlar y

superar las circunstancias que generaron la misma. Si la multa es interpuesta o ejecutada después de haber superado la emergencia los recursos pasarán al SGSSS.

CAPÍTULO III. SALUD PÚBLICA

Artículo 23. Función esencial de la Salud Pública. La función esencial de la salud pública comprende el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis del estado de salud de la población, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector y la participación social en la salud. Lo anterior, con el propósito de permitir el diseño de planes, programas, políticas, lineamientos, protocolos, intervenciones y estrategias dirigidas a mantener la salud individual y colectiva de la población. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado.

Artículo 24. Plan Decenal de Salud Pública. Modifíquese el artículo 6° de la Ley 1438 de 2011 en su inciso 2 el cual quedará así:

El Gobierno Nacional desarrollará la política de Estado prevista en los artículos 9° y 20° de la Ley 1751 de 2015 en el Plan Decenal de política pública en salud. Bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y de la Protección Social en coordinación con los sectores que inciden en los determinantes sociales de la salud elaborará dicho Plan a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud.

El Plan Decenal definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación del Plan a nivel nacional y territorial

El Plan Decenal de Salud Pública será aprobado por decreto del Gobierno nacional; Para la ejecución del Plan, el Ministerio de Salud y Protección Social se suscribirá con cada entidad del Gobierno nacional involucrada en la intervención de los determinantes, según su competencia, un acuerdo de gestión por resultados, donde se precisarán objetivos específicos, actividades, metas, e indicadores de seguimiento, según lo previsto en el Plan decenal de política pública en salud. Cualquier ajuste al Plan será liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social y coordinado con las demás entidades, e implicará ajustes en los Acuerdos de gestión por resultados.

En el nivel territorial deberán adaptarse los lineamientos del Plan decenal de política pública en salud en los Planes territoriales de salud conforme a la normatividad vigente, para ello podrán bajo el liderazgo de salud, realizar acuerdos de gestión por resultados con los demás sectores en el ámbito territorial.

Parágrafo 1. El MSPS coordinará el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas propuestas en el Plan Decenal de Política Pública en Salud para las entidades del Gobierno Nacional y para las entidades territoriales según la reglamentación que se expida para el efecto.

Durante la vigencia del Decreto Ley 893 de 2017, la norma que lo modifique adicione o sustituya; el Plan Decenal de Salud Pública, incorporará de manera específica, un seguimiento

a los objetivos, metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación del Plan Decenal, de los municipios PDET.

La evaluación del cumplimiento de las metas propuestas en el Plan Decenal de Salud Pública será realizada al finalizar los períodos de gobierno de la nación, departamentos y municipios; así mismo, con base en los resultados obtenidos, el MSPS realizará los ajustes necesarios, de acuerdo con el comportamiento epidemiológico y prioridades en salud.

Parágrafo 2. Para el proceso amplio de participación al que se hace mención en el inciso primero y para la obligación de adaptación del inciso cuarto, se debe garantizar la participación directa, real y efectiva de las secretarías de salud territoriales, las organizaciones civiles y las asociaciones de talento humano en salud, entre otras. **Parágrafo 3.** Dentro del Plan Decenal deberá garantizarse la inclusión de un capítulo étnico, que reconozca las necesidades y condiciones diferenciales de las poblaciones étnicas del país. **Parágrafo transitorio.** El primer Plan Decenal de Política pública de salud deberá ponerse en vigencia en el año 2023.

Artículo 25. Coordinación Intersectorial de Salud Pública. La Comisión Intersectorial de Salud Pública, creada por la Ley 1438 de 2011, coordinará los sectores y las actividades y metas que intervengan en los determinantes sociales en salud en concordancia con los lineamientos del PDSP.

A nivel de las entidades territoriales, esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud con la participación de los sujetos e instituciones relacionadas con los determinantes sociales en salud.

Artículo 26. Tipología de las direcciones territoriales de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la tipología de las direcciones territoriales de salud con base en los siguientes elementos, entre otros:

- a. Características demográficas y poblacionales de la Entidad Territorial
- b. Comportamiento epidemiológico de la población
- c. Número y características de los prestadores de servicios ubicados en la entidad territorial
- d. Determinación de los recursos humanos, físicos y tecnológicos
- e. Monto de los recursos financieros

Parágrafo. Los perfiles de los directores de las direcciones territoriales de salud se definirán según la tipología definida en el presente artículo

Artículo 27. Fortalecimiento de las direcciones territoriales de salud. El MSPS, desarrollará un programa de fortalecimiento de las capacidades en salud de las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud de forma tal que se garantice y asegure el cumplimiento de los objetivos y metas planteados en el PDSP.

CAPÍTULO IV. ASEGURAMIENTO

Artículo 28. Función esencial del aseguramiento individual. La función esencial del aseguramiento en salud comprende la representación del afiliado ante los prestadores, la

gestión individual del riesgo en salud, la garantía del acceso efectivo, oportuno, ágil y eficiente a la prestación de los servicios de salud, con calidad, la gestión de la red de servicios, la administración de recursos y la gestión del riesgo financiero. Estas funciones estarán a cargo de las EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales y las entidades de regímenes especiales y de excepción. Las funciones del aseguramiento deben realizarse bajo el cumplimiento de los requisitos de habilitación.

Artículo 29. Beneficios Únicos en Salud. Los regímenes contributivo y subsidiado cubrirán los mismos servicios y tecnologías en salud, teniendo en cuenta las exclusiones previstas en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, para su población afiliada y beneficiaria.

Artículo 30 (NUEVO). Unificación del Plan de Beneficios de Salud. A partir del 1o de enero de 2022, todas las prestaciones asistenciales en salud requeridas para la población colombiana afiliada al SGSSS estarán integradas y contenidas en un único Plan de Beneficios –PB.

Artículo 31. Financiación del Plan de Beneficios. El MSPS, de manera conjunta con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, determinará la forma de financiación de los servicios y tecnologías en salud, de acuerdo con criterios técnicos, que consideren factores poblacionales de condiciones de salud y financieros, entre otros.

Artículo 32 (NUEVO). Compensación De Maternidad De Los Afiliados Del Régimen Subsidiado que Contribuyen Solidariamente Al SGSSS. Para las afiliadas del régimen subsidiado cabeza del núcleo familiar que contribuyan solidariamente al SGSSS, de conformidad con el artículo 242 de la Ley 1955 de 2019, se les reconocerá una compensación de maternidad proporcional a la tarifa de la contribución realizada. Para tal efecto, el Gobierno nacional reglamentará los términos y condiciones en los que operará este reconocimiento.

Artículo 33. Fuentes de financiación para la atención de población migrante. Previa cobertura de los riesgos amparados con cargo a los recursos del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito -SOAT-, FONSAT y demás fuentes de que trata el artículo 2.6.1.4.1.1 del Decreto 780 de 2016, se financiará el aseguramiento de la Población Pobre y Vulnerable asegurada a través del Régimen Subsidiado, y el pago de las atenciones iniciales de urgencias que sean prestadas a los nacionales colombianos en el territorio extranjero de zonas de frontera con Colombia, y las atenciones iniciales de urgencias prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley.

Una vez se tenga garantizado el aseguramiento y la atención inicial de urgencias de la población objeto de este artículo, el excedente de los recursos del SOAT se podrá destinar a financiar otros programas de Salud Pública.

Adicionalmente, para financiar la atención a la población migrante, las entidades territoriales destinarán los rendimientos generados por las cuentas de las entidades territoriales del FONPET hasta en un 50% de lo que se genere en los sectores Salud y Propósito General, sin perjuicio del proceso de descapitalización de sus cuentas.

Artículo 34. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación -UPC-. El MSPS, definirá el valor anual de la UPC, la cual tendrá un componente fijo y uno variable como incentivo.

Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. Este componente fijo deberá ser suficiente y respetar los porcentajes necesarios de la UPC del mencionado componente para la adecuada protección integral y atención en salud de los afiliados y beneficiarios en cada estudio actuarial que se realice., el cual está determinado así:

COMPONENTE FIJO: se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo, se tendrá en cuenta una UPC diferencial en las zonas apartadas donde se deberá realizar la prestación del servicio definidas por el MSPS entre otros. Este componente fijo deberá ser suficiente y respetar los porcentajes necesarios de la UPC del mencionado componente para la adecuada protección integral y atención en salud de los afiliados y beneficiarios. en cada estudio actuarial que se realice.

COMPONENTE VARIABLE: es un incentivo adicional y se reconocerá teniendo en cuenta como mínimo con base en los siguientes aspectos:

1. La progresividad en la implementación de las rutas obligatorias de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal y las que se definan como prioridad de cada EAPB de conformidad con las necesidades y problemas en salud de su población afiliada.
2. El cumplimiento de los de resultados en salud, definidos en las Rutas de Atención Integral, obligatorias y las adoptadas por cada EAPB.

Para tal fin, las fuentes de información definidas por el MSPS deberán reflejar los resultados obtenidos para efectos de determinar el reconocimiento de incentivos.

Parágrafo 1°. Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores y proveedores que cumplan con las metas

contractuales, involucrada en la atención de la población de cada una de las Rutas de Atención Integral de Salud.

Artículo 35. Regionalización del aseguramiento. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 4º. de la presente Ley, toda EAPB que opte por operar en una o varias regiones definidas por el MSPS, deberá contar con la capacidad institucional que permita la gestión individual del riesgo en salud y coordinar con los riesgos poblacionales, colectivos, así como los riesgos laborales.

La garantía al acceso a los servicios de salud en cada una de las regiones de aseguramiento se realizará con las redes integrales e integradas de servicios de salud, debidamente habilitadas por cada Dirección Departamental o Distrital de salud. Estas redes deberán impulsar el fortalecimiento del prestador primario, incluyendo en éstas, el uso de los servicios extramurales como la telesalud, consulta y hospitalización domiciliaria, entre otros, pudiendo celebrar convenios interinstitucionales con este fin.

Parágrafo 1. El MSPS diseñará un mecanismo de determinación del rango, en cuanto a la cantidad de EAPB que deben operar en cada región, de conformidad con el número de afiliados en cada una de ellas, con el fin de garantizar el adecuado ejercicio al derecho de la libre elección y competencia de mercado.

Parágrafo 2. Los servicios de salud en regiones de baja densidad poblacional y bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, podrán ser prestados por una única EAPB. En el caso de que se decida prestar el servicio a través de un único EAPB, este será seleccionado mediante un proceso objetivo que será adelantado por el MSPS y la entidad o entidades territoriales de la región, que esté articulado con los prestadores de servicios existentes en la zona y cumpla con la integralidad, continuidad y calidad en los servicios de los individuos, familias y comunidad. La selección de EAPB en regiones con población étnica se concertará con sus autoridades en cumplimiento de los principios de autodeterminación, autonomía y consulta.

Artículo 36 (NUEVO). Criterios de selección de las EAPB para cada región de aseguramiento. Las EAPB que estén interesadas en participar o continuar participando en una región de aseguramiento serán seleccionadas de

acuerdo con la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la evaluación de resultados previsto en el artículo 2o de la Ley 1122 de 2007.

Sin perjuicio de lo anterior, se deberán incorporar las siguientes consideraciones en la metodología de evaluación:

1. Los indicadores deberán ser medidos por región y no de manera agregada nacional, de manera tal que la renovación de la autorización es independiente para cada EAPB en cada región.
2. Se deberán incorporar indicadores de gestión y resultado sobre las siguientes poblaciones prioritarias: población infantil menor de 5 años, indígenas y población desplazada.
3. Se darán puntajes adicionales a las EAPB que se encuentren operando con un modelo de administración del riesgo en salud que le permita identificar los principales factores de riesgo y de concentración de estos en su población asegurada y adelanten programas para su mitigación en el marco de sus competencias.

Para tal efecto el Ministerio de Salud y Protección Social contará con un máximo de diez (10) meses contados a partir de la vigencia de esta Ley, para hacer público los parámetros de evaluación, efectuar los cálculos necesarios para la asignación de puntajes cuyos resultados se harán públicos en la página web del Ministerio para que los interesados presenten sus observaciones y por último publique el listado de las EAPB seleccionadas en cada región.

Parágrafo 1º. Cuando una EAPB desee participar en la evaluación para la autorización de operación en una región de aseguramiento y esta no posea experiencia en el régimen donde aspira a operar, la calificación se realizará sobre sus resultados en la población afiliada del régimen donde ha registrado operación.

Parágrafo 2º. Si la EAPB no es habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud por no cumplir con los requisitos para ello, no podrá ser contratada y deberá darse paso a la siguiente EAPB en el orden de la lista de elegibilidad para la región. En todo caso, la EAPB saliente deberá conciliar y pagar la cartera adeudada con las instituciones prestadoras de servicios de salud, redes integradas e integrales de servicios de salud y proveedores.

Artículo 37 (NUEVO). Evaluación del aseguramiento. El Ministerio de Salud en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud previo análisis de los indicadores de satisfacción de las personas, el cumplimiento de los criterios de habilitación técnica y financiera, y así como los planes de cumplimiento aprobados por la Superintendencia Nacional, implementará de forma periódica un proceso de determinación de la operación y de depuración en el Sistema de Salud, de las EAPB y otros actores que así lo ameriten, de forma que generen la condiciones de competencia y garantía de calidad de los actores.

Parágrafo. Previamente al proceso de depuración o como resultado de este, las entidades cooperativas, mutuales, las cajas de compensación y en general las entidades sin ánimo de lucro, las asambleas, por solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud, podrán disponer la conversión de la entidad en una sociedad de carácter comercial.

Artículo 38 (NUEVO). Depuración del aseguramiento. Con base en el cumplimiento de la habilitación técnica y financiera de las EPS y los planes de cumplimiento aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud, está diseñará e implementará, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, un plan de depuración del aseguramiento, revocando la habilitación en los casos que corresponda.

Parágrafo 1. La población de las EPS que pierdan su habilitación se distribuirá, inicialmente, entre las EPS que se encuentren habilitadas o con certificación de permanencia, de acuerdo con el procedimiento definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2. Las EPS receptoras de la población afiliada reconocerán al SGSSS un valor por cada usuario asignado, que definirá el Ministerio de Salud y Protección Social equivalente al gasto de administración y mercadeo no asumido en virtud de la asignación. Dicho valor será transferido por tales EPS a la ADRES o quien haga sus veces, quien realizará el giro directo a los trabajadores, prestadores y proveedores, establecidos por el agente liquidador de la entidad de la cual provienen los usuarios, de forma independiente a los giros directos que realiza ADRES a las EPS receptoras y de forma complementaria al flujo de recursos provenientes de otros rubros de la liquidación.

Parágrafo 3. Por única vez, las actuales EPS podrán transformarse, fusionarse, escindirse o liquidarse, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los 6 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

Artículo 39 (NUEVO). Aseguramiento de Pacientes de Enfermedades Raras-Huérfanas. El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará un modelo especial de aseguramiento para los pacientes de Enfermedades Raras-Huérfanas que esté diferenciado y sea complementario del modelo de aseguramiento actual y que garantice la cobertura y financiación de los servicios en salud y tecnologías en salud que requiere esta población.

Para el desarrollo del modelo de aseguramiento para Enfermedades Raras-Huérfanas el Ministerio de Salud y Protección Social considerará la información proveniente de al menos las siguientes fuentes:

1. Registro Nacional de Enfermedades Huérfanas -RNEH del Ministerio de Salud
2. Informe más reciente de la prevalencia de Enfermedades Raras reportadas por Orphanet.
3. El Reporte sobre enfermedades huérfanas como eventos de interés en salud pública captados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, del Instituto Nacional de Salud.
4. Listado de Medicamentos Huérfanos registrados como Vitales No Disponibles.

5. Escaneo de horizonte de agencias de referencia como la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA).
6. Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud –RIPS.
7. Reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiados con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y servicios complementarios- MIPRES.
8. Sistema Integrado de Información de la Protección Social en Colombia- SISPRO.
9. Información reportada por asociaciones científicas y organizaciones de pacientes de Enfermedades Raras.

Parágrafo, El Ministerio de Salud deberá diseñar, desarrollar e implementar el modelo en un plazo no mayor a un (1) año.

Artículo 40 (NUEVO). Giro directo de la UPC. Los recursos provenientes de la liquidación de la UPC serán girados directamente por la ADRES a los prestadores, proveedores, operadores logísticos y otros agentes del sistema y bajo las reglas que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El giro se realizará teniendo en cuenta la facturación conciliada y reportada mediante el mecanismo de facturación electrónica dispuesto por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN.

Artículo 41 (NUEVO). Gastos de administración. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el porcentaje de la prima de aseguramiento que podrá ser usada en gastos de administración, basado en criterios de eficiencia, estudios actuariales, financieros y criterios técnicos, así como los conceptos que conforman dicho gasto. Este porcentaje no podrá superar el 8% de la prima de aseguramiento.

Sin perjuicio de lo anterior, esta prima deberá respetar el porcentaje de la UPC dedicado a la atención en salud.

Artículo 42 (NUEVO). Adiciónese los siguientes párrafos al artículo 38 de la Ley 1438 de 2011:

Artículo 38. Aprobación de planes voluntarios de salud. La aprobación de los Planes Voluntarios de Salud y de las tarifas, en relación con las Entidades Promotoras de Salud y las entidades de medicina prepagada, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual registrará los planes, en un plazo no superior a treinta (30) días calendario y realizará verificación posterior. El depósito de los planes se surtirá ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 1. Pasados 30 días calendario después del depósito, el solicitante podrá comercializar el respectivo plan voluntario, a menos que en ese lapso hubiese un pronunciamiento en contrario por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2. La cobertura de los planes voluntarios de salud no estará restringida al territorio nacional.

CAPÍTULO V. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 43. Función esencial de prestación de servicios de salud. La función esencial de la prestación de servicios de salud comprende la atención a la población con relación a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo, calidad en los servicios de salud y satisfacción del usuario, con una atención oportuna, continua, integral y resolutive de las necesidades y problemas de salud de la población.

Artículo 44. Regionalización de la prestación de servicios de salud. Los Prestadores de Servicios de Salud podrán converger para garantizar los servicios y tecnologías del Plan de Beneficios en las regiones. La prestación de servicios primarios se debe garantizar en el ámbito local de acuerdo a la necesidad de las comunidades. En caso de no existir la capacidad instalada necesaria dicha atención se podrá prestar en el ámbito departamental y si ésta no cuenta con los servicios suficientes, se podrá prestar en el ámbito regional.

La prestación de servicios complementarios se brindará en el ámbito departamental, y en caso de no existir la capacidad instalada necesaria y suficiente se garantizará en la región.

Artículo 45. Redes integrales e integradas de Servicios. Las Redes integrales e integradas de Servicios, podrán estar conformadas por Prestadores de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta con servicios habilitados, articulados por niveles de atención y complejidad a través de las redes de prestadores primarios y prestadores complementarios.

Los integrantes de las redes deben contar con recursos humanos, técnicos, financieros, físicos, tecnológicos y de información e incluir los procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud que permita garantizar la gestión adecuada de la atención. Los mecanismos de verificación y habilitación previamente establecidos por el MSPS para los prestadores de servicios de salud se ajustarán a lo previsto en la presente ley.

Las redes se gestionarán bajo los principios de disponibilidad, equidad aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo y calidad en los servicios de salud, con una atención oportuna,

continua, integral y resolutive, permitiendo la participación comunitaria y las acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes de la salud.

Parágrafo 1. Las redes integrales e integradas de prestación de servicios deberán garantizarse en las regiones, departamentos, distritos, municipios y localidades, donde más se le facilite al usuario

Parágrafo 2. Las EAPB, en concertación con las direcciones territoriales departamentales y distritales, garantizará la integralidad, continuidad y oportunidad de los servicios de acuerdo con el análisis de la situación de salud de sus afiliados y las prioridades del Plan Territorial de Salud.

Parágrafo 3. Las direcciones territoriales de salud departamentales y distritales habilitarán las redes de prestación de servicios de su jurisdicción y el MSPS, habilitará las redes de prestación de servicio a nivel regional. Estas redes serán vigiladas y controladas por la SNS.

Parágrafo 4. Las EAPB deberán reportar al MSPS, a través del módulo de redes del Registro Especial de Prestadores de Salud -REPS-, la información actualizada del Prestador Primario al cual se encuentra adscrito cada uno de sus afiliados, al igual que los prestadores complementarios de servicios de salud y las unidades funcionales que conforman la red integral de prestadores de servicios de salud.

Parágrafo 5. Las redes integrales e integradas de servicios deberán integrar a los agentes comunitarios que, de una u otra forma, aporten y/o participen al servicio de salud de la población de sus territorios.

Artículo 46. Prestador Primario. El prestador primario es el componente básico del servicio de salud que velará por la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en individuos, familias y comunidad, con capacidad resolutive para atender la mayor parte de los eventos en salud, para lo cual contará con la infraestructura, el talento humano, la capacidad humana, técnica, tecnológica, administrativa y financiera suficiente.

El personal de salud que conforma el prestador primario deberá tener adscrito un número de familias para liderar la atención primaria en salud, de común acuerdo entre las EAPB y la dirección territorial de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los lineamientos para dar cumplimiento al presente inciso.

Los prestadores primarios en lo ambulatorio, contarán con el apoyo de especialistas en medicina familiar y comunitaria y especialidades básicas relacionadas con el comportamiento epidemiológico de la región, también contará con otras profesiones relacionadas con el servicio de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, y tecnologías necesarias para la atención de la población a su cargo y en los servicios de atención extramural contará con servicios de telesalud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria, de manera que se garantice el acceso oportuno de la atención.

Parágrafo 1°. La prestación de los servicios por parte del prestador primario, al interior de las redes primarias de servicios no requerirá de autorización por parte de las EAPB.

Parágrafo 2°. En cada red integral e integrada de servicios de salud se deberá contar con disponibilidad de personal en salud del prestador primario, acorde con el comportamiento epidemiológico, densidad geográfica, atención de los determinantes sociales en salud y los demás que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3°. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá definir y diseñar un plan de formación y capacitación del personal del prestador primario en el enfoque de medicina y salud familiar y comunitaria, y los que se consideren necesarios para resolver las situaciones en salud de la población a cargo.

Artículo 47. Prestadores Complementarios. Los prestadores complementarios son aquellos prestadores con capacidad para atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de media y alta complejidad, ambulatorio, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos. Deberán garantizar la integralidad de la atención y su complementariedad a través del sistema de referencia y contrarreferencia dentro de la Red Integral de Servicios de Salud definida.

Su actividad ha de centrarse en responder de forma efectiva a las necesidades de apoyo que el prestador primario de atención requiera de manera especializada y subespecializada. De igual manera, ha de responder a las necesidades de otros centros asistenciales de su misma categoría con quienes comparte ámbitos territoriales o poblacionales. Asimismo, los servicios que se ofertan han de estar sustentados en guías o protocolos de práctica clínica, debidamente validada por la autoridad competente en la Ruta Integral de Atención en Salud.

La atención en salud para el nivel de atención complementario estará a cargo de personal clínico especializado o subespecializado en su respectiva área, asistido en algunos casos por profesionales en salud general y por personal técnico, sobre todo en lo relativo a las pruebas diagnósticas para detección temprana de afectaciones en salud.

Parágrafo. El catálogo de pruebas de los servicios especializados que posea el componente de prestadores complementarios de servicios de salud estará accesible, bajo acuerdo mutuo, al componente de prestadores primarios de servicios de salud, con la finalidad de alcanzar la máxima capacidad de resolución y evitar duplicidades de solicitudes de diagnóstico.

Artículo 48. Centros de Excelencia. Los Centros de Excelencia son prestadores complementarios que pueden ser prestadores independientes o subredes de atención que se caracterizan por su capacidad de integrar la asistencia, la investigación y la docencia alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte en tecnología y especialización médica.

Parágrafo 1. Los centros de excelencia deberán tener la capacidad de manejo integral de las enfermedades, condiciones o procedimientos a partir de la cual están definidos, que incluirá

entre otras el cáncer, el manejo integral del VIH, la enfermedad renal crónica, los trasplantes, las enfermedades huérfanas y demás que requieran el aporte continuo de tecnología e investigación.

Parágrafo 2. El MSPS; definirá y reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, los grupos de enfermedad o procedimientos que para su manejo requiera la incorporación de Centros de Excelencia en las Redes integrales e integradas de Prestación de Servicios, así como los regímenes de transición para su creación y habilitación.

Los cargos de directores o gerentes de Empresas Sociales del Estado del orden nacional, departamental, distrital o municipal serán de período institucional de cuatro (4) años y se nombrarán de acuerdo a lo definido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016.

Artículo 49 (NUEVO). El artículo 100 de la Ley 1438 de 2011, quedará así:

Artículo 100. Hospitales Universitarios. El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Salud que proporciona entrenamiento universitario, enfocado principalmente en programas de posgrado, supervisado por autoridades académicas competentes y comprometidas con las funciones de formación, investigación y extensión.

El Hospital Universitario es un escenario de práctica con características especiales por cuanto debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

100.1 Estar habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

100.2 Tener convenios de prácticas formativas, en el marco de la relación docencia servicio, con instituciones de educación superior que cuenten con programas en salud acreditados.

100.3 Diseñar procesos que integren en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación, a prestación de los servicios asistenciales.

100.4 Contar con servicios que permitan desarrollar los programas docentes preferentemente de posgrado.

100.5 Obtener y mantener reconocimiento nacional o internacional de las investigaciones en salud que realice la entidad y contar con la vinculación de por lo menos un grupo de investigación reconocido por Colciencias.

100.6 Incluir procesos orientados a la formación investigativa de los estudiantes y contar con publicaciones y otros medios de información propios que permitan la participación y difusión de aportes de sus grupos de investigación.

100.7 Contar con una vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa.

Los Hospitales Universitarios reconocidos conforme a la presente ley, tendrán prioridad en la participación en los proyectos de investigación, docencia y formación continua del Talento Humano financiados con recursos estatales.

Parágrafo. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentren en proceso de acreditación ante la entidad competente, podrán acceder a los recursos recaudados por la estampilla pro-hospital universitario, hasta el 31 de diciembre de 2027.

Parágrafo transitorio. A partir del 1 de enero del año 2028 solo podrán denominarse Hospitales Universitarios a aquellas instituciones que cumplan con los requisitos definidos en el artículo 100 de la Ley 1438 de 2011.

Artículo 50. Fusión o integración de Empresas Sociales del Estado: Las Empresas Sociales del Estado que no tengan sostenibilidad financiera, deberán reestructurarse, fusionarse, integrarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y garantizar la prestación de servicios de salud. Para tal fin las entidades territoriales podrán:

1. Cada municipio, departamento o distrito, que tengan adscritas más de una Empresa Social del Estado en su jurisdicción, podrán fusionar o integrar todas o algunas de ellas bajo una sola razón social, la cual estará adscrita al municipio, departamento o distrito, según sea el caso.
2. Varios municipios podrán fusionar o integrar Empresas Sociales del Estado adscritas a cada una de ellas, bajo una sola razón social. Los municipios que intervengan deberán definir el municipio al que la Empresa Social del Estado queda adscrita. El alcalde o su delegado de los demás municipios participarán en la junta directiva en representación del estamento político.
3. Los municipios y departamentos podrán fusionar Empresas Sociales del Estado adscritas a cada una de ellas bajo una sola razón social, la empresa quedará adscrita al departamento. El alcalde o su delegado del municipio o los municipios participarán en la junta directiva en representación del estamento político.
4. Los municipios y los distritos podrán fusionar Empresas Sociales del Estado adscritas a cada una de ellas bajo una sola razón social, la empresa quedará adscrita al distrito. El

alcalde o su delegado del municipio o los municipios participarán en la junta directiva en representación del estamento político.

5. Los distritos y departamentos podrán fusionar Empresas Sociales del Estado adscritas a cada una de ellas bajo una sola razón social, y deberán definir a qué Entidad Territorial quedará adscrita la Empresa Social del Estado. El alcalde o gobernador o sus delegados, según sea el caso, participará en la junta directiva en representación del estamento político.

Parágrafo 1. Las anteriores opciones también podrán ser empleadas cuando las entidades territoriales por mutuo acuerdo, decidan fusionar o integrar Empresas Sociales del Estado.

Parágrafo 2. Las Empresas Sociales del Estado deberán ajustar la conformación de sus juntas directivas de tal manera que se mantenga siempre la conformación tripartita, incluidas las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención.

Parágrafo 3. La integración funcional de Empresas Sociales del Estado que se efectúe mediante diversos tipos de acuerdos de voluntades no afecta la razón social de cada una de ellas, la cual se deberá mantener.

Parágrafo 4. Una vez las Entidades Territoriales cuenten con las facultades correspondientes otorgadas por la autoridad competente para fusionar o integrar las Empresas Sociales del Estado, previo a su implementación deberán adelantar ante el Ministerio de Salud y Protección Social el trámite de viabilidad del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de redes de ESE.

Artículo 51. Tipologías de las Empresas Sociales del Estado. Las características de las ESE deben ser establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en los siguientes elementos:

- a. Modelos tipo de hospitales, de acuerdo con la población a atender, su dispersión geográfica, la oferta de servicios, el portafolio de servicios, la frecuencia de uso, las condiciones de mercados, entre otros.
- b. Determinación de los recursos humanos, físicos y tecnológicos, por tipo de hospital.
- c. Determinación de régimen presupuestal acorde con los ingresos, costos, gastos, recaudo, cartera, inversiones y demás relacionados.
- d. Modelos de evaluación de servicios, financiera de gestión, calidad y resultados en salud por tipo de hospital.
- e. Planta de Cargos.

Artículo 52. Nombramiento de directores o gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

Los cargos de directores o gerentes de Empresas Sociales del Estado del orden nacional, departamental, distrital o municipal serán de período institucional de cuatro (4) años y se nombrarán de acuerdo a lo definido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016.

Previo al nombramiento, se deberá realizar la evaluación de competencias de los aspirantes a ocupar dicho empleo por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública, para lo cual el nominador deberá remitir mínimo tres hojas de vida. Una vez adelantada la evaluación dicha entidad informará al Presidente de la República, al gobernador o alcalde si los aspirantes cumplen con las competencias requeridas, de lo cual se dejará evidencia.

El nombramiento del director o gerente de la Empresa Social del Estado del orden nacional, departamental o municipal recaerá en quien acredite los requisitos exigidos para el desempeño del cargo y demuestre las competencias requeridas.

Parágrafo: Corresponde al Departamento Administrativo de la Función Pública, definir las competencias para ocupar el empleo de director o gerente de una Empresas Sociales del Estado.

Artículo 53. Funcionamiento de Redes Integradas de Servicios de Salud de las ESEs. Para el cumplimiento de la función esencial de prestación de servicios, las ESEs y los prestadores privados y mixtos, podrán conformar redes integradas de prestación de servicios de salud. Para tal fin, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá una metodología que incluya el desarrollo de alianzas entre ESEs, prestadores privados y mixtos, la integración, gestión y coordinación del portafolios de servicios, la evaluación de la factibilidad técnica y financiera de los servicios a ofertar, de manera que respondan al comportamiento epidemiológico de la población a atender.

Parágrafo 1. Será responsabilidad de las entidades territoriales la coordinación operativa y complementariedad de los hospitales públicos que hagan parte de las redes integrales e integradas de servicios de salud.

Parágrafo 2. Se podrán constituir redes primarias de atención en salud que proveerán servicios desde micro territorios con familias y ciudadanos en acciones extramurales y con equipos interdisciplinarios, hasta servicios intramurales que llegan al nivel de servicios médicos especializados básicos, de tipo ambulatorio y hospitalización.

Parágrafo 3. El portafolio de servicios de la red conformada debe corresponder a las necesidades y problemas de la población de su jurisdicción, al tamaño poblacional, las condiciones de mercado, los recursos disponibles, y estar ajustados a los hospitales tipo descritos en la presente ley que la conforman, lo cual debe estar reflejado en el Plan de redes de servicios del departamento o las regiones en salud.

Parágrafo 4. El MSPS establecerá indicadores para el monitoreo y seguimiento de la red los cuales servirán de insumo para el diseño de estímulos de resultados a las Redes Integradas de Servicios de Salud de las ESEs.

Parágrafo 5°. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá flexibilizar de acuerdo a las condiciones geográficas, étnicas y culturales, los requisitos de operación de las ESE que se encuentren ubicadas en los municipios descritos en el Decreto Ley 893 de 2017 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Artículo 54 (NUEVO). Política Nacional de Alianzas Público Privadas en Salud. El Estado podrá realizar Alianzas Público - Privadas para la construcción, dotación, operación, administración delegada, que complementa las redes de atención y propende garantizar el derecho a la salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones y formas de operación de estas alianzas.

Para el desarrollo de proyectos de infraestructura en salud o de la prestación de servicios de salud por parte de las Entidades Territoriales o la Nación, el Estado promoverá la realización de Asociaciones Público Privadas a través de las siguientes modalidades:

- a. Bata gris-verde. Está a cargo del inversionista privado la financiación de todos o alguno de los siguientes conceptos según el alcance del proyecto: diseño, construcción, remodelación, adecuación, reposición y mantenimiento de la infraestructura en salud, así como su equipamiento y mantenimiento. Adicionalmente puede incluir la financiación y operación de los servicios de apoyo como vigilancia, aseo, alimentación, lavandería, esterilización y sistemas de información, entre otros. La remuneración al contratista en los casos que se acuerde se efectuará mediante pagos soportados en vigencias futuras de la entidad territorial o nacional competente y utilizando indicadores de desempeño en función de la disponibilidad y calidad de la infraestructura y los servicios.
- b. Bata Blanca. Está a cargo del inversionista privado las obligaciones definidas en la modalidad Bata gris-verde a las cuales se le adiciona la prestación de servicios de salud. La remuneración al contratista en los casos que se acuerde se efectuará mediante pagos soportados en vigencias futuras de la entidad territorial o nacional competente o los ingresos recibidos por venta de servicios de salud conforme a la estructuración financiera del proyecto y utilizando indicadores de desempeño en función de la disponibilidad y calidad de la infraestructura y los servicios de salud.

Para el desarrollo de los proyectos de Asociación Público Privada en Salud se requiere previamente una estructuración técnica legal y financiera de acuerdo a los lineamientos conjuntos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación.

Parágrafo 1. Con el fin de promover el desarrollo de las Asociaciones Público Privadas en salud se crea un fondo de cofinanciación para estructurar proyectos con un aporte inicial por parte del gobierno nacional equivalente al 0,2% de las transferencias del Sistema General de Participaciones en Salud del subcomponente de Subsidio a la Oferta, así como los aportes del Sistema general de regalías. Este fondo servirá para apalancar los recursos que destinen las entidades territoriales para ese propósito.

Parágrafo 2. En los contratos para la ejecución de Proyectos de Asociación Público Privada se deberán especificar los bienes muebles e inmuebles del Estado o de los particulares, afectos a la prestación del servicio o a la ejecución del proyecto, que revertirán al Estado a la terminación del contrato y las condiciones en que lo harán.

Artículo 55 (NUEVO). La máxima autoridad de la Unión Temporal o Consorcio es la **Asamblea de Miembros de la Región de Salud**, la cual estará integrada por los actores involucrados según el tipo de regionalización de prestación de servicios de salud acogido por la red integral e integrada de servicios de salud, así:

1. El gobernante municipal, distrital o departamental, quien la presidirá.
2. El secretario municipal, distrital o departamental, quien ejercerá la secretaría técnica.
3. Los gerentes de los prestadores de servicios de salud asociados a la red.
4. Los demás que sean invitados a discreción de sus miembros principales, quienes tendrán la facultad de

otorgarle voz y voto.

La Asamblea de Miembros de la Región de Salud delegará en una Junta Directiva la conducción de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud para los siguientes términos:

- a. Direccionamiento de políticas generales.
- b. Revisión y adopción de la carta estratégica.
- c. Procesos y procedimientos.
- d. Delimitación de responsabilidades del director de la Región de Salud.
- e. Contratación del equipo de trabajo.
- f. Esquemas de trabajo.
- g. Revisión y aprobación de estados financieros e informes de gestión.
- h. Las demás que le asigne la Asamblea de Miembros de la Región de Salud.

Parágrafo. Las funciones, derechos y deberes de la Asamblea de Miembros de la Región de Salud y de la Junta Directiva se establecerán en los Estatutos de la Red Integrada de Servicios de Salud.

Artículo 56. Fortalecimiento de las redes primarias de Empresas Sociales de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del primer año luego de la entrada en vigencia

de esta ley, desarrollará un programa de fortalecimiento de las capacidades en salud a las ESEs que conforman las redes primarias de atención.

Artículo 57. Transformación del Instituto Nacional de Cancerología -INC. Transfórmese el Instituto Nacional de Cancerología en una entidad estatal de naturaleza especial, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, la cual conserva la misma denominación y hará parte del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. Los derechos y obligaciones que a la fecha de promulgación de esta ley tenga el INC, continuarán en favor y a cargo de este, como entidad estatal de naturaleza especial.

De conformidad con lo establecido en el artículo 150, numeral 10, de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias por el término de seis (6) meses, contados desde la fecha de publicación de la presente ley, para transformar y reestructurar al INC de acuerdo a su nueva naturaleza jurídica, definir su domicilio, objeto, funciones, órganos y estructura de dirección y administración, patrimonio y fuentes de recursos, régimen jurídico administrativo, laboral y contractual.

La inspección vigilancia y control del INC, será ejercida por la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPÍTULO VI. TRANSACCIONALIDAD Y MECANISMOS DE PAGO

Artículo 58. Agrupadores de Eventos en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, diseñará un instrumento que permita a partir de uno o varios agrupadores, integrar procedimientos, intervenciones, actividades y tecnologías, en función de los ciclos de atención y a partir de diagnósticos de episodios para el manejo de la enfermedad.

Este instrumento será utilizado como herramienta para evaluar la gestión clínica en función de los resultados en salud y facilitar el intercambiar la información en la transaccionalidad entre los agentes del sistema. Lo anterior sin perjuicio de la autonomía médica.

Parágrafo. Los agrupadores no se pueden constituir en barreras de acceso para los pacientes.

Artículo 59. Contratación entre agentes del Sistema. La relación entre los agentes será mediada a través de acuerdos de voluntades justos y estables que propendan por la garantía del derecho fundamental a la salud, la gestión integral del riesgo y la obtención de resultados en salud y deberán incluir, pero no limitarse a formas de contratación como pagos globales prospectivos, riesgos compartidos, grupos de diagnóstico, grupos de riesgo, capacitación, eventos, entre otros.

Los acuerdos de voluntades deben tener en cuenta el modelo de atención, las frecuencias de uso, la severidad de la atención, las Rutas Integradas de Atención en Salud y la generación de incentivos sobre, i) cumplimiento de metas y mantenimiento de la salud de la población en general, ii) mejora en la capacidad resolutoria del prestador primario y iii) la garantía al acceso al servicio de salud de manera integral, continua, oportuna y con calidad.

Parágrafo 1: El valor pagado a las IPS por servicios contratados deberán ser actualizado al momento de efectuar el pago por las EAPB, en caso de vencimiento del Contrato entre la EAPB e IPS este deberá ser ajustado al incremento del porcentaje de la UPC del valor de los servicios y tecnologías prestadas al momento del pago.

Parágrafo 2: Así mismo se establecerán mecanismos de pago que incentiven la prestación de servicios basado en valor, los cuales deberán estar apoyados en la evidencia que demuestre la mejora en la calidad percibida de la atención y los resultados en salud de las personas, sus familias y comunidades, además de reducir la fragmentación y los costos de atención.

Artículo 60 (NUEVO). Póliza de garantía en favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Para la celebración de contratos de prestación de servicios, las Instituciones Prestadoras de salud podrán exigir la constitución póliza de garantía a fin de amparar las obligaciones que pudiesen ser contraídas por las Empresas Promotoras de salud, las cuales se harán exigibles ante el incumplimiento definitivo en el pago por la prestación de los servicios.

Parágrafo. En todos los casos, los costos derivados de la constitución de las pólizas de aseguramiento serán financiados con los recursos de administración de las EPS.

Artículo 61. Pago de las intervenciones del prestador primario. De acuerdo con los conjuntos de procedimientos definidos para el prestador primario, el pago de dichas intervenciones deberá ser ajustado por las Entidades Territoriales y las EAPB, de acuerdo con el cumplimiento de las acciones definidas, la gestión y control del riesgo colectivo e individual de la población a su cargo y el cumplimiento de indicadores y metas de resultados establecidos en la ficha técnica de los contratos respectivos.

Artículo 62 (NUEVO). Programa de saneamiento financiero del SGSSS. La Superintendencia Nacional de Salud implementará un programa de saneamiento financiero de las deudas entre EPS y Proveedores, que contemple las acreencias en mora mayores a 90 días. En caso de incumplimiento en los acuerdos de conciliación, la Superintendencia Nacional de Salud informará a ADRES para que descuente directamente de los valores que deba reconocer a las EPS o IPS y realice giros directos de estas sumas a los acreedores.

Artículo 63 (NUEVO). Saneamiento de pasivos en salud Cajas de Compensación Familiar. Vencida la temporalidad prevista en el artículo 4 de la Ley 1929 de 2018 y, por un término adicional de cinco años, las Cajas de Compensación Familiar que administren o hayan

administrado programas de salud del régimen subsidiado con resultados deficitarios o se encuentren en proceso de liquidación por la misma causa o les sea aprobado el plan de reorganización institucional y entren en la fase de implementación de la nueva figura jurídica resultante de la escisión, podrán seguir disponiendo del 40% de los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, incorporados al FOSFEC en virtud del numeral 2 del artículo 6 de la Ley 1636 de 2013, para el pago de pasivos asociados a la prestación de servicios de salud o al pago del saldo de los créditos en ejecución que hayan sido tomados por las Cajas con el sector financiero para la atención de estas obligaciones.

CAPÍTULO VII. TALENTO HUMANO EN SALUD

Artículo 64. Sistema de información para la gestión, planificación y formación del Talento Humano en Salud. El Gobierno Nacional, en un plazo no mayor a un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberá tener un sistema interoperable de información del Talento Humano en Salud, haciendo uso del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud– ReTHUS, el Servicio Social Obligatorio (SSO) y las residencias médicas, con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), el Sistema de Información para la Protección Social (SISPRO), el Sistema Nacional de Educación Superior (SNIES), Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (SACES) y el Sistema de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (SIET) del Ministerio de Educación Nacional, con el fin de desarrollar la política nacional del Talento Humano en Salud.

Artículo 65. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Las Instituciones de Educación Superior –IES que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia- servicio en el marco del Sistema Nacional de Residentes, recibirán de este, incentivos para el establecimiento de compromisos en mayor oferta de cupos para nuevos estudiantes y para la formación de especialistas de acuerdo con las necesidades que arroje el análisis de disponibilidad del Talento Humano en Salud en el territorio nacional.

Parágrafo 1. El cumplimiento en los compromisos de formación de especialistas será criterio de valoración para la prórroga del registro calificado y la acreditación de calidad de las respectivas especialidades.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional diseñará los incentivos y compromisos para las Instituciones de Educación Superior y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.

Artículo 66 (NUEVO). Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Para garantizar el acceso a especialidades médicas en condiciones de competencia y equidad, los Ministerios de Salud y Protección y de Educación Nacional, con apoyo con las demás instituciones concurrentes en dicha instancia, diseñarán el Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas y terapéuticas en medicina, al interior del Sistema Nacional de Residencias Médicas y definirán los mecanismos para la selección de aspirantes en todo el territorio nacional, los puntajes y rangos para determinar derechos de preeminencia en la aplicación a especialidades médicas por parte de los aspirantes.

Para el ingreso a este programa será requisito la presentación de un Examen Único Nacional de Ingreso, el cual se hará anualmente y será reglamentado por el Ministerio de Educación y el ICFES. Esta exigencia no aplicará al programa de medicina familiar.

Artículo 67 (NUEVO). Programa de Formación Continua en Competencias en Medicina General. A partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará y ejecutará un Programa Nacional Formación y Actualización de competencias de medicina general con enfoque familiar y comunitario, dirigido a los médicos generales que presten sus servicios en prestadores primarios en todo el territorio nacional.

Este programa será ejecutado a través de las EPS y las IPS y tendrá como objetivo la actualización de competencias y prácticas ejercidas por parte de los médicos generales, en el marco de la autonomía y autorregulación médica.

Parágrafo. Además de los puntos adicionales en el Examen Único Nacional para el ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará los mecanismos e incentivos para aquellos médicos que accedan periódicamente a dicho programa.

Artículo 68. Denominaciones de especialidades médicas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares de las denominaciones de especialidades médicas a ser reconocidas al interior del SGSSS y que deben ser la base para la definición de programas de especialidad médico-quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos.

Parágrafo 1. Las denominaciones de especialidad médica deberán diferenciar especialidades médicas básicas, segundas especialidades y áreas de certificación de competencias para especialistas.

Parágrafo 2. Las denominaciones de especialidades existentes deberán tener un periodo de tiempo definido para la homologación a las nuevas denominaciones definidas.

Artículo 69. Incentivos a la formación y práctica de las especializaciones en Salud Familiar y Comunitaria y Medicina Familiar. Para garantizar la formación de médicos especialistas en medicina familiar, los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional y las facultades que tengan programas aprobados de medicina familiar diseñarán concertadamente un currículo único para la formación de médicos familiares a nivel nacional. Para tal fin, se deberá destinar recursos de regalías para financiar a profesionales del área de la salud con los cuales se podrán establecer acuerdos de contraprestación. El Gobierno Nacional podrá destinar recursos del presupuesto general de la nación para concurrir en la formación de estos perfiles.

Parágrafo 1. Los lineamientos de la contraprestación de que trata el presente artículo serán definidos en conjunto con el MSPS y la entidad territorial. Los cuales deberán garantizar que los recursos asignados sean para habitantes del Departamento, Distrito o Municipio que otorga la financiación y el compromiso por parte del beneficiario de su permanencia en el territorio por mínimo cuatros (4) años contados a partir de la culminación con éxitos de sus estudios de especialización.

Parágrafo 2. Para acceder a este incentivo, el profesional de la salud deberá acreditar ser nacido o residente en el respectivo departamento durante 2 años consecutivos con anterioridad a la solicitud del beneficio.

Parágrafo 3. Para incentivar la formación de médicos familiares, los estudiantes de programas de medicina que quieran cursar el programa especializado de médico familiar podrán acceder al mismo, durante su último año de formación, previamente a la obtención del título. En este caso, el año de internado podrá ser utilizado como primer año de formación en medicina familiar y el año de servicio social obligatorio podrá ser homologado con su segundo año de formación en medicina familiar.

Parágrafo 4. Los médicos generales, vinculados a los prestadores primarios, podrán adelantar o acceder a programas de especialización de medicina familiar y comunitaria, en programas mixtos, presenciales, semi presenciales Para dar cumplimiento a estos lineamientos las universidades deberán crear programas en este sentido.

Artículo 70 (NUEVO). Cooperación Internacional Académica y Profesional. El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Ministerio de Relaciones Exteriores y el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior — ICETEX e instituciones académicas y de investigación, realizarán las gestiones necesarias para acordar el reconocimiento y otorgamiento de facilidades de movilidad académica e intercambios profesionales temporales en el exterior del Talento Humano en el área de la Salud.

Artículo 71 (NUEVO). Modifíquese el artículo 22 de la Ley 1164 de 2007, del modo que quede así:

Artículo 22. Del Ejercicio Ilegal De Las Profesiones Y Ocupaciones Del Área De La Salud. Ninguna persona podrá realizar actividades de atención en salud o ejercer competencias para las cuales no está autorizada sin los requisitos establecidos en la presente ley. Parágrafo. En razón de lo establecido en el presente artículo, en el territorio nacional no podrán prestarse servicios relacionados con especialidades médicas sin que se cuente con la formación debidamente **certificada por la autoridad competente.**

Artículo 72 (NUEVO). Beneficios Sociales al Talento Humano en Salud en Emergencia Sanitaria. En el marco de la responsabilidad social y el retorno social de inversión, con cargo a los excedentes de la cuota moderadora las cajas de compensación familiar promoverán programas, planes y proyectos dirigidos a establecer beneficios sociales y financieros diferenciales en favor de los afiliados que hagan parte de Talento Humano en Salud que preste sus servicios durante las emergencias sanitarias.

Artículo 73. Prohibición de intermediación y tercerización laboral para el Talento Humano en Salud. El personal requerido en toda institución o empresa pública o privada que preste servicios de salud no podrá estar vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral o tercerización o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecten sus derechos laborales y constitucionales. Todo el talento humano en salud se vinculará a través de las modalidades legales establecidas en las normas vigentes para el sector privado o público, según sea el caso.

La institución o entidad contratante no podrá exigir al talento humano del sector salud, la constitución o entrega de una póliza de responsabilidad civil para ser vinculado o permanecer en la institución o entidad prestadora de servicios de salud.

El Ministerio de Trabajo y la Superintendencia de Salud, de acuerdo a sus competencias, ejercerán la inspección, vigilancia y control sobre la forma de vinculación y condiciones de ejercicio del talento humano. En los casos a que hubiere lugar, se impondrán sanciones a las entidades del sector salud que no cumplan con las disposiciones contenidas en el presente artículo.

Parágrafo 1º. En el caso de la vinculación de los especialistas del área de conocimiento de ciencias de la salud podrá realizarse tanto en el sector público como el privado a través de las distintas modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del

Trabajo. Esta disposición también aplicará para profesionales de la salud que ejerzan de manera independiente su profesión.

Artículo 74 (NUEVO). Pago justo y oportuno. El talento humano del sector salud tendrá derecho a una remuneración justa, digna y oportuna por su trabajo, la cual hace parte de los recursos del sistema de salud colombiano.

Los agentes del sistema de salud, independientemente de su naturaleza, tienen la obligación de girar de manera oportuna los valores de los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud, para que éstas efectúen el pago de las obligaciones laborales y/o contractuales del talento humano del sector salud las cuales tienen prioridad sobre cualquier otro pago. El incumplimiento generará las sanciones correspondientes por parte de las autoridades competentes.

El pago correspondiente a las obligaciones contractuales se deberá realizar dentro de los quince (15) días calendario siguientes al cumplimiento de los requisitos para dicho trámite. No podrán existir ningún tipo de barreras o limitaciones para realizar el pago. Asimismo, se deberá entregar el comprobante del pago correspondiente, especificando el periodo al que corresponde el pago, la fecha en que se realizó el mismo y el medio por el cual lo realizó.

Artículo 75 (NUEVO). Estrategia Nacional contra la Violencia al talento humano del sistema de Salud. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará una estrategia intersectorial con el objeto principal de identificar, cuantificar y plantear soluciones efectivas para la protección de la vida, buen nombre e integridad del Talento Humano en el ejercicio de sus labores.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, con el acompañamiento del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), diseñará e implementará un mecanismo de seguimiento y medición sobre los casos de violencia al talento humano, como política pública de registro e información, en el plazo máximo de un (1) año a partir de la promulgación de la presente ley.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social en apoyo con la Fiscalía General de la Nación, y en coordinación con la Defensoría del Pueblo, diseñarán un canal de comunicación para atender y dar respuesta efectiva de las denuncias atinentes a episodios de violencia en contra el talento humano adelantando asistencia y acompañamiento a la víctima para la correspondiente presentación de la denuncia.

Parágrafo 3. En casos de grave afectación a la salud pública, pandemias, epidemias y / o similares, se deberá de generar una ruta de atención especial para proteger la integridad del

Talento Humano del área de la Salud y la de sus familiares, igualmente se diseñará una estrategia, política, plan o programa para prevenir contagios de su núcleo familiar y sociedad.

Parágrafo 4°. Cada institución prestadora de servicios de salud deberá organizar como mínimo dos (2) veces al año actividades complementarias en promoción y prevención y deberán contemplar acompañamiento en casos de violencia intrafamiliar, adicciones, burnout y demás condiciones en salud mental que afecten el desempeño laboral y social del personal de salud. Asimismo, deberán realizar periódicamente un diagnóstico organizacional orientado al análisis del clima laboral y/o organizacional, el cual le servirá de insumo para la planificación de incentivos de mejora en dichos ámbitos que deberán ser implementados con especial énfasis.

Artículo 76 (NUEVO). Régimen del Talento Humano del Sector Salud en las Empresas Sociales del Estado. Las personas vinculadas en las Empresas Sociales del Estado a nivel nacional y territorial se denominarán Trabajadores del Estado del Sector Salud y constituirán una nueva categoría de servidores públicos, que se registrarán por las siguientes normas:

Los servidores públicos que cumplen funciones de dirección, conducción y orientación institucional y los empleos de especial confianza que tengan asignadas funciones de asesoría institucional, asistenciales o de apoyo, que estén al servicio directo del Director o Gerente de la Empresa Social del Estado, se clasificarán como empleados de libre nombramiento y remoción, su relación será legal y reglamentaria y se registrarán por las normas generales que aplican para estos servidores en las entidades del orden nacional y territorial, respectivamente. Los cargos de gerentes o directores serán de periodo y se vincularán de acuerdo a lo definido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016.

La designación del jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces se registrará por lo señalado en la Ley 87 de 1993 y en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Los demás servidores tendrán la calidad de Trabajadores del Estado del Sector Salud, su vinculación se hará mediante contrato de trabajo a tiempo indefinido, definido y por obra o labor. Se registrarán por lo pactado en el contrato de trabajo, y en el reglamento interno de trabajo, en el pacto colectivo, si lo tuvieran, y por lo señalado en el presente artículo.

En las plantas de personal se señalarán los empleados de libre nombramiento y remoción y el número global de cargos en los cuales se vincularán los Trabajadores del Estado del Sector Salud, de acuerdo con la viabilidad y sostenibilidad financiera.

La vinculación del talento humano se realizará previa verificación del cumplimiento de los requisitos de formación académica y experiencia previstos para cada denominación del cargo y

la evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública, de lo cual se dejará evidencia.

En materia de administración de personal los servidores públicos se regirán por lo contemplado en el Decreto Ley 2400 de 1968, la Ley 909 de 2004 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o reglamenten. Tendrán derecho a que se les confiera comisión interinstitucional especial de servicios entre Empresas Sociales del Estado, hasta por el término de un (1) año, prorrogables por razones de servicio hasta por dos (2) años más. La remuneración y prestaciones sociales que se generen en virtud de la comisión interinstitucional especial de servicios serán asumidos por la entidad en la cual se encuentre en comisión, así como el seguimiento al cumplimiento a las actividades.

El régimen disciplinario será el dispuesto en la Ley 734 de 2002, Ley 1952 de 2019 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

El retiro del servicio de quienes estén desempeñando empleos de libre nombramiento y remoción se producirá por las causales señaladas en el artículo 41 de la Ley 909 de 2004 o por las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. El retiro de los Trabajadores del Estado del Sector Salud se producirá, además de las causales pactadas, por el cumplimiento del término o labor contratada.

En materia de la jornada laboral se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978, por las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

En materia de negociación se regirán por lo señalado para los empleados públicos.

El Gobierno señalará los límites mínimos y máximos salariales, con las escalas salariales correspondientes, dentro de las cuales se deberá tener en cuenta nivel de formación, zona geográfica en la que se encuentra prestando el servicio y formación continua.

Parágrafo 1. A ningún Trabajador del Estado del Sector Salud que preste sus servicios a las Empresas Sociales del Estado, podrá exigírsele exclusividad. Todo servidor del sector salud podrá laborar para otro empleador del sector privado o por cuenta propia en labores similares o conexas a las de su profesión y/o especialidad.

El Trabajador del Estado del Sector Salud estará cobijado por las excepciones del artículo 19 de La Ley 4ª de 1992 que estableció las excepciones generales a la prohibición constitucional de recibir más de una asignación del erario público, La exclusividad podrá pactarse de común acuerdo en los contratos que se suscriban.

Parágrafo 2. Las situaciones administrativas se regirán por lo establecido por la normatividad aplicable a los empleados públicos.

Parágrafo Transitorio. Los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente ley se encontraban vinculados en calidad de trabajadores oficiales quedarán automáticamente incorporados como Trabajadores del Estado del Sistema de Salud, sin solución de continuidad, y sus contratos se ajustarán a lo previsto en la presente ley.

Los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente ley tengan la calidad de empleados públicos con derechos de carrera administrativa, quedarán automáticamente incorporados como Trabajadores del Estado del Sector Salud, con contrato a término indefinido sin solución de continuidad, con el fin de garantizar su estabilidad laboral. En caso de supresión de su cargo, se indemnizarán aplicando la tabla establecida en la Ley 909 de 2004 o en las normas que la modifiquen.

A los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente Ley se encuentren vinculados mediante nombramiento provisional se le ajustará su vinculación laboral al nuevo régimen.

Para todos los efectos legales, el tiempo de servicio de los empleados vinculados mediante relación legal y reglamentaria o como trabajador oficial, la nueva vinculación se computará desde la fecha de ingreso a la Empresa Social del Estado, sin solución de continuidad.

Los procesos de selección para proveer empleos de carrera que a la entrada en vigencia de la presente ley se encuentren en curso y que aún no tengan listas de elegibles se terminarán en el estado en que se encuentren. Dichos empleos deberán ajustarse a la nueva naturaleza y proveerse siguiendo el procedimiento señalado en la presente Ley.

Artículo 77 (NUEVO). Régimen Prestacional y Salarial de las Empresas Sociales del Estado. El régimen prestacional de los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado será fijado por el Gobierno Nacional, con base en las normas, criterios y objetivos contenidos en la Ley 4a de 1992 o en las normas que la modifiquen. En consecuencia, no podrán las corporaciones públicas territoriales arrogarse esta facultad. El Gobierno señalará el límite máximo salarial de estos servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado.

CAPÍTULO VIII. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD

Artículo 78 (NUEVO). Responsabilidad subsidiaria de la matriz o controlante respecto de las obligaciones de la entidad objeto de intervención forzosa administrativa para liquidar ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud. Cuando la intervención forzosa administrativa para liquidar haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones que haya realizado la matriz o controlante en virtud de la subordinación y en interés de esta o de cualquiera de sus subordinadas y en contra del beneficio de la entidad objeto de liquidación, la matriz o controlante responderá en forma subsidiaria por las obligaciones de aquella. Se presumirá que las circunstancias que dieron origen a la intervención forzosa administrativa para liquidar se produjeron por las actuaciones derivadas del control, a menos que la matriz o controlante o sus vinculadas, según el caso, demuestren que la intervención fue ocasionada por una causa diferente.

El Juez Civil del Circuito conocerá a solicitud de parte de la presente acción; la cual se tramitará mediante el proceso verbal previsto en el Título I del Libro III del Código General del Proceso.

Parágrafo 1. La legitimación en la causa para el ejercicio de esta acción estará en cabeza de los acreedores titulares de las obligaciones insolutas una vez terminado el proceso de liquidación. El término de caducidad para el ejercicio de la acción será de dos (2) años contados a partir de la terminación del proceso liquidatorio.

Parágrafo 2. Habrá lugar a la desestimación de la personalidad jurídica o levantamiento del velo corporativo de la sociedad matriz o controlante cuando se advierta que sus actuaciones constituyen fraude a la ley o a terceros. La declaratoria de nulidad de los actos defraudatorios así como la acción indemnizatoria a que haya lugar por los posibles perjuicios será de competencia de los jueces civiles del circuito especializados mediante el trámite del proceso verbal previsto en el Título I del Libro III del Código General del Proceso.

Parágrafo 3. En los procesos de liquidación las obligaciones de la EPS con las personas naturales o jurídicas que pertenecen al conglomerado deberán ser atendidas una vez se hayan cancelado los demás créditos, deudas u obligaciones, respetando las reglas de prelación legal.

Artículo 79 (NUEVO). Responsabilidad Civil de los Socios, Asociados, Cooperados, Administradores, Revisores Fiscales y Empleados de las EPS. Cuando la prenda común de los acreedores de una EPS sea desmejorada con ocasión de conductas dolosas o culposas de los socios, asociados, cooperados, administradores, revisores fiscales, y empleados, los mismos serán responsables civilmente del pago del faltante del pasivo externo hasta el monto en el cual se desmejoró la prenda general de los acreedores.

No estarán sujetos a dicha responsabilidad los socios, asociados y cooperados que no hayan tenido conocimiento de la acción u omisión o hayan votado en contra, siempre y cuando no la

ejecuten. En los casos de incumplimiento o extralimitación de funciones, violación de la ley o de los estatutos, será presumida la culpa del interviniente. Igualmente, serán tenidas por no escritas las cláusulas contractuales que tiendan a absolver a los socios, asociados, cooperados, administradores, revisores fiscales, y empleados de las responsabilidades antedichas o a limitarlas al importe de las cauciones que hayan prestado para ejercer sus cargos.

Si el socio o administrador es persona jurídica, la responsabilidad respectiva será de ella, sus accionistas y de quien actúe como su representante legal.

La demanda deberá promoverse por cualquier acreedor de la deudora y será tramitada por el proceso verbal regulado en el Código General del Proceso, ante el juez Civil del Circuito y en trámite independiente. Cuando el deudor sea una sociedad, la demanda también podrá presentarse ante la Superintendencia de Sociedades.

La responsabilidad aquí establecida será exigible sin perjuicio de las demás sanciones a que haya lugar y sin consideración al tipo organizativo del deudor

CAPÍTULO IX. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y MEDIDAS ANTIEVASIÓN

Artículo 80. Medidas Anti Evasión y Elusión. La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) y la DIAN articularán los diferentes sistemas de información y adelantarán de forma conjunta y articulada medidas persuasivas y sancionatorias de acuerdo con la normativa vigente, con el fin de controlar la evasión y elusión en el Sistema de Salud.

Parágrafo. Los Ministerios de Salud y Protección Social, Trabajo, la DIAN y la UGPP, adelantarán campañas de publicidad y pedagogía sobre la importancia de realizar los aportes correspondientes al Sistema de Seguridad Social y las sanciones derivadas de las conductas de evasión y elusión.

Artículo 81. Contribución por gestión sanitaria. El Instituto Nacional de Salud y las direcciones territoriales de salud cobrarán una contribución por las funciones de gestión sanitaria que realiza. Dicha contribución estará a cargo de personas naturales o jurídicas objeto de dicha gestión de acuerdo con el inciso segundo del artículo 338 de la Constitución Política, el Ministerio de Salud y Protección Social fijará la tarifa de la tasa, la cual incluirá el valor por el servicio prestado.

Para definir la tarifa de esta contribución se hará mediante un sistema de costos estandarizables, cuyas valoraciones y ponderaciones de los factores que intervienen en su definición se realizan por procedimientos técnicamente aceptados de costeo. El método seguirá las siguientes pautas técnicas:

- a. Elaboración y normalización de flujogramas para los diferentes procesos con el propósito de determinar sus rutinas.
- b. Cuantificación de recurso humano utilizado anualmente en cada uno de los procesos y procedimientos definidos en el literal anterior
- c. Cuantificación de los costos y programas de tecnificación y modernización de la operación de los servicios.
- d. Estimación de las frecuencias de utilización de los servicios generadores de la contribución.

CAPÍTULO X. OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 82 (NUEVO). Transformación Institucional. Transfórmese el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia es una Unidad Administrativa Especial con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, técnica y financiera, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, el cual se denominará “Fondo de Pasivo del Sector Social.

El Fondo del Sector Social se encargará de atender la defensa judicial y recaudo de créditos a favor de la Nación, producto de las entidades liquidadas del orden nacional, así como recibir los recursos remanentes de dichas entidades que se destinaron a la finalización del proceso liquidatorio para garantizar el pago de las contingencias judiciales cuando la entidad liquidada o la Nación hubiere sido condenada y esta se encuentre debidamente ejecutoriada, así como de aquellas entidades productos de fusiones o transformaciones y/o que por conveniencia le sean asignadas por el Gobierno Nacional, cualquiera que sea su vinculación o adscripción.

Como EPS adaptada, el Fondo se encargará de la administración del servicio de salud a los pensionados y beneficiarios de la empresa liquidada Ferrocarriles Nacionales y Puertos de Colombia y los demás que le asigne el Gobierno Nacional. Para el cumplimiento de estos fines se sujetará a las condiciones y excepciones descritas por la normatividad vigente para la prestación de servicios de salud, de los regímenes de excepción contemplados en artículo 279 de la Ley 100 de 1993.

Parágrafo Transitorio. El Fondo de Pasivo del Sector Social, se encargará de reconocer de manera transitoria las prestaciones económicas legales y convencionales a los extrabajadores, pensionados y beneficiarios de las liquidadas empresas Ferrocarriles y demás que le han sido asignadas y sean de su competencia al momento de la expedición de la presente ley, hasta tanto el Gobierno Nacional designe entidad a quien deba efectuar el traslado.

Parágrafo 1. Funcionamiento. El Gobierno Nacional reglamentará la organización y funcionamiento del Fondo de Pasivo del Sector Social, observando que los actos que realice el Fondo de Pasivo del Sector Social para el desarrollo de sus actividades estarán sujetos a las disposiciones del derecho público. Los contratos que deba celebrar y otorgar el Fondo de Pasivo del Sector Social como entidad de naturaleza especial, en desarrollo de su objeto, se sujetarán a las disposiciones del derecho privado.

Parágrafo 2. Administración. En cuanto a los bienes, activos y derechos patrimoniales, que estén bajo la titularidad de la extinta Ferrocarriles Nacionales de Colombia y del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia serán identificados y transferidos a título gratuito al Fondo de Pasivo del Sector Social del que trata este artículo, quien se encargará de realizar el trámite de registro con ocasión a la expedición de la presente ley.

El Fondo de Pasivo del Sector Social continuará atendiendo la totalidad de los asuntos relacionados con la gestión que venía adelantando el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia – FPS - FNC.

El Fondo de Pasivo del Sector Social, asumirá la administración y custodia de la totalidad de los fondos documentales que se encontraban a cargo del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

Parágrafo 3. Ejecución Contractual. Los contratos y convenios actualmente vigentes, celebrados por el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, se entienden subrogados al Fondo de Pasivo del Sector Social, entidad que continuarán con su ejecución en los mismos términos y condiciones pactados inicialmente.

El Fondo de Pasivo del sector social, continuará ejecutando, hasta el final de la presente vigencia fiscal, en lo pertinente, las apropiaciones comprometidas por el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia con anterioridad a la expedición de la presente ley, y suscribirá los contratos que requieran para su correcto funcionamiento. El mismo procedimiento se aplicará para la ejecución de las cuentas por pagar y las reservas presupuestales.

El Fondo de Pasivo del Sector Social, seguirá con el trámite de las acciones constitucionales, procesos judiciales, contencioso administrativo, ordinarios y administrativos, en los que sea parte el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia solicitando la re denominación tal como se establece en el artículo precedente de la presente ley.

Parágrafo 4. Operatividad Presupuestal. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público adoptará los procedimientos correspondientes al registro y operatividad de la información presupuestal que se derive de la expedición de la presente ley.

A partir de la entrada en vigencia de la presente ley, todas las referencias y/o disposiciones vigentes referentes al Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia se entenderán como Fondo de Pasivo del Sector Social.

Artículo 83 (NUEVO). Planes de Reorganización Institucional. Adiciónese al artículo 68 de la Ley 1753 de 2105 el siguiente parágrafo:

Parágrafo 2. En la aprobación de los planes de reorganización institucional presentados por las EPS constituidas como ESAL, el Superintendente Nacional de Salud hará uso de las facultades otorgadas en el presente artículo dando aplicación al principio de prevalencia del derecho sustancial sobre las formas, de modo que se pronuncien de fondo sobre las solicitudes de reorganización dentro de los dos meses siguientes a la radicación del plan. Las Superintendencias delegadas brindarán todo el apoyo técnico a las EPSS solicitantes de modo que se acelere el cumplimiento de los requisitos.

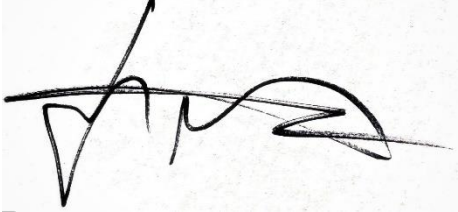
Artículo 84 (NUEVO). Conformación de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos - CNPMD. En adelante la CNPMD de que trata el artículo 245 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 87 de la Ley 1438 de 2011, estará conformada por el Ministro de Comercio, Industria y Turismo, o su delegado, y el Ministro de Salud y Protección Social, o su delegado. De igual forma, harán parte el Ministro de Hacienda y Crédito Público, o su delegado, y un comisionado experto designado por el Presidente de la República, con voz, pero sin voto.

Artículo 85. Periodo de transición. Después de la entrada en vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional y los demás actores competentes tendrán hasta tres (3) años de transición para la puesta en marcha del Modelo de Atención y las Redes de Prestación de Servicio con sus respectivos médicos familiares, servicios ambulatorios extramurales y telesalud.

Artículo 86. Vigencia y Derogatorias. La presente ley entra en vigencia a partir de la fecha de su publicación y deroga el artículo 69 de la Ley 1753 de 2015, adoptado por la Ley 1955 de 2019, y las demás disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables Congresistas,

 <p>H.S. FABIAN GERARDO CASTILLO SUAREZ</p>	 <p>H.R. JUAN DIEGO ECHAVARRÍA SÁNCHEZ</p>
 <p>H.S. NADYA GEORGETTE BLEL SCAFF</p>	 <p>H. R. NORMA HURTADO SANCHEZ</p>
 <p>H.S. LAURA ESTER FORTICH SÁNCHEZ</p>	 <p>H.R. JAIRO GIOVANNY CRISTANCHO</p>
 <p>Subcomisión PL 010- 2020 - 26-04-2021 GABRIEL JAIME VELASCO OCAMPO Senador de la República</p>	 <p>H.R. JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA</p>
 <p>H.S. MANUEL BITERVO PALCHUCAN CHINGAL</p>	 <p>H.R. FABER ALBERTO MUÑOZ CERON</p>

<p>H.S. JESÚS ALBERTO CASTILLA</p>	 <p>H.R. JHON A. MURILLO</p>
------------------------------------	--

ANEXO 1

No.	Sentido de la proposición	Contenido de la proposición	Autor de la proposición	Estado
Título	Modificativa	Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social de conformidad con la ley 1751 de 2015 y la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud"	H.R JOSE LUÍS CORREA	NO AVALADA
		CAPÍTULO I GENERALIDADES		
1	Modificativa	Artículo 1. Objeto y alcance. <u>Por medio de la presente ley se realizan ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-</u> , y el desarrollo de la garantía del derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015, mediante la rectoría del Estado que permita fortalecer las relaciones entre instituciones y sujetos que intervienen directa e indirectamente en la salud, sus determinantes y riesgos en salud y se dictan medidas orientadas a soportar la sostenibilidad financiera del sistema	H.S. MILLA ROMERO	NO AVALADA
1	Modificativa	Artículo 1. Objeto y alcance. Por medio de la presente ley se realizan ajustes al Sistema de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- , y el desarrollo de la garantía del derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015, mediante la rectoría del Estado que permita fortalecer las relaciones entre instituciones y sujetos que intervienen directa e indirectamente en la salud, sus determinantes y riesgos en salud y se dictan medidas orientadas a soportar la sostenibilidad financiera del sistema.	H.S. JOSÉ RITTER LÓPEZ	AVALADA
	Modificativa	Artículo 1. Objeto y alcance. Por medio de la presente ley se realizan ajustes al Sistema de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, y el desarrollo de la garantía para garantizar el del derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015, mediante la rectoría del Estado que permita fortalecer las relaciones entre instituciones y sujetos que intervienen directa e indirectamente en la salud, sus determinantes y riesgos en salud y se dictan medidas orientadas a soportar la sostenibilidad financiera del sistema. Bajo ninguna circunstancia, autoridad alguna del sistema podrá invocar la sostenibilidad financiera para menoscabar los derechos fundamentales, restringir su alcance o negar su protección efectiva	HR FABIAN DIAZ	AVALADA
2	Art 2	eliminación	HR JOSE LUIS CORREA	NO AVALADA

2	Modificativa	Artículo 2. Funciones esenciales del Sistema de Salud. El Sistema de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social.-SGSSS tiene como funciones esenciales, la rectoría del sistema, la financiación, la investigación, la información, la salud pública, la prestación de servicios y el aseguramiento, de manera que conduzca al establecimiento de la salud de las poblaciones a quienes protege, la reducción de las inequidades en salud, el trato digno en la prestación de los servicios, <u>la garantía de la protección financiera de los usuarios</u> y la exigencia de estándares de calidad definidos para todos los actores del SGSSS	H.S. CARLOS FERNANDO MOTOA HS FABIAN HR ECHAVARRIA, CRISTANCHO, FABIÁN CASTILLO VBO	AVALADA
2	Modificativa	Artículo 2. Funciones esenciales del Sistema de Salud. El Sistema de Salud en el marco del El Sistema General de Seguridad Social.-SGSSS tiene como funciones esenciales, <u>sin perjuicio de su objeto y principios</u> , la rectoría del sistema, la financiación, la investigación, la información, la salud pública, la prestación de servicios y el aseguramiento, de manera que conduzca al establecimiento de la salud de las poblaciones a quienes protege, la reducción de las inequidades en salud, el trato digno en la prestación de los servicios, la garantía de la protección financiera de los usuarios y la exigencia de estándares de calidad definidos para todos los actores del SGSSS	H.S. MILLA ROMERO	AVALADA
2	Modificativa	Artículo 2. Funciones esenciales del Sistema de Salud. El Sistema de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social.-SGSSS <u>de la ley 1751 de 2015</u> , tiene como funciones esenciales la rectoría del sistema, la financiación, la investigación, la información, la salud pública, la prestación de servicios y el aseguramiento, de manera que conduzca al establecimiento de la salud de las poblaciones a quienes protege, la reducción de las inequidades en salud, el trato digno en la prestación de los servicios, la garantía de la protección financiera de los usuarios y la exigencia de estándares de calidad definidos para todos los actores del SGSSS.	H.S. JOSÉ RITTER LÓPEZ	AVALADA
2	Modificativa	Artículo 2. Funciones esenciales del Sistema de Salud. El Sistema de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social.-SGSSS tiene como funciones esenciales la rectoría del sistema, la financiación, la investigación, la información, <u>el diseño e implementación de medidas de salud pública</u> , la prestación de servicios y el aseguramiento; de manera que conduzca al establecimiento de la salud de las poblaciones a quienes protege, la reducción de las inequidades en salud, el trato digno en la prestación de los servicios y la exigencia de estándares de calidad definidos para todos los actores del SGSSS.	H.R. JORGE ENRIQUE BENEDETTI MARTELO	NO AVALADA
2	Modificativa	Artículo 2. Funciones esenciales del Sistema de Salud. El Sistema de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social.-SGSSS tiene como funciones esenciales la rectoría del sistema, la financiación, la investigación, la información, la salud pública, la prestación de servicios y el aseguramiento, de manera que conduzca al establecimiento de la salud de las poblaciones a quienes protege, la reducción de las inequidades en salud, <u>la eliminación de las barreras de acceso</u> , el trato digno en la prestación de los servicios, la garantía de la protección	H.R. JOSE LUÍS CORREA	AVALADA

		financiera de los usuarios y la exigencia de estándares de calidad definidos para todos los actores del SGSSS		
2	Modificativa	Artículo 2. Funciones esenciales del Sistema de Salud. El Sistema de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social.-SGSSS tiene como funciones esenciales la rectoría del sistema, la financiación, la investigación, la información, la salud pública, la prestación de servicios, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, y el aseguramiento , de manera que conduzca al establecimiento de la salud de las poblaciones a quienes protege, la eliminación reducción de las inequidades en salud, la eliminación de las barreras de acceso, el trato digno en la prestación de los servicios, en síntesis la garantía de la protección financiera de los usuarios y la exigencia de del derecho fundamental a la salud con estándares de calidad definidos para todos los actores del SGSSS.	BANCADA COMUNES HR- OMAR DE JESÚS RESTREPO, HR. JAIRO REINALDO CALA	NO AVALADA
3	Modificativa	“Artículo 3. Política Pública de Salud. Para la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, se desarrollará dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, una política pública de salud que incluya, un modelo de atención, un esquema de operación del aseguramiento, así como la prestación de servicios que requiera la población, definiendo explícitamente las exclusiones contenidas en artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la exigencias de estándares de calidad a los aseguradores para su funcionamiento. El Ministerio de Salud y Protección Social- MSPS, evaluará y actualizará permanentemente esta política de acuerdo el seguimiento, evaluación, análisis de la situación de salud (vigilancia epidemiológica) , las necesidades y problemas en salud y la disposición de nuevas tecnologías para la prestación de servicios de salud, bajo los estándares de calidad definidos para los actores del SGSSS.	H.R. CORREAL	HENRY NO AVALADA
3	Modificativa	Artículo 3. Política Pública de Salud. Para la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, se desarrollará dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, una política pública de salud que incluya, un modelo de atención, un esquema de operación del aseguramiento, un plan de sostenibilidad y estabilidad financiera del sistema de salud , así como la prestación de servicios que requiera la población, definiendo explícitamente las exclusiones contenidas en artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la exigencias de estándares de calidad a los aseguradores para su funcionamiento . El Ministerio de Salud y Protección Social MSPS, evaluará y actualizará permanentemente esta política de acuerdo con las necesidades y problemas en salud y la disposición de nuevas tecnologías para la prestación de servicios de salud, bajo los estándares de calidad definidos para los actores del SGSSS. Parágrafo. El MSPS dentro de la política pública de salud, definirá de forma explícita la política para los hospitales públicos.	H.R. SÁNCHEZ	ÁNGELA NO AVALADA

3	Modificativa	<p>Artículo 3. Política Pública de Salud. Para la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, se desarrollará dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, <u>se desarrollará</u> una política pública de salud que incluya, un modelo de atención, un esquema de operación del aseguramiento, así como la prestación de servicios que requiera la población, definiendo explícitamente las exclusiones contenidas en el artículo 15 de la ley 1751 de 2015, con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la exigencias de estándares de calidad a los aseguradores para su funcionamiento, <u>que permitan la garantía de este derecho fundamental</u>. El Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS, evaluará y actualizará permanentemente esta política de acuerdo con las necesidades y problemas en salud de <u>la población</u> y la disposición de nuevas tecnologías para la prestación de servicios de salud, bajo los estándares de calidad definidos para los actores del SGSSS, <u>en especial para las Entidades Administradoras del Plan de Beneficios (EAPB)</u> Parágrafo. El MSPS dentro de la política pública de salud, definirá de forma explícita la política para los hospitales públicos</p>	H.S. MILLA ROMERO	AVALADA
3	Modificativa	<p>Artículo 3. Política Pública de Salud. Para la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, <u>el Ministerio de Salud y Protección Social dentro del primer año luego de entrada en vigencia la presente ley,</u> desarrollará una política pública de salud que incluya, un modelo de atención, un esquema de operación del aseguramiento, así como la prestación de servicios que requiera la población, definiendo explícitamente las exclusiones contenidas en artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la exigencias de estándares de calidad a los aseguradores para su funcionamiento . El Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS, evaluará y actualizará anualmente esta política de acuerdo con las necesidades y problemas en salud y la disposición de nuevas tecnologías para la prestación de servicios de salud, bajo los estándares de calidad definidos para los actores del SGSSS.</p>	H.R. JUAN CARLOS REINALES	AVALADA
3	Aditiva de un parágrafo	<p>“Artículo 3. Política Pública de Salud. Para la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, se desarrollará dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, una política pública de salud que incluya, un modelo de atención, un esquema de operación del aseguramiento, así como la prestación de servicios que requiera la población, definiendo explícitamente las exclusiones contenidas en artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la exigencias de estándares de calidad a los aseguradores para su funcionamiento. El Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS, evaluará y actualizará permanentemente esta política de acuerdo con las necesidades y problemas en salud y la disposición de nuevas tecnologías para la prestación de servicios de salud, bajo los estándares de calidad definidos para los actores del SGSSS. Parágrafo 1. El MSPS dentro de la política pública de salud, definirá de forma explícita la política para los hospitales públicos. <u>Parágrafo 2. El MSPS, dentro de la política pública de salud,</u></p>	JHON MURILLO ARLEY	EXCLUIDA

		<u>garantizará el ejercicio del derecho de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a gozar de un sistema de salud especial; y en razón de ello, garantizará el derecho de acceso y la participación de dichas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombia, con observancia de la protección a su diversidad, integridad cultural y autonomía.”</u>		
3	Modificativa	"Artículo 3. Política Pública de Salud. Para la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, se desarrollará dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, una política pública de salud que incluya, un modelo de atención, un esquema de operación del aseguramiento, así como la prestación de servicios que requiera la población, definiendo explícitamente las exclusiones contenidas en artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la exigencias de estándares de calidad a los aseguradores las EAPB para su funcionamiento . El Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS, evaluará y actualizará permanentemente con la participación de la ciudadanía, la academia, las organizaciones, asociaciones colegiadas en materia de salud y demás actores del sistema , esta política de acuerdo con las necesidades y problemas en salud, y la disposición de nuevas tecnologías para la prestación de servicios de salud, bajo los estándares de calidad definidos para los actores del SGSSS. Parágrafo. El MSPS dentro de la política pública de salud, definirá de forma explícita la política para los hospitales públicos."	H.S. JOSÉ RITTER LÓPEZ	AVALADA
3	Modificativa	Artículo 3. Política Pública de Salud. Para la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, se desarrollará dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, una política pública de salud que incluya, un modelo de atención, un esquema de operación del aseguramiento, así como la prestación de servicios y tecnologías que requiera la población, definiendo explícitamente las exclusiones contenidas en artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la exigencias de estándares de calidad a los aseguradores para su funcionamiento . El Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS, evaluará y actualizará permanentemente esta política de acuerdo con las necesidades y problemas en salud, avances investigativos y la disposición de nuevas tecnologías para la prestación de servicios de salud, bajo los estándares de calidad definidos para los actores del SGSSS. Parágrafo. El MSPS dentro de la política pública de salud, definirá de forma explícita la política para los hospitales públicos.	H.S. NADIA BLEFF SCAFF	AVALADA
3	Modificativa	Artículo 3. Política Pública de Salud. Para la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, se desarrollará dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, una política pública de salud que incluya, un modelo de atención, un esquema de operación del aseguramiento, así como la prestación de servicios que requiera la población, definiendo	H.R JOSE LUÍS CORREA	NO AVALADA

		explícitamente las exclusiones contenidas en artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la exigencias de estándares de calidad a los aseguradores para su funcionamiento . El Ministerio de Salud y Protección Social- MSPS, evaluará y actualizará permanentemente esta política de acuerdo con <u>el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud (vigilancia epidemiológica)</u> , las necesidades y problemas en salud y la disposición de nuevas tecnologías para la prestación de servicios de salud, bajo los estándares de calidad definidos para los actores del SGSSS		
3	Aditiva	Artículo 3. Política Pública de Salud. Para la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, se desarrollará dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, una política pública de salud que incluya, un modelo de atención, un esquema de operación del aseguramiento, así como la prestación de servicios que requiera la población, definiendo explícitamente las exclusiones contenidas en artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la exigencias de estándares de calidad a los aseguradores para su funcionamiento. <u>Paragrafo1. La Política Publica sera construida con la participacion amplia y suficiente de los diferentes actores del sistema de salud, trabajadoras y los trabajadores de la salud, las asociaaciones de usuarios, la academia, las mesas de salud departamentales y el ministerio publico, en mesas de trabajo concertadas y lideradas por el Ministeri de salud y Proteccion Social MSPS. Paragrafo 2 El Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS, junto con los demas actores del sistema de salud, trabajadoras y los trabajadores de la salud, las asociaciones de usuarios, la academia, las mesas de salud departamentales y el ministerio publico,</u> evaluará y actualizará permanentemente esta política de acuerdo con el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud (vigilancia epidemiológica), las necesidades y problemas en salud y la disposición de nuevas tecnologías para la prestación de servicios de salud, bajo los estándares de calidad definidos para los actores del SGSSS.	BANCADA COMUNES	AVALADO PARCIALME NTE PARÁGRAFO 1
4	Eliminación	Eliminación del artículo 4	HR CORREA Y SENADOR RITTIER	NO AVALADA
4	Modificativa	Artículo 4. Regionalización en el Sistema de Salud. El Sistema de Salud podrá organizarse por regiones, dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, esto es el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y sus determinantes sociales en salud más allá de las fronteras político-administrativas, por lo que desde las acciones promocionales, pasando por la prestación de servicios de salud operado en redes, el aseguramiento, hasta la definición de intervenciones y metas,se ajustará a las distintas condiciones, necesidades y problemas en salud de las poblaciones residentes en cada región, <u>considerando los usos y costumbres de las comunidades étnicas en las entidades territoriales con presencia significativa de las</u>	H.R. CORREAL	HENRY NO AVALADA

		<u>mismas.</u> Las labores de inspección, vigilancia y control, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud -SNS, deberán tener en cuenta la regionalización aquí prevista y, en consecuencia, deberá adaptar su funcionamiento a este principio, en el marco de la desconcentración dispuesta en el artículo 118 de la Ley 1438 de 2011.		
4	Modificativa	Artículo 4. Regionalización en el Sistema de Salud. La Prestación del servicio de Salud, dentro del marco de Sistema General de Seguridad Social en Salud, El Sistema de Salud podrá organizarse por regiones, dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, entendido esto como es el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y sus determinantes sociales en salud más allá de las fronteras político-administrativas, por lo que desde las acciones promocionales, pasando por la prestación de servicios de salud operado en redes, el aseguramiento, hasta la definición de intervenciones y metas, se ajustará a las distintas condiciones, necesidades y problemas en salud de las poblaciones residentes en cada región. Las labores de inspección, vigilancia y control, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud -SNS, deberán tener en cuenta la regionalización aquí prevista y, en consecuencia, deberá adaptar su funcionamiento a este principio, en el marco de la desconcentración dispuesta en el artículo 118 de la Ley 1438 de 2011	H.S. MILLA ROMERO	NO AVALADA
4	Modifica	Artículo 4. Regionalización en el Sistema de Salud. El Sistema de Salud podrá organizarse se organizará por regiones, en un plazo de un año contado a partir dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, con el fin de garantizar la prestación de servicios de salud , esto es el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y sus determinantes sociales en salud más allá de las fronteras político-administrativas, por lo que desde las acciones promocionales, pasando por la prestación de servicios de salud operado en redes, garantizando los niveles de complejidad del 1 al 4 en cada región, el aseguramiento, hasta la definición de intervenciones y metas, se ajustará a las distintas condiciones, necesidades y problemas en salud de las poblaciones residentes en cada región. Las labores de inspección, vigilancia y control, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud -SNS, deberán tener en cuenta la regionalización aquí prevista y, en consecuencia, deberá adaptar su funcionamiento a este principio, en el marco de la desconcentración dispuesta en el artículo 118 de la Ley 1438 de 2011.	JENNIFER ARIAS	NO AVALADA
4	Eliminación	Artículo 4. Regionalización en el Sistema de Salud. El Sistema de Salud podrá organizarse por regiones, dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, esto es el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y sus determinantes sociales en salud más allá de las fronteras político-administrativas, por lo que desde las acciones promocionales, pasando por la prestación de servicios de salud operado en redes, el aseguramiento, hasta la definición de intervenciones y	H.S. JOSÉ RITTER LÓPEZ	NO AVALADA

		metas, se ajustará a las distintas condiciones, necesidades y problemas en salud de las poblaciones residentes en cada región. Las labores de inspección, vigilancia y control, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud -SNS, deberán tener en cuenta la regionalización aquí prevista y, en consecuencia, deberá adaptar su funcionamiento a este principio, en el marco de la desconcentración dispuesta en el artículo 118 de la Ley 1438 de 2011.		
4	Eliminación	Artículo 4. Regionalización en el Sistema de Salud. El Sistema de Salud podrá organizarse por regiones, dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, esto es el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y sus determinantes sociales en salud más allá de las fronteras político-administrativas, por lo que desde las acciones promocionales, pasando por la prestación de servicios de salud operado en redes, el aseguramiento, hasta la definición de intervenciones y metas, se ajustará a las distintas condiciones, necesidades y problemas en salud de las poblaciones residentes en cada región. Las labores de inspección, vigilancia y control, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud -SNS, deberán tener en cuenta la regionalización aquí prevista y, en consecuencia, deberá adaptar su funcionamiento a este principio, en el marco de la desconcentración dispuesta en el artículo 118 de la Ley 1438 de 2011.	H.R JOSE LUÍS CORREA	NO AVALADA
4	Aditiva	“Artículo 4. Regionalización en el Sistema de Salud. El Sistema de Salud podrá organizarse por regiones, dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, esto es el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y sus determinantes sociales en salud más allá de las fronteras político-administrativas, por lo que desde las acciones promocionales, pasando por la prestación de servicios de salud operado en redes, el aseguramiento, hasta la definición de intervenciones y metas, se ajustará a las distintas condiciones, necesidades y problemas en salud de las poblaciones residentes en cada región. Las labores de inspección, vigilancia y control, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud -SNS, deberán tener en cuenta la regionalización aquí prevista y, en consecuencia, deberá adaptar su funcionamiento a este principio, en el marco de la desconcentración dispuesta en el artículo 118 de la Ley 1438 de 2011. <u>En dicho proceso de regionalización se respetarán y se tendrán en cuenta los procesos de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras orientados a asumir su sistema de salud especial y a garantizar su derecho de acceso y participación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombia, con observancia de la protección a su diversidad, integridad cultural y autonomía y atendiendo sus condiciones sociales, económicas, geográficas, y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.</u> ”	JHON MURILLO	ARLEY AVALADA

4	Aditiva	<p>Artículo 4. Regionalización en el Sistema de Salud. El Sistema de Salud podrá organizarse por regiones, dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, esto es el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y sus determinantes sociales en salud más allá de las fronteras político-administrativas, por lo que desde las acciones promocionales, pasando por la prestación de servicios de salud operado en redes, el aseguramiento, hasta la definición de intervenciones y metas, se ajustará a las distintas condiciones, necesidades y problemas en salud de las poblaciones residentes en cada región, <u>incorporando enfoques diferenciales como es el caso del género y la etnia</u>. Las labores de inspección, vigilancia y control, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud -SNS, deberán tener en cuenta la regionalización aquí prevista y, en consecuencia, deberá adaptar su funcionamiento a este principio, en el marco de la desconcentración dispuesta en el artículo 118 de la Ley 1438 de 2011.</p>	HR CRISTO, BENEDETTI Y FABER	SE RETIRA POR EL AUTOR
4	Aditiva	<p>Artículo 4. Regionalización en el Sistema de Salud. El MSPS Sistema de Salud podrá organizarse el sistema de salud por regiones, dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, esto es el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y sus determinantes sociales en salud más allá de las fronteras político-administrativas, por lo que desde las acciones promocionales, pasando por la prestación de servicios de salud operado en redes, el aseguramiento, hasta la definición de intervenciones y metas, se ajustará a las distintas condiciones, necesidades y problemas en salud de las poblaciones residentes en cada región, considerando los usos y costumbres de las comunidades etnicas en las entidades territoriales con presencia significativa de las mismas Las labores de inspección, vigilancia y control, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud -SNS, deberán tener en cuenta la regionalización aquí prevista y, en consecuencia, deberá adaptar su funcionamiento a este principio, en el marco de la desconcentración dispuesta en el artículo 118 de la Ley 1438 de 2011.</p>	HS LAURA FORTICH	AVALADA
5	Modificativa	<p>Artículo 5°. Gestión Integral del Riesgo en Salud. La gestión integral del riesgo en salud corresponde a la articulación, <u>intersectorialidad</u> y coordinación de los diferentes actores del sistema, dentro de sus competencias, en torno a las intervenciones individuales y colectivas que se deben realizar a las personas y su entorno para mitigar, contener y atender riesgos en salud. La Nación y las Entidades Territoriales serán responsables de las intervenciones para el manejo del riesgo colectivo y de articular y coordinar estas acciones con las intervenciones para el manejo del riesgo individual que son responsabilidad de las Entidades Administradoras del Plan de Beneficios –EAPB-, las Administradoras de Riesgos Laborales –ARL, los prestadores de servicios de salud <u>y las redes integradas e integrales de salud, así como de la población.</u> Las</p>	NORMA HURTADO	AVALADA PARCIALMENTE

		EAPB , a través de los diferentes prestadores de servicios de salud <u>y las redes integradas e integrales de salud</u> que hacen parte de su red contratados, se concentran en la gestión de los riesgos individuales, en coordinación y articulación con los demás actores del sistema. (...) Los prestadores de servicios de salud <u>y las redes integradas e integrales de salud</u> , son responsables de prestar servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, de conformidad con los contratos celebrados con las EAPB y, en lo colectivo, de conformidad con los contratos celebrados con las Entidades Territoriales. (.....) <u>Las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito –SOAT-, la ADRES, las EAPB y las ARL, según corresponda, serán las responsables de garantizar el cubrimiento de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios de las víctimas de un accidente de tránsito a través de los prestadores de servicios de salud y las redes integradas e integrales de salud que resulten de su asociación.</u>		
5	Modificativa	Artículo 5. Gestión Integral del riesgo en salud. La gestión integral del riesgo en salud corresponde a la articulación y coordinación de los a los diferentes actores del sistema, quienes dentro de sus competencias, trabajaran de manera articulada y coordinada en torno a las intervenciones individuales y colectivas que se deben realizar a las personas y su entorno para mitigar, contener y atender los riesgos en salud. La Nación y las Entidades Territoriales serán responsables de las intervenciones para el manejo del riesgo colectivo y de articular y coordinar estas acciones con las intervenciones para el manejo del riesgo individual que son es responsabilidad de las Entidades Administradoras del Plan de Beneficios -EAPB-, las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL, los prestadores de servicios de salud y la población. (...)	H.S. MILLA ROMERO	AVALADA
	Modificatori a 5	Artículo 5°. Gestión Integral del Riesgo en Salud. La gestión integral del riesgo en salud corresponde a la articulación, intersectorialidad y coordinación de los diferentes actores del sistema, dentro de sus competencias, en torno a las intervenciones individuales y colectivas que se deben realizar a las personas y su entorno para mitigar, contener y atender riesgos en salud. La Nación y las Entidades Territoriales serán responsables de las intervenciones para el manejo del riesgo colectivo y de articular y coordinar estas acciones con las intervenciones para el manejo del riesgo individual que son responsabilidad de las Entidades Administradoras del Plan de Beneficios –EAPB-, las Administradoras de Riesgos Laborales –ARL, los prestadores de servicios de salud y la población. Las EAPB , a través de los diferentes prestadores de servicios de salud y las redes integradas e integrales de salud que hacen parte de su red contratados, se concentran en la gestión de los riesgos individuales, en coordinación y articulación con los demás actores del sistema. Las Administradoras de Riegos laborales -ARL- deberan coordinar las acciones relacionadas con los riesgos laborales de sus afiliados, con la EAPB a la cual se	FABIAN DIAZ	AVALADA

		<p>encuentren los afiliados y con los demás actores. Los prestadores de servicios de salud y las redes integradas e integrales de salud, son responsables de prestar servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, de conformidad con los contratos celebrados con las EAPB y, en lo colectivo, de conformidad con los contratos celebrados con las Entidades Territoriales. Las personas y comunidades, en sus entornos, tiene el deber de auto cuidarse realizando las acciones de promoción y mantenimiento de la salud y prevención de las enfermedades, al igual que seguir las recomendaciones dadas por el personal de salud, la adherencia al tratamiento, el cumplimiento de citas y otras atenciones que inciden en su condición de salud. Parágrafo Las Entidades Territoriales, las EAPB, las ARL, y los prestadores de servicios de salud darán a conocer los resultados del proceso de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, de acuerdo con los mecanismos y periodicidad que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Estos resultados serán objeto de vigilancia por parte de la superintendencia Nacional de Salud y demás actores a cargo de la inspección, vigilancia y control de las acciones en salud.</p>		
6	Modificativa	<p>Artículo 6. Modelo de Atención en Salud. El Sistema de Salud colombiano en el marco del SGSSS, se desarrollará con base en la estrategia de la Atención integral Primaria en Salud (APS) renovada con enfoque de salud familiar y comunitaria, orientado hacia la promoción de la salud y la gestión integral del riesgo en salud, operativizado por medio de rutas integrales de atención, prestada a los usuarios a través de redes integradas e integrales de servicios en salud. La implementación de las rutas integrales de atención se hará de manera progresiva, de acuerdo con la disponibilidad de recursos y la capacidad de prestación de servicios del SGSSS. Toda persona estará adscrita a un prestador primario que le asignará un médico con enfoque de salud familiar y comunitario en los casos en que no haya disponibilidad de especialistas en Medicina Familiar, el cual será de libre elección del afiliado con base al personal adscrito al prestador y contará con el apoyo de un equipo multidisciplinario de salud (EMS) altamente resolutivo y ubicado cerca al lugar donde las personas residen, trabajan, se recrean o estudian. Parágrafo 1. El enfoque familiar y comunitario corresponde al conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud en los individuos y colectividades de acuerdo con sus determinantes sociales, el contexto territorial, curso de vida y entorno. Parágrafo 2. El Equipo Multidisciplinario para la Salud (EMS) contará con los servicios de soporte diagnósticos y terapéuticos necesarios, de acuerdo con el conjunto de servicios definidos para el prestador primario, tanto hospitalario como los servicios de atención extramural, como la telemedicina y atención domiciliaria. Parágrafo 3. Dentro de los dieciocho (18) veinticuatro (24) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, cada prestador primario deberá contar con el número suficiente de especialistas en Medicina Familiar o de</p>	H.S. CARLOS FERNANDO MOTOA	AVALADA

		médicos con enfoque familiar, acreditados académicamente para cubrir y atender a todas las personas adscritas a ellos y deberán reportar el cumplimiento de esta disposición ante el Ministerio de Salud y Protección Social al finalizar el término aquí establecido.		
6	Adiciona tres párrafos al artículo 6	<p><u>Parágrafo 4. La atención individual primaria y complementaria deberá prever un modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas garantizando la prestación del servicio a través de diferentes estrategias y con talento humano con las competencias requeridas (según el componente primario o complementario)</u></p> <p><u>Parágrafo 5. El Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la atención individual primaria y complementaria en todo el territorio nacional, para ello, dará prioridad a la población ubicada en los municipios descritos en el Decreto Ley 893 de 2017 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.</u></p> <p><u>Parágrafo 6. El Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la atención individual primaria y complementaria en aspectos tales como rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición, atención a enfermedades de alto costo y rehabilitación de lesiones derivadas del conflicto, atención al consumidor de drogas ilícitas y la prevención al consumo, todo lo anterior con enfoque de género, étnico y territorial.</u></p>	H.R. JAIRO CRISTO Y CIA	AVALADA
6	Modificativa	<p>Artículo 6. Modelo de Atención en Salud. El Sistema de Salud colombiano en el marco del SGSSS, se desarrollará con base en la estrategia de la Atención integral Primaria en Salud (APS) renovada, con enfoque de salud familiar y comunitaria, orientado hacia la promoción de la salud, <u>prevención de la enfermedad</u> y la gestión integral del riesgo en salud, operativizado por medio de <u>a través de</u> rutas integrales de atención, prestada a los usuarios a través <u>operadas por</u> de redes integradas e integrales de servicios en salud. Toda persona estará adscrita a un prestador primario que le asignará un médico con enfoque de salud familiar y comunitario en los casos en que no haya disponibilidad de especialistas en Medicina Familiar, el cual será de libre elección del afiliado con base al personal adscrito al prestador y contará con el apoyo de un equipo multidisciplinario de salud (EMS) altamente resolutivo y ubicado cerca al lugar donde las personas residen, trabajan, se recrean o estudian.</p>	H.S. MILLA ROMERO	AVALADA

		<p>Parágrafo 1. El enfoque familiar y comunitario corresponde al conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud en los individuos y colectividades de acuerdo con sus determinantes sociales, el contexto territorial, curso de vida y entorno.</p> <p>Parágrafo 2. El Equipo Multidisciplinario para la Salud (EMS) contará con los servicios de soporte diagnósticos y terapéuticos necesarios, de acuerdo con el conjunto de servicios definidos para el prestador primario, tanto hospitalario como los servicios de atención extramural, como la telesalud y atención domiciliaria, <u>en caso de requerirse autorizaciones o trámites administrativos, estos deben ser evacuados de manera oportuna, eficiente y ágil en beneficio del usuario.</u></p> <p>Parágrafo 3. Dentro de los dieciocho (18) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, cada prestador primario deberá contar con el número suficiente de especialistas en Medicina Familiar o de médicos con enfoque familiar, acreditados académicamente para cubrir y atender a todas las personas adscritas a ellos y deberán reportar el cumplimiento de esta disposición ante el Ministerio de Salud y Protección Social al finalizar el término aquí establecido.</p>		
6	Modificativa	<p>Artículo 6. Modelo de Atención en Salud. El Sistema de Salud colombiano en el marco del SGSSS, se desarrollará con base en la estrategia de la Atención integral Primaria en Salud (APS) renovada con enfoque de salud familiar y comunitaria, orientado hacia la promoción de la salud y la gestión integral del riesgo en salud, operativizado por medio de rutas integrales de atención, prestada a los usuarios a través de redes integradas e integrales de servicios en salud <u>de la región.</u></p> <p>Toda persona estará adscrita a un prestador primario que le asignará un médico con enfoque de salud familiar y comunitario en los casos en que no haya disponibilidad de especialistas en Medicina Familiar, el cual será de libre elección del afiliado con base al personal adscrito al prestador y contará con el apoyo de un equipo multidisciplinario de salud (EMS) altamente resolutivo y ubicado cerca al lugar donde las personas residen, trabajan, se recrean o estudian. (,,)</p>	JENNIFER ARIAS	AVALADA
6	Modificativa del parágrafo 1	<p>Artículo 6. Modelo de Atención en Salud. El Sistema de Salud colombiano en el marco del SGSSS, se desarrollará con base en la estrategia de la Atención integral Primaria en Salud (APS) renovada con enfoque de salud familiar y comunitaria, orientado hacia la promoción de la salud y la gestión integral del riesgo en salud, operativizado por medio de rutas integrales de atención, prestada a los usuarios a través de redes integradas e integrales de servicios en salud.</p> <p>Toda persona estará adscrita a un prestador primario que le asignará un médico con enfoque de salud familiar y comunitario en los casos en que no haya disponibilidad de especialistas en Medicina Familiar, el cual será de libre elección del afiliado con base al personal adscrito al</p>	MARÍA CRISTINA SOTO DE GÓMEZ	AVALADO

		<p>prestador y contará con el apoyo de un equipo multidisciplinario de salud (EMS) altamente resolutivo y ubicado cerca al lugar donde las personas residen, trabajan, se recrean o estudian. Parágrafo 1. El enfoque familiar y comunitario corresponde al conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud en los individuos y colectividades de acuerdo con sus determinantes sociales, enfoque diferencial, el contexto territorial, curso de vida y entorno. Parágrafo 2. El Equipo Multidisciplinario para la Salud (EMS) contará con los servicios de soporte diagnósticos y terapéuticos necesarios, de acuerdo con el conjunto de servicios definidos para el prestador primario, tanto hospitalario como los servicios de atención extramural, como la telesalud y atención domiciliaria. Parágrafo 3. Dentro de los dieciocho (18) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, cada prestador primario deberá contar con el número suficiente de especialistas en Medicina Familiar o de médicos con enfoque familiar, acreditados académicamente para cubrir y atender a todas las personas adscritas a ellos y deberán reportar el cumplimiento de esta disposición ante el Ministerio de Salud y Protección Social al finalizar el término aquí establecido.</p>		
6	Modificativa	<p>Artículo 6. Modelo de Atención en Salud. El Sistema de Salud colombiano en el marco del SGSSS, se desarrollará con base en la estrategia de la Atención Integral Primaria en Salud (APS) renovada con enfoque de salud familiar y comunitaria, orientado hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la gestión integral del riesgo en salud, operativizado por medio de rutas integrales de atención, prestada a los usuarios a través de redes integradas e integrales de servicios en salud. Toda persona estará adscrita a un prestador primario que le asignará un médico con enfoque de salud familiar y comunitario en los casos en que no haya disponibilidad de especialistas en Medicina Familiar, el cual será de libre elección del afiliado con base al personal adscrito al prestador y contará con el apoyo de un equipo multidisciplinario de salud (EMS) altamente resolutivo y ubicado cerca al lugar donde las personas residen, trabajan, se recrean o estudian. Parágrafo 1. El enfoque familiar y comunitario corresponde al conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud en los individuos y colectividades de acuerdo con sus determinantes sociales, el contexto territorial, curso de vida y entorno. Parágrafo 2. El Equipo Multidisciplinario para la Salud (EMS) contará con los servicios de soporte diagnósticos y terapéuticos necesarios, de acuerdo con el conjunto de servicios definidos para el prestador primario, tanto hospitalario como los servicios de atención extramural, como la telesalud y atención domiciliaria.</p>	HS LAURA FORTICH	AVALADA

7	Adiciona un párrafo al artículo 7	<u>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del primer año luego de entrada en vigencia la presente ley, formulara los modelos de atención diferencial para los territorios poblacionales rurales y rurales dispersos</u>	H.R. JUAN CARLOS REINALES	
7	Modificativa	<p><u>Artículo 7. Modelo en salud diferencial. El aseguramiento y la prestación de servicios de salud en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, presencia de comunidades étnicas o de personas con discapacidad, limitada oferta de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se deberán desarrollar modelos de atención diferenciados como el enfoque de género, que se ajusten a las características territoriales (rural y rural dispersos) y poblacionales. Se garantizará la sostenibilidad financiera en el modelo de salud diferencial y el uso de las redes integradas e integrales de la región.</u></p> <p><u>Parágrafo 1. Los modelos diferenciales contemplados en este artículo no se restringirán a la atención y afiliación, sino que además garantizarán las determinantes sociales en salud de las poblaciones objeto y la participación intersectorial de entidades del orden nacional y territorial en su construcción e implementación.</u></p> <p><u>Parágrafo 2. En relación con los pueblos indígenas se dará continuidad a la implementación y desarrollo total del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI-, manteniendo la indemnidad de las garantías y derechos consagrados en las normas y acuerdos existentes a la sanción de la presente ley.</u></p> <p><u>Así mismo, para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del país, el Gobierno Nacional definirá y reglamentará un modelo especial de salud, organizado y prestado a nivel comunitario bajo su propia responsabilidad y control, que esté acorde con sus condiciones sociales, económicas, geográficas, y culturales, así como con sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. Para tales efectos, y en desarrollo del cumplimiento de lo señalado en el presente artículo, se garantizará la consulta y concertación con la población indígena, negra, afrocolombiana, raizal y palenquera</u></p> <p><u>Parágrafo 3. La atención individual primaria y complementaria, deberá prever un modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas garantizando la prestación del servicio a través de diferentes estrategias y con talento humano con las competencias requeridas (según el componente primario o complementario)</u></p> <p><u>Parágrafo 5. El Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la atención individual primaria y complementaria en aspectos tales como rehabilitación psicosocial para la</u></p>	HR JAIRO CRISTO Y OTROS	AVALADA

		<u>convivencia y la no repetición, atención a enfermedades de alto costo y rehabilitación de lesiones derivadas del conflicto, atención al consumidor de drogas ilícitas y la prevención al consumo, todo lo anterior con enfoque de género, étnico y territorial.</u>		
7	Modificativa del artículo 7	“Artículo 7. Modelo de atención diferencial. El aseguramiento y la prestación de servicios de salud en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, presencia significativa de poblaciones étnicas, limitada mercado oferta de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se podrán desarrollar a través de modelos de atención diferenciados que se ajusten a las características territoriales (rural y rural dispersos) y poblacionales”.	H.R. FABIÁN DÍAZ PLATA	
7	Modificativa al artículo 7	Artículo 7. Modelo de atención diferencial. El aseguramiento y la prestación de servicios de salud en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, presencia significativa de poblaciones étnicas, limitado mercado de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se podrán desarrollar a través de modelos de atención diferenciados que se ajusten a las características territoriales (rural y rural dispersos) y poblacionales. <u>Parágrafo: En la construcción de los modelos de atención diferencial se deberá tener en cuenta los usos, costumbres y prácticas tradicionales de las comunidades étnicas.</u>	H.R. HENRY CORREAL	AVALADA
7	Modificativa	ARTÍCULO 7. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DIFERENCIAL. El aseguramiento y la prestación de servicios de salud en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, presencia significativa de poblaciones étnicas, limitado mercado de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se podrán desarrollar a través de modelos de atención diferenciados que se ajusten a las características territoriales (rural y rural dispersos) y poblacionales. <u>Parágrafo: En relación a los pueblos indígenas se dará continuidad a la implementación y desarrollo total del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI-, manteniendo la indemnidad de las garantías y derechos consagrados en las normas y acuerdos existentes a la sanción de la presente ley.</u>	H.S. MANUEL BITERVO	AVALADA
7	Modificativa	Artículo 7. Modelo de atención diferencial. El aseguramiento y la prestación de servicios de salud en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, presencia significativa de poblaciones étnicas, limitado mercado de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se podrán desarrollar a través de modelos de atención diferenciados que se ajusten a las características territoriales (rural y rural dispersos) y poblacionales <u>y que garantice su sostenibilidad desde el punto de vista financiero.</u>	H.S. CARLOS FERNANDO MOTOA	AVALADA

7	Modificativa	<p>Artículo 7°. Modelo de atención diferencial. El aseguramiento y la prestación de servicios de salud en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, presencia significativa de poblaciones étnicas, limitado mercado de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o capacidad instalada, se podrán desarrollar a través de modelos de atención diferenciados que se ajusten a las características territoriales, bien sea rural y rural dispersos, y poblaciones.</p> <p><u>Parágrafo. El modelo de atención diferencial deberá tener en cuenta la participación intersectorial de entidades del orden nacional y territorial para satisfacer las necesidades de desarrollo social, ambiental, económico y de hábitat, de forma que se aborde la atención y garantice el adecuado funcionamiento de los determinantes sociales de la salud.</u></p>	H.R. HURTADO	NORMA	AVALADA
7	Modificativa	<p>Artículo 7. Modelo de atención diferencial. El aseguramiento y la prestación de servicios de salud en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, presencia significativa de poblaciones étnicas, limitado mercado de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se podrán desarrollar a través de modelos de atención diferenciados que se ajusten a las características territoriales (rural y rural dispersos) y poblacionales. <u>Los cuales se ejecutarán a través de las redes integradas y integrales de la región.</u></p>	H.R. JENNIFER ARIAS		AVALADA
7	Aditiva de un parágrafo	<p>Artículo 7. Modelo de atención diferencial. El aseguramiento y la prestación de servicios de salud en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, presencia significativa de poblaciones étnicas, limitado mercado de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se podrán desarrollar a través de modelos de atención diferenciados que se ajusten a las características territoriales (rural y rural dispersos) y poblacionales.</p> <p><u>Parágrafo: Tratándose de población étnica el modelo en salud y atención señalado en este artículo, necesariamente deberá desarrollarse de forma diferencial, su reglamentación y operación se realizará en el marco de la concertación y consulta.</u></p>	H.S. BITERVO	MANUEL	AVALADA

7	Aditiva de un párrafo al artículo 7	<p><u>Parágrafo nuevo. El gobierno nacional, dentro de un plazo máximo de un (1) año, deberá reglamentar y garantizar el derecho de acceso y la participación de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombia, con observancia de la protección a la diversidad e integridad cultural y autonomía de dicha población. En razón de ello, deberá reglamentar la forma de operación, financiamiento y control de un Sistema de Seguridad Social en Salud especial aplicable a la población negra, afro, raizal y palenquera del país, organizados y prestados a nivel comunitario bajo su propia responsabilidad y control, teniendo en cuenta sus condiciones sociales, económicas, geográficas, y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.</u></p> <p><u>Dentro de este Sistema Especial de Seguridad Social en Salud las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras podrán asociarse con privados a fin de garantizar el cumplimiento de los requisitos de habilitación que defina la normatividad.</u></p>	H.R. JHON ARLEY MURILLO	AVALADA
7	Aditiva de un párrafo al artículo 7	<p>“Artículo 7. Modelo de atención diferencial. El aseguramiento y la prestación de servicios de salud en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, presencia significativa de poblaciones étnicas, limitado mercado de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se podrán desarrollar a través de modelos de atención diferenciados que se ajusten a las características territoriales (rural y rural dispersos) y poblacionales. <u>Parágrafo. El cumplimiento de lo señalado en el presente artículo para el caso de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, deberá garantizar el derecho de acceso y participación de dicha población en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombia, con observancia de la protección a su diversidad, integridad cultural y autonomía; y en consecuencia, deberá definir un modelo especial aplicable a estas comunidades, que esté acorde con sus condiciones sociales, económicas, geográficas, y culturales, así como con sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales</u>”.</p>	H.R. JHON ARLEY MURILLO	AVALADA
7	Modificativa	<p>Artículo 7. Modelo de atención diferencial. El aseguramiento y la prestación de servicios de salud en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, presencia significativa de comunidades étnicas, limitado mercado de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se podrán desarrollar a través de modelos de atención diferenciados que se ajusten a las características territoriales (rural y rural dispersos) y poblacionales.</p>	H.R. JHON ARLEY MURILLO	AVALADA
8	Modificativa del primer	<p>Artículo 8. Calidad del servicio público esencial de salud. El Gobierno Nacional expedirá dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, las normas relativas a la organización</p>	H.R. ANGELA SÁNCHEZ	NO AVALADA

	inciso del artículo 8	de un sistema de calidad del sistema de salud, que incluye a todos sus agentes y está orientado al fortalecimiento de las capacidades institucionales, operacionales y de infraestructura. El sistema de calidad estará orientado a la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud <u>en todos los niveles de atención por parte de los prestadores del servicio y al logro de la finalidad del sistema de salud.</u> El MSPS definirá una política de protección del usuario.		
8	Modifica	Artículo 8. Calidad del servicio público esencial de salud. El Gobierno Nacional <u>en cabeza del El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, definirá una política de protección del usuario y expedirá, las normas relativas a la organización de un sistema de calidad del sistema de salud,</u> que incluye a todos sus agentes y está orientado al fortalecimiento de las capacidades institucionales, operacionales y de infraestructura. El sistema de calidad estará orientado a la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud y al logro de la finalidad del sistema de salud.	H.R. JUAN CARLOS REINALES	AVALADA
8	Modifica el parágrafo 1 del artículo 8	Parágrafo 1. El Gobierno Nacional <u>en cabeza del El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley,</u> definirá los estándares de habilitación y acreditación para las Direcciones territoriales de salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las redes integradas e integrales de servicios de salud, para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud a las personas.	H.R. JUAN CARLOS REINALES	AVALADA
8	Modificativa	Artículo 8. Calidad del servicio público esencial de salud. El Gobierno Nacional expedirá dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, las normas relativas a la organización de un sistema de calidad del sistema de salud, que incluye a todos sus agentes y está orientado al fortalecimiento de las capacidades institucionales, operacionales y de infraestructura. El sistema de calidad estará orientado a la garantía el garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y al logro de la finalidad del sistema de salud. El MSPS definirá una política de protección del usuario. Parágrafo 1. El Gobierno Nacional definirá los estándares de habilitación y acreditación para las Direcciones territoriales de salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, ARL y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las redes integradas e integrales de servicios de salud, para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud a las personas. Parágrafo 2. La Superintendencia nacional de Salud SNS, en ejercicio de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control deberá velar por el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en la habilitación en la habilitación para todos los agentes del SGSSS. <u>Parágrafo 3. En el caso de las ARLs continuará ejerciendo las funciones de Inspección, Vigilancia y Control la Superintendencia financiera, y deberá</u>	JENNIFER ARIAS	NO AVALADA

		<u>velar por el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en la habilitación para todos los agentes del SGSSS.</u>		
8	Elimina	Artículo 8. Calidad del servicio público esencial de salud. El Gobierno Nacional expedirá dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley, las normas relativas a la organización de un sistema de calidad del sistema de salud, que incluye a todos sus agentes y está orientado al fortalecimiento de las capacidades institucionales, operacionales y de infraestructura. El sistema de calidad estará orientado a la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud y al logro de la finalidad del sistema de salud. El MSPS definirá una política de protección del usuario. Parágrafo 1. El Gobierno Nacional definirá los estándares de habilitación y acreditación para las Direcciones territoriales de salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las redes integradas e integrales de servicios de salud, para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud a las personas.	H.S. JOSÉ RITTER LÓPEZ	NO AVALADA
8	Modificación al parágrafo 2° del artículo 8	Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud SNS, en ejercicio de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control deberá velar por el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en la habilitación en la habilitación <u>y acreditación</u> para todos los agentes del SGSSS.	H.R. JOSE LUÍS CORREA	AVALADA
9	Adiciona dos párrafos al artículo 9	AVALADA	H.R. NORMA HURTADO	NO AVALADA
9	Modifica	“Artículo 9. Sistema Único Interoperable de información en Salud. Todas las EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales y Prestadores de Servicios de Salud que operen en el territorio nacional deberán contar con sistemas de información interoperables, que cumplan con los requisitos, estructuras de información y funcionalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, en los diferentes aspectos del aseguramiento, flujo de recursos, la prestación de los servicios, y la auditoría y evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores de servicios de salud. Sin perjuicio de los demás datos e información necesaria para la interoperabilidad del Sistema, y en cumplimiento de las normas sobre tratamiento de datos personales previstas en el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia y la Ley Estatutaria 1581 de 2012, y el respeto a la reserva de información, se deberá incorporar la historia clínica, la auditoría en línea y la facturación electrónica. <u>Las citadas entidades únicamente podrán solicitar la información indispensable para cumplir la finalidad señalada en este artículo y deberán adoptar medidas de responsabilidad demostrada para garantizar el debido tratamiento de los datos</u> ”	H.S. NADIA BLEL SCAFF	AVALADA

		<u>personales. Dichas medidas deben ser apropiadas, efectivas, útiles, eficientes, oportunas y demostrables. Especial énfasis realizarán en garantizar la seguridad, la confidencialidad, el uso y la circulación restringida de esa información.”</u>		
9	Modifica	Artículo 9. Sistema Único Interoperable de información en Salud. Todas las EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales y Prestadores de Servicios de Salud, las direcciones territoriales de salud, que operen en el territorio nacional deberán contar <u>dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley</u> , con sistemas de información interoperables, que cumplan con los requisitos, estructuras de información y funcionalidades que establezca el MSPS, en los diferentes aspectos del aseguramiento, flujo de recursos, la prestación de los servicios, y la auditoría y evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores de servicios de salud. Sin perjuicio de los demás datos e información necesaria para la interoperabilidad del Sistema, y respetando el Hábeas Data y la reserva de información, se deberá incorporar la historia clínica electrónica, la auditoría en línea y la facturación electrónica.	H.R. JUAN CARLOS REINALES	NO AVALADA
9	Modificativa	Artículo 9. Sistema Único Interoperable de información en Salud. Todas las EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales y Prestadores de Servicios de Salud, las direcciones territoriales de salud, que operen en el territorio nacional deberán contar con sistemas de información interoperables, que cumplan con los requisitos, estructuras de información y funcionalidades que establezca el MSPS, en los diferentes aspectos del aseguramiento, flujo de recursos, la prestación de los servicios, y la auditoría y evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores de servicios de salud. Sin perjuicio de los demás datos e información necesaria para la interoperabilidad del Sistema, y respetando el Hábeas Data y la reserva de información <u>y en cumplimiento de las normas sobre tratamiento de datos personales previstas en el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el respeto a la reserva de información</u> , se deberá incorporar la historia clínica electrónica, la auditoría en línea y la facturación electrónica.	H.R. HENRY CORREAL	AVALADA
9	Modificativa	Artículo 9. Sistema Único Interoperable de información en Salud. Todas las EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales y Prestadores de Servicios de Salud, las direcciones territoriales de salud, que operen en el territorio nacional deberán contar con sistemas de información interoperables, que cumplan con los requisitos, estructuras de información y funcionalidades que establezca el MSPS, en los diferentes aspectos del aseguramiento, flujo de recursos, la prestación de los servicios, y la auditoría y evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores de servicios de salud. Sin perjuicio de los demás datos e información necesaria para la interoperabilidad del Sistema, y respetando el Hábeas Data y la reserva de información, se deberá incorporar la historia clínica electrónica, la auditoría en línea y la facturación electrónica. <u>El MSPS coordinará todas las</u>	H.R. ÁNGELA SÁNCHEZ	AVALADA

		<u>acciones necesarias para la puesta en marcha del sistema único interoperable de información en salud con el fin de unificar criterios y definir parámetros que deberán cumplir los actores aquí señalados.</u>		
9	Modificación	<p>Artículo 9. Sistema Único Interoperable de información en Salud. Todas las EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales y Prestadores de Servicios de Salud, las direcciones territoriales de salud, que operen en el territorio nacional deberán contar con sistemas de información interoperables, que cumplan con los requisitos, estructuras de información y funcionalidades que establezca el MSPS, en los diferentes aspectos del aseguramiento, flujo de recursos, la prestación de los servicios, y la auditoría y evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores de servicios de salud. Sin perjuicio de los demás datos e información necesaria para la interoperabilidad del Sistema, y respetando el Hábeas Data y la reserva de información, se deberá incorporar la historia clínica electrónica, la auditoría en línea y la facturación electrónica. <u>En todo caso, los recursos del sistema son considerados públicos y el acceso a esta información no está sujeto a reserva, salvo aquello que constituya recursos propios, inversiones o legítimas ganancias de las administradoras.</u></p>	H.R JOSE LUÍS CORREA	NO AVALADA
9	Modificativa	<p>Artículo 9. Sistema Único Interoperable de información en Salud. Todas las EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales y Prestadores de Servicios de Salud, las direcciones territoriales de salud, que operen en el territorio nacional deberán contar con sistemas de información interoperables, que cumplan con los requisitos, estructuras de información y funcionalidades que establezca el MSPS, en los diferentes aspectos del aseguramiento, flujo de recursos, la prestación de los servicios, y la auditoría y evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores de servicios de salud. Sin perjuicio de los demás datos e información necesaria para la interoperabilidad del Sistema, y respetando el Hábeas Data y la reserva de información, se deberá incorporar la historia clínica electrónica, la auditoría en línea y la facturación electrónica. parágrafo Dentro de los dos años a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el MSPS definirá un sistema único para la prescripción de los servicios y tecnologías de salud que se encuentran financiados con cargo a al UPC y que será de obligatorio uso para todos los integrantes.</p>	JAIRO CRISTO ECHAVARRIA SENADORES MOTOA Y FABIAN VBO	AVALADA
9	Supresiva	<p>Artículo 9. Sistema Único Interoperable de información en Salud. Todas las EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales y Prestadores de Servicios de Salud, las direcciones territoriales de salud, que operen en el territorio nacional deberán contar con sistemas de información interoperables, que cumplan con los requisitos, estructuras de información y funcionalidades que establezca el MSPS, en los diferentes aspectos del aseguramiento, flujo de recursos, la prestación de los servicios, y la auditoría y evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores de servicios de salud.</p>	JORGE GÓMEZ	EXCLUIDA POR SOLICITUD DEL AUTOR

		Sin perjuicio de los demás datos e información necesaria para la interoperabilidad del Sistema, y respetando el Hábeas Data y la reserva de información, se deberá incorporar la historia clínica electrónica, la auditoría en línea y la facturación electrónica.		
10,11,12,13,14,15,16,17,18,19, 20 y 21	Supresiva del capítulo II	Elimina los artículos 10 al 21 del proyecto de ley.	H.R. FABIÁN DÍAZ PLATA	NO AVALADA
10, 11 y 12	Supresiva	Eliminar los artículos 10, 11 y 12.	H.S. CARLOS FERNANDO MOTOA	NO AVALADA
10	Modifica	Artículo 10. De la Seguridad Sanitaria. Es el deber del Estado, en cabeza del MSPS, de garantizar, la disponibilidad, accesibilidad y calidad de servicios de salud, las tecnologías de salud, el recurso humano y los recursos financieros para la atención de la población residente en el territorio nacional en los términos de los artículos 6°, 9° y 20° de la Ley 1751 de 2015 tanto en tiempos de calma, para la preparación para los momentos de crisis, como cuando se presenten situaciones de emergencia sanitaria, local o global, y eventos que afecten en forma masiva e indiscriminada la salud colectiva. La Seguridad Sanitaria se desarrolla a partir de la planeación por parte del MSPS, como ente rector del sector salud, y constituye un conjunto de acciones para prevenir, mitigar, controlar o eliminar eventos o situaciones de riesgo que afecten la atención en salud de la población.	HR JENNIFER ARIAS	AVALADA
11	Modificativa	Artículo 11. Política de Estado de Seguridad Sanitaria. El Ministerio de Salud y Protección Social, previo concepto favorable del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), formulará, implementará y evaluará, en un lapso no mayor a un (1) año, una Política pública de seguridad sanitaria intersectorial que tenga como objetivos garantizar la disponibilidad, accesibilidad y calidad de servicios y tecnologías, del recurso humano y de los recursos financieros que se requieren para la atención integral en salud de los habitantes del territorio nacional así como incidir sobre los determinantes sociales de la salud en los términos de la Ley 1751 de 2015, tanto en tiempos de normalidad, como en tiempos de emergencia sanitaria nacional o global o ante la presencia o amenaza de eventos que afecten en forma masiva e indiscriminada la salud colectiva. En la formulación y ejecución de la política deberán participar todos los actores públicos y privados que intervienen directa o indirectamente en la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios y tecnologías de salud. <u>Así mismo, en el proceso de formulación de la política</u>	JHON ARLEY MURILLO	AVALADA

		<u>deberá adelantarse el respectivo proceso de concertación y retroalimentación con las comunidades étnicas del país, a través de las distintas instancias de representación competentes para cada caso.”</u>		
11	Modificativa	<p>Artículo 11. Política de Estado de Seguridad Sanitaria. El Ministerio de Salud y Protección Social, previo concepto favorable del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), formulará e implementará y evaluará, en un lapso no mayor a un (1) año, una Política pública de seguridad sanitaria intersectorial que se evaluará en el tiempo, y tenga como objetivos garantizar la disponibilidad, accesibilidad y calidad de servicios y tecnologías, del recurso humano y de los recursos financieros que se requieren para la atención integral en salud de los habitantes del territorio nacional así como incidir sobre los determinantes sociales de la salud en los términos de la Ley 1751 de 2015, tanto en tiempos de normalidad, como en tiempos de emergencia sanitaria nacional o global o ante la presencia o amenaza de eventos que afecten en forma masiva e indiscriminada la salud colectiva.</p> <p>En la formulación y ejecución de la política deberán participar todos los actores públicos y privados que intervienen directa o indirectamente en la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios y tecnologías de salud.</p>	HS LAURA FORTICH	AVALADA
12	Modificativa	<p>Artículo 12. Comisión intersectorial para la orientación, seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria. El Gobierno nacional conformará una comisión intersectorial como instancia para la articulación y coordinación de las instituciones, sectores y actores que intervienen directa o indirectamente en los determinantes sociales de la salud y en la disponibilidad, accesibilidad y calidad de servicios y tecnologías, del recurso humano y de los recursos financieros que se requieren para la atención integral en salud de los habitantes del territorio nacional, en los términos de la Ley 1751 de 2015, con el propósito de orientar, y hacer seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria. La comisión intersectorial para la orientación, seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria estará integrada por los siguientes miembros con voz y voto: 1. El presidente de la República o su delegado, quien la presidirá; 2. El ministro de salud o su delegado, quien ejercerá la secretaría técnica; 3. El ministro de hacienda y crédito público o su delegado; 4. El ministro de trabajo o su delegado; 5. El ministro de minas y energía o su delegado; 6. El ministro de educación nacional o su delegado; 7. El ministro de ambiente y desarrollo sostenible o su delegado; 8. El ministro de vivienda, ciudad y territorio o su delegado; 9. El Ministro de Transporte o su delegado;</p>	JAIRO CRISTANCHO	AVALADA

		<p>10. El ministro de comercio, industria y turismo</p> <p>11. Ministro de tecnologías de la información y las comunicaciones</p> <p>12. El director del Instituto Nacional de Salud o su delegado</p> <p>13. El director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado</p> <p>14. El director del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social o su delegado;</p> <p>A su vez tendrán asiento en la Comisión, con voz, pero sin voto:</p> <p>1. El Director Ejecutivo de la Federación Nacional de Departamentos.</p> <p>2. El Director Ejecutivo de la Federación Colombiana de Municipios.</p> <p>3. El Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales.</p> <p>4. Un representante de los aseguradores; uno los prestadores, y otro del Talento Humano en Salud, <u>un vocero de la Industria Farmacéutica que represente la industria de producción local de medicamentos y a la industria multinacional importadora del país</u></p> <p>Cuando la Comisión considere necesario incluir uno o más miembros con voz y voto, podrá hacerlo siempre que la mayoría simple de los miembros esté de acuerdo. Así mismo podrá invitar a los actores o expertos que considere pertinentes para la orientación o evaluación de un tema determinado.””””””</p>		
12	Modifica	<p>””””””Artículo 12. Comisión intersectorial para la orientación, seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria. El Gobierno nacional conformará una comisión intersectorial como instancia para la articulación y coordinación de las instituciones, sectores y actores que intervienen directa o indirectamente en los determinantes sociales de la salud y en la disponibilidad, accesibilidad y calidad de servicios y tecnologías, del recurso humano y de los recursos financieros que se requieren para la atención integral en salud de los habitantes del territorio nacional, en los términos de la Ley 1751 de 2015, con el propósito de orientar, y hacer seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria. La comisión intersectorial para la orientación, seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria estará integrada por los siguientes miembros con voz y voto: 1. El presidente de la República o su delegado, quien la presidirá;</p> <p>2. El ministro de salud o su delegado, quien ejercerá la secretaría técnica;</p> <p>3. El ministro de hacienda y crédito público o su delegado</p> <p>4. El ministro de trabajo o su delegado;</p> <p>5. El ministro de minas y energía o su delegado;</p> <p>6. El ministro de educación nacional o su delegado;</p> <p>7. El ministro de ambiente y desarrollo sostenible o su delegado;</p> <p>8. El ministro de vivienda, ciudad y territorio o su delegado; 9. El Ministro de Transporte o su delegado;</p> <p>10. El ministro de comercio, industria y turismo</p>	H.S. GABRIEL JAIME VELASCO	AVALADA

		<p>11. Ministro de tecnologías de la información y las comunicaciones 12. El director del Instituto Nacional de Salud o su delegado 13. El director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado 14. El director del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social o su delegado; A su vez tendrán asiento en la Comisión, con voz, pero sin voto: 1. El Director Ejecutivo de la Federación Nacional de Departamentos. 2. El Director Ejecutivo de la Federación Colombiana de Municipios. 3. El Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales. 4. Un representante de los aseguradores; uno los prestadores, y otro del Talento Humano en Salud. 5. Un representante de los Aseguradores; uno de los prestadores, uno de la industria farmacéutica nacional, uno de la industria farmacéutica de investigación y desarrollo, y otro del talento humano en salud Cuando la Comisión considere necesario incluir uno o más miembros con voz y voto, podrá hacerlo siempre que la mayoría simple de los miembros esté de acuerdo. Así mismo podrá invitar a los actores o expertos que considere pertinentes para la orientación o evaluación de un tema determinado.””</p>		
12	Modificativa	<p>Artículo 12. Comisión intersectorial para la orientación, seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria. El Gobierno nacional conformará una comisión intersectorial como instancia para la articulación y coordinación de las instituciones, sectores y actores que intervienen directa o indirectamente en los determinantes sociales de la salud y en la disponibilidad, accesibilidad y calidad de servicios y tecnologías, del recurso humano y de los recursos financieros que se requieren para la atención integral en salud de los habitantes del territorio nacional, en los términos de la Ley 1751 de 2015, con el propósito de orientar, y hacer seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria. La comisión intersectorial para la orientación, seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria estará integrada por los siguientes miembros con voz y voto: 1. El presidente de la República o su delegado, quien la presidirá; 2. El ministro de salud o su delegado, quien ejercerá la secretaría técnica; 3. El ministro de hacienda y crédito público o su delegado 4. El ministro de trabajo o su delegado; 5. El ministro de minas y energía o su delegado; 6. El ministro de educación nacional o su delegado; 7. El ministro de ambiente y desarrollo sostenible o su delegado; 8. El ministro de vivienda, ciudad y territorio o su delegado; 9. El Ministro de Transporte o su delegado;</p>	H.S. GABRIEL JAIME VELASCO	AVALADA

		<p>10. El ministro de comercio, industria y turismo 11. Ministro de tecnologías de la información y las comunicaciones 12. El director del Instituto Nacional de Salud o su delegado 13. El director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado 14. El director del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social o su delegado; A su vez tendrán asiento en la Comisión, con voz, pero sin voto: 1. El Director Ejecutivo de la Federación Nacional de Departamentos. 2. El Director Ejecutivo de la Federación Colombiana de Municipios. 3. El Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales. 4. Un representante de los aseguradores; uno los prestadores, Un representante de los Aseguradores; uno de los prestadores, uno de la industria farmacéutica nacional, <u>uno de la industria farmacéutica de investigación y desarrollo, y otro del talento humano en salud.</u> Cuando la Comisión considere necesario incluir uno o más miembros con voz y voto, podrá hacerlo siempre que la mayoría simple de los miembros esté de acuerdo. Así mismo podrá invitar a los actores o expertos que considere pertinentes para la orientación o evaluación de un tema determinado.”</p>		
12	Modificativa	<p>Artículo 12. Comisión intersectorial para la orientación, seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria. (...) La comisión intersectorial para la orientación, seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria estará integrada por los siguientes miembros con voz y voto: 1. El presidente de la República o su delegado, quien la presidirá; 2. El ministro de salud o su delegado, quien ejercerá la secretaría técnica; 3. El ministro de hacienda y crédito público o su delegado 4. El ministro de trabajo o su delegado; 5. El ministro de minas y energía o su delegado; 6. El ministro de educación nacional o su delegado; 7. El ministro de ambiente y desarrollo sostenible o su delegado; 8. El ministro de vivienda, ciudad y territorio o su delegado; 9. El Ministro de Transporte o su delegado; 10. El ministro de comercio, industria y turismo 11. Ministro de tecnologías de la información y las comunicaciones 12. El director del Instituto Nacional de Salud o su delegado 13. El director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado 14. El director del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social o su delegado; A su vez tendrán asiento en la Comisión, con voz, pero sin voto: 1. El Director Ejecutivo de la Federación Nacional de Departamentos.</p>	H.S. MANUEL BITERVO	AVALADA

		<p>2. El Director Ejecutivo de la Federación Colombiana de Municipios.</p> <p>3. El Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales. 4. Un representante de los aseguradores; uno los prestadores, y otro del Talento Humano en Salud</p> <p><u>5. Un representante de las comunidades Indígenas de la Comisión Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas.</u></p> <p><u>6. Un representante de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.</u></p>		
12	Eliminación total del artículo	Eliminación total del artículo	H.R. JOSE LUIS CORREA	NO AVALADA
12	Modificación	<p>Artículo 12. Comisión intersectorial para la orientación, seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria. El Gobierno nacional conformará una comisión intersectorial como instancia para la articulación y coordinación de las instituciones, sectores y actores que intervienen directa o indirectamente en los determinantes sociales de la salud y en la disponibilidad, accesibilidad y calidad de servicios y tecnologías, del recurso humano y de los recursos financieros que se requieren para la atención integral en salud de los habitantes del territorio nacional, en los términos de la Ley 1751 de 2015, con el propósito de orientar, y hacer seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria. La comisión intersectorial para la orientación, seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria estará integrada por los siguientes miembros con voz y voto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El presidente de la República o su delegado, quien la presidirá; 2. El ministro de salud o su delegado, quien ejercerá la secretaría técnica; 3. El ministro de hacienda y crédito público o su delegado; 4. El ministro de trabajo o su delegado; 5. El ministro de minas y energía o su delegado; 6. El ministro de educación nacional o su delegado; 7. El ministro de ambiente y desarrollo sostenible o su delegado; 8. El ministro de vivienda, ciudad y territorio o su delegado; 9. El Ministro de Transporte o su delegado; 10. El ministro de comercio, industria y turismo 11. Ministro de tecnologías de la información y las comunicaciones 12. El director del Instituto Nacional de Salud o su delegado 13. El director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado 14. El director del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social o su delegado; <u>15. El director del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA</u> 	H.R. JOSE LUÍS CORREA	AVALADA

		<p>A su vez tendrán asiento en la Comisión, con voz, pero sin voto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Director Ejecutivo de la Federación Nacional de Departamentos. 2. El Director Ejecutivo de la Federación Colombiana de Municipios. 3. El Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales. 4. Un representante de los aseguradores; uno los prestadores, y otro del Talento Humano en Salud <p>Cuando la Comisión considere necesario incluir uno o más miembros con voz y voto, podrá hacerlo siempre que la mayoría simple de los miembros esté de acuerdo. Así mismo podrá invitar a los actores o expertos que considere pertinentes para la orientación o evaluación de un tema determinado.</p> <p><u>Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social, definirá el procedimiento y mecanismos para la elección de los miembros con voz pero sin voto contemplados en el numeral 4 del presente artículo.</u></p>		
12	Aditiva	<p>“Artículo 12. Comisión intersectorial para la orientación, seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria. El Gobierno nacional conformará una comisión intersectorial como instancia para la articulación y coordinación de las instituciones, sectores y actores que intervienen directa o indirectamente en los determinantes sociales de la salud y en la disponibilidad, accesibilidad y calidad de servicios y tecnologías, del recurso humano y de los recursos financieros que se requieren para la atención integral en salud de los habitantes del territorio nacional, en los términos de la Ley 1751 de 2015, con el propósito de orientar, y hacer seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria. La comisión intersectorial para la orientación, seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria estará integrada por los siguientes miembros con voz y voto: 1. El presidente de la República o su delegado, quien la presidirá;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. El ministro de salud o su delegado, quien ejercerá la secretaría técnica; 3. El ministro de hacienda y crédito público o su delegado 4. El ministro de trabajo o su delegado; 5. El ministro de minas y energía o su delegado; 6. El ministro de educación nacional o su delegado; 7. El ministro de ambiente y desarrollo sostenible o su delegado; 8. El ministro de vivienda, ciudad y territorio o su delegado; 9. El Ministro de Transporte o su delegado; 10. El ministro de comercio, industria y turismo 11. Ministro de tecnologías de la información y las comunicaciones 12. El director del Instituto Nacional de Salud o su delegado 13. El director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado 	<p>JHON ARLEY MURILLO</p>	<p>AVALADA</p>

		<p>14. El director del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social o su delegado; A su vez tendrán asiento en la Comisión, con voz, pero sin voto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Director Ejecutivo de la Federación Nacional de Departamentos. 2. El Director Ejecutivo de la Federación Colombiana de Municipios. 3. El Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales. 4. Un representante de los aseguradores; uno los prestadores, y otro del Talento Humano en Salud. <p><u>5. Un representante de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.</u></p> <p><u>6. Un representante las Comunidades Indígenas.</u> Cuando la Comisión considere necesario incluir uno o más miembros con voz y voto, podrá hacerlo siempre que la mayoría simple de los miembros esté de acuerdo. Así mismo podrá invitar a los actores o expertos que considere pertinentes para la orientación o evaluación de un tema determinado.”</p>		
12	Modificativa	<p>Artículo 12. Comisión intersectorial para la orientación, seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria. El Gobierno nacional conformará una comisión intersectorial como instancia para la articulación y coordinación de las instituciones, sectores y actores que intervienen directa o indirectamente en los determinantes sociales de la salud y en la disponibilidad, accesibilidad y calidad de servicios y tecnologías, del recurso humano y de los recursos financieros que se requieren para la atención integral en salud de los habitantes del territorio nacional, en los términos de la Ley 1751 de 2015, con el propósito de orientar, y hacer seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria.</p> <p>La comisión intersectorial para la orientación, seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria estará integrada por los siguientes miembros con voz y voto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El presidente de la República o su delegado, quien la presidirá; 2. El ministro de salud y su delegado o su delegado, quien ejercerá la secretaría técnica; 3. <u>El ministro del interior o su delegado;</u> 4. El ministro de hacienda y crédito público o su delegado; 5. <u>El ministro de relaciones exteriores o su delegado;</u> 6. El ministro de trabajo o su delegado; 7. El ministro de minas y energía <u>de justicia y el derecho</u> o su delegado; 8. El ministro de educación nacional o su delegado; 9. El ministro de ambiente y desarrollo sostenible o su delegado; 10. El ministro de vivienda, ciudad y territorio o su delegado; 	HS LAURA FORTICH	AVALADA

		<p>11. El Mministro de Ttransporte o su delegado; 12. <u>El ministro de ciencia, tecnología e innovación o su delegado;</u> 13. El ministro de comercio, industria y turismo 14. El Mministro de las tecnologías de la información y las comunicaciones o su delegado; 15. El director del Instituto Nacional de Salud o su delegado 16. El director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado 17. El director del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social o su delegado; <u>18. El Director Ejecutivo de la Federación de Departamentos o su delagado;</u> <u>19. El Director Ejecutivo de la Federación Colombiana de Municiiios o su delegad;</u> <u>20. El Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales o su delegado</u></p> <p>A su vez tendrán asiento en la Comisión, con voz, pero sin voto:</p> <p>1. El Director Ejecutivo de la Federación Nacional de Departamentos. 2. El Director Ejecutivo de la Federación Colombiana de Municipios. 3. El Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales. 4. <u>1.</u> Un representante de los aseguradores; <u>2. Un representante de los prestadores</u> <u>3. Un representante de los usuarios del sistema de salud;</u> <u>4. y otro Un representante del Talento Humano en Salud</u></p> <p>Cuando la Comisión considere necesario incluir uno o más miembros con voz y voto, podrá hacerlo siempre que la mayoría simple de los miembros esté de acuerdo. Así mismo podrá invitar a los actores o expertos que considere pertinentes para la orientación o evaluación de un tema</p>		
13	Modificativa	<p>Artículo 13. Capacidad nacional para la producción y acceso a principios activos, medicamentos y tecnologías en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social con la concurrencia del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, o quien haga sus veces, el Invima y demás actores sectoriales y académicos pertinentes, definirá los instrumentos para generar y consolidar las capacidades humanas, científicas, de infraestructura, financieras y económicas, necesarias para la producción de principios activos, tanto de síntesis química como biológicos, vacunas, medicamentos y otras tecnologías en salud.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá destinar directamente recursos financieros y firmar convenios con asociaciones científicas, laboratorios especializados</p>	H.S. GABRIEL JAIME VELASCO	AVALADA

		públicos y privados, ubicados dentro o fuera del territorio nacional, centros o institutos de investigación y universidades, con el fin de asegurar el acceso referente a tratamientos preventivos y curativos con el propósito de contrarrestar contingencias de epidemia o pandemia. Parágrafo 2. El Gobierno Nacional en aras de consolidar la seguridad sanitaria, adelantará las acciones necesarias para fortalecer las capacidades del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), con el propósito de hacer más eficiente y eficaz sus procesos y trámites como autoridad sanitaria.”” <u>Parágrafo 3. En este proceso de consolidación de capacidades se deberá cumplir con los estándares y normas internacionales para garantizar la calidad, seguridad y eficacia. Así como promover el respeto por los derechos y normas relacionados con propiedad intelectual.</u>		
13	Modifica	Artículo 13. Capacidad nacional para la producción y acceso a principios activos, medicamentos y tecnologías en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social con la concurrencia del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, el Invima y demás actores sectoriales y académicos pertinentes, definirá los instrumentos para generar y consolidar las capacidades humanas, científicas, de infraestructura, financieras y económicas, necesarias para la producción de principios activos, tanto de síntesis química como biológicos, vacunas, medicamentos y otras tecnologías en salud. Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá destinar destinará directamente recursos financieros y podrá firmar convenios con asociaciones científicas, laboratorios especializados públicos y privados, ubicados dentro o fuera del territorio nacional pero privilegiando los nacionales , centros o institutos de investigación y universidades, con el fin de asegurar el acceso referente a tratamientos preventivos y curativos con el propósito de contrarrestar contingencias de epidemia o pandemia.	H.R. JORGE GÓMEZ	EXCLUIDA POR SOLICITUD DEL AUTOR
13	Modificativa	Artículo 13. Capacidad nacional para la producción y acceso a principios activos, medicamentos y tecnologías en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social con la concurrencia del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación , el Invima y demás actores sectoriales y académicos pertinentes, definirá los instrumentos para generar y consolidar las capacidades humanas, científicas, de infraestructura, financieras y económicas, necesarias para la producción de principios activos, tanto de síntesis química como biológicos, vacunas, medicamentos y otras tecnologías en salud. Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá destinar directamente recursos financieros y firmar convenios con asociaciones científicas, laboratorios especializados públicos y privados, ubicados dentro o fuera del territorio nacional, centros o institutos de investigación y universidades, con el fin de asegurar el acceso referente a tratamientos preventivos y curativos con el propósito de contrarrestar contingencias de epidemia o pandemia. Parágrafo 2. El Gobierno Nacional en aras de consolidar la seguridad sanitaria, adelantará las acciones necesarias para fortalecer las capacidades del Instituto Nacional de Vigilancia de	H.S. HONORIO HENRIQUEZ	AVALADA

		Medicamentos y Alimentos (INVIMA), con el propósito de hacer más eficiente y eficaz sus procesos y trámites como autoridad sanitaria.		
13	Modifica	Artículo 13. Capacidad nacional para la producción y acceso a principios activos, medicamentos y tecnologías en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social con la concurrencia del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, el Invima y demás actores sectoriales y académicos pertinentes, <u>dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley,</u> definirá los instrumentos para generar y consolidar las capacidades humanas, científicas, de infraestructura, financieras y económicas, necesarias para la producción de principios activos, tanto de síntesis química como biológicos, vacunas, medicamentos y otras tecnologías en salud.	H.R. JUAN CARLOS REINALES	NO AVALADA
13	Modificativa	Artículo 13. Capacidad nacional para la producción y acceso a principios activos, medicamentos y tecnologías en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social con la concurrencia del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, <u>el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación</u> o quien haga sus veces, el Invima y demás actores sectoriales y académicos pertinentes, definirá los instrumentos para generar y consolidar las capacidades humanas, científicas, de infraestructura, financieras y económicas, necesarias para la producción de principios activos, tanto de síntesis química como biológicos, vacunas, medicamentos y otras tecnologías en salud. Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá destinar directamente recursos financieros y firmar convenios con asociaciones científicas, laboratorios especializados públicos y privados, ubicados dentro o fuera del territorio nacional, centros o institutos de investigación y universidades, con el fin de asegurar el acceso referente a tratamientos preventivos y curativos con el propósito de contrarrestar contingencias de epidemia o pandemia. Parágrafo 2. El Gobierno Nacional en aras de consolidar la seguridad sanitaria, adelantará las acciones necesarias para fortalecer las capacidades del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), con el propósito de hacer más eficiente y eficaz sus procesos y trámites como autoridad sanitaria.”	JHON MURILLO ARLEY	AVALADA
13	Modificativa	Artículo 13. Capacidad nacional para la producción y acceso a principios activos, medicamentos y tecnologías en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social con la concurrencia del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, <u>el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación o quien haga sus veces,</u> el Invima y demás actores sectoriales y académicos pertinentes, definirá los instrumentos para generar y consolidar las capacidades humanas, científicas, de infraestructura, financieras y económicas, necesarias para la producción de principios activos, tanto de síntesis química como biológicos, vacunas, medicamentos y otras tecnologías en salud.	HS FABIAN CASTILLO	AVALADA

		<p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá destinar directamente recursos financieros y firmar convenios con asociaciones científicas, laboratorios especializados públicos y privados, ubicados dentro o fuera del territorio nacional, <u>pero privilegiando los nacionales</u>, centros o institutos de investigación y universidades, con el fin de asegurar el acceso referente a tratamientos preventivos y curativos con el propósito de contrarrestar contingencias de epidemia o pandemia.</p> <p>Parágrafo 2. El Gobierno Nacional en aras de consolidar la seguridad sanitaria, adelantará las acciones necesarias para fortalecer las capacidades del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), con el propósito de hacer más eficiente y eficaz sus procesos y trámites como autoridad sanitaria.</p> <p><u>Parágrafo 3. En este proceso de consolidación de capacidades se deberá cumplir con los estándares y normas internacionales para garantizar la calidad, seguridad y eficacia. Así como promover el respeto por los derechos y normas relacionados con propiedad intelectual.</u></p>		
	Modificativa	<p>Artículo 14. De la fabricación nacional de tecnologías de salud. El MSPS podrá impulsar el desarrollo y producción nacional de principios activos, tanto de síntesis química como biológicos, así, como la producción de vacunas y demás tecnologías en salud, para lo cual dispondrá hasta del cinco por ciento (5%) de los recursos de Fondo de Investigación en Salud FIS y <u>podrá acceder</u> a otras fuentes de recursos provenientes de acciones o gestiones realizadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, <u>incluyendo el Presupuesto General de la Nación, lo cual estará sujeto a las disponibilidades presupuestales en la ejecución de la política pública, conforme lo dispuesto en el artículo 39 del Estatuto Orgánico de Presupuesto.</u> Así mismo, se podrá promover la realización de alianzas público - privadas</p>	CRISTANCHO ECHAVARRIA MOTOA Y FABIAN CASTILO VOB	AVALADA
14	Modifica	<p>Artículo 14. De la fabricación nacional de tecnologías de salud. El MSPS podrá impulsar el desarrollo y producción nacional de principios activos, tanto de síntesis química como biológicos, así, como la producción de vacunas y demás tecnologías en salud, para lo cual dispondrá hasta del cinco por ciento (5%) de los recursos de Fondo de Investigación en Salud FIS y <u>podrá acceder</u> a de otras fuentes de recursos provenientes de acciones o gestiones realizadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. <u>incluyendo el Presupuesto General de la Nación, lo cual estará sujeto a las disponibilidades presupuestales en la ejecución de la política pública, conforme lo dispuesto en el artículo 39 del Estatuto Orgánico de Presupuesto</u> Así mismo, se podrá promover la realización de alianzas público - privadas.</p>	H.S. CARLOS FERNANDO MOTOA	AVALADA
14	Modifica	<p>Artículo 14. De la fabricación nacional de tecnologías de salud. El MSPS podrá impulsar <u>impulsará</u> el desarrollo y producción nacional de principios activos, tanto de síntesis química como biológicos, así, como la producción de vacunas y demás tecnologías en salud, para lo cual dispondrá hasta del cinco por ciento (5%) de los recursos de Fondo de Investigación en Salud</p>	JENNIFER ARIAS	AVALADA

		FIS y de otras fuentes de recursos provenientes de acciones o gestiones realizadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Así mismo, se podrá promover la realización de alianzas público - privadas.		
14	Modifica	Artículo 14. De la fabricación nacional de tecnologías de salud. El MSPS podrá impulsar impulsará el desarrollo y producción nacional de principios activos, tanto de síntesis química como biológicos, así como la producción de vacunas y demás tecnologías en salud, para lo cual se fortalecerá el Fondo de Investigación en Salud con transferencias 10% adicionales a su presupuesto provenientes del Presupuesto General de la Nación o del Fondo de Mitigación de Emergencias FOME y se dispondrá hasta del cinco por ciento (5%) de del porcentaje aumentado a los recursos de Fondo de Investigación en Salud FIS y de otras fuentes de recursos provenientes de acciones o gestiones realizadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Así mismo, se podrá promover la realización de alianzas público - privada.	H.R. JORGE GÓMEZ	EXCLUIDA POR SOLICITUD DEL AUTOR
14	Modificativa	Artículo 14. De la fabricación nacional de tecnologías de salud. El MSPS podrá impulsar el desarrollo y producción nacional de principios activos, tanto de síntesis química como biológicos, así, como la producción de vacunas y demás tecnologías en salud, para lo cual dispondrá hasta del cinco por ciento (5%) de los recursos de Fondo de Investigación en Salud FIS y de otras fuentes de recursos provenientes de acciones o gestiones realizadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Así mismo, se podrá promover la realización de alianzas público - privadas. <u>Parágrafo 1. Los procesos de desarrollo y producción deben estar alineados con los estándares y normas internacionales para garantizar la calidad, seguridad y eficacia. Además, deben promover el respeto por los derechos y normas relacionados con propiedad intelectual.</u>	H.S. GABRIEL JAIME VELASCO	RETIRADA
14	Modificativa	Artículo 14. De la fabricación nacional de tecnologías de salud. El MSPS podrá impulsar el desarrollo y producción nacional de principios activos, tanto de síntesis química como biológicos, así, como la producción de vacunas y demás tecnologías en salud, para lo cual dispondrá hasta del cinco por ciento (5%) de los recursos de Fondo de Investigación en Salud FIS y de otras fuentes de recursos provenientes de acciones o gestiones realizadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Así mismo, <u>para el cumplimiento de lo señalado en el presente artículo</u> se podrá promover la realización de alianzas público - privadas	H.R. JOSE LUÍS CORREA	AVALADA
14	Modificativa	Artículo 14. De la fabricación nacional de tecnologías de salud. El MSPS podrá impulsará el desarrollo y producción nacional de principios activos, tanto de síntesis química como biológicos, así como la producción de vacunas y demás tecnologías en salud, para lo cual dispondrá hasta del cinco por ciento (5%) de los recursos de Fondo de Investigación en Salud FIS y de otras fuentes de recursos provenientes de acciones o gestiones realizadas por el	BANCADA MIRA	AVALADA

		Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Así mismo, se podrá promover la realización de alianzas público-privadas.		
15	Modificativa	Artículo 15. Declaración de Emergencia Sanitaria. El MSPS declarará la emergencia sanitaria cuando se presenten situaciones por riesgo de pandemia, epidemia, epidemia declarada, insuficiencia o desabastecimiento de bienes o servicios de salud o eventos catastróficos que afecten la salud colectiva. El acto por medio del cual se declara la emergencia sanitaria deberá estar motivado, contener un análisis y evaluación de la situación sanitaria, teniendo en cuenta los criterios de articulación sanitaria, conexidad, coordinación, eficacia, eficiencia, oportunidad, proporcionalidad, responsabilidad, temporalidad y territorialidad y deberá tener en cuenta la protección especial de la población en debilidad manifiesta. El MSPS, como ente rector, determinará las medidas requeridas para mitigar, evitar, controlar y superar las circunstancias que generaron la emergencia sanitaria dentro de un plan de gestión que deberá incorporar la articulación con los sectores del nivel nacional y territorial. Dicho plan se adecuará y actualizará a las condiciones de avance de la situación que dio origen a la declaratoria. <u>En la articulación con el sector territorial, el MSPS podrá implementar monitoreo priorizado para analizar la evolución de la declaratoria en poblaciones específicas.</u>	H.S. NADIA BLEFF SCAFF	AVALADA PARCIALME NTE
15	Modificativa	Artículo 15. Declaración de Emergencia Sanitaria. El MSPS declarará podrá declarar la emergencia sanitaria cuando se presenten situaciones por riesgo de pandemia, epidemia, epidemia declarada, insuficiencia o desabastecimiento de bienes o servicios de salud o eventos catastróficos que afecten la salud colectiva. El acto por medio del cual se declara la emergencia sanitaria deberá estar motivado, contener un análisis y evaluación de la situación sanitaria, teniendo en cuenta los criterios de articulación sanitaria, conexidad, coordinación, eficacia, eficiencia, oportunidad, proporcionalidad, responsabilidad, temporalidad y territorialidad y deberá tener en cuenta la protección especial de la población en debilidad manifiesta. El MSPS, como ente rector, determinará las medidas requeridas para mitigar, evitar, controlar y superar las circunstancias que generaron la emergencia sanitaria dentro de un plan de gestión que deberá incorporar la articulación con los sectores del nivel nacional. Dicho plan se adecuará y actualizará a las condiciones de avance de la situación que dio origen a la declaratoria.	HS. HONORIO ENRIQUEZ	NO AVALADA.
15	Modificativa	Artículo 15. Declaración de Emergencia Sanitaria. El MSPS Presidente de la República declarará la emergencia sanitaria cuando se presenten situaciones por riesgo o declaratoria de pandemia, epidemia, epidemia declarada , insuficiencia o desabastecimiento de bienes o servicios de salud o eventos catastróficos que afecten la salud colectiva. El acto por medio del cual se declara la emergencia sanitaria deberá estar motivado, contener un análisis y evaluación de la situación sanitaria, teniendo en cuenta los criterios de articulación sanitaria, conexidad, coordinación, eficacia, eficiencia, oportunidad, proporcionalidad, responsabilidad,	HS LAURA FORTICH	AVALADA

		temporalidad y territorialidad y deberá tener en cuenta la protección especial de la población en debilidad manifiesta. El MSPS, como ente rector, determinará las medidas requeridas para mitigar, evitar, controlar y superar las circunstancias que generaron la emergencia sanitaria dentro de un plan de gestión que deberá incorporar la articulación con los sectores del nivel nacional. Dicho plan se adecuará y actualizará a las condiciones de avance de la situación que dio origen a la declaratoria.		
16	Modificativa	Artículo 16. Medidas sanitarias. El MSPS, en el marco de sus competencias, podrá, además y complementariamente a las acciones previstas en el artículo 2.8.8.1.4.3 del Decreto 780 de 2016, la normatividad vigente , adoptar las siguientes medidas sanitarias: (....)	H.S. MILLA ROMERO	AVALADA
16	Adicionar un párrafo al artículo 16	PARÁGRAFO. En ningún caso el gobierno nacional en el marco de la declaratoria de emergencia de emergencia sanitaria, expedirá normas o medidas administrativas, financieras o funcionales, en las cuales se disminuyan los ingresos, la capacidad de contratación o que afecten la operación financiera de la red hospitalaria pública.	H.R JUAN CARLOS REINALES	NO AVALADA
16	Modificativa	Artículo 16. Medidas sanitarias en el marco de la emergencia sanitaria . El MSPS, en el marco de sus competencias, podrá además y complementariamente a las acciones previstas en el artículo 2.8.8.1.4.3 del Decreto 780 de 2016, adoptar las siguientes medidas sanitarias: K. Exceptuar de los requisitos de apostille o consularización de los documentos requeridos para los trámites de otorgamiento de registros sanitarios, autorizaciones, permisos de comercialización, notificaciones sanitarias obligatorias, autorización de donaciones o de productos vitales no disponibles, y sus trámites asociados, según corresponda, para los productos competencia del INVIMA que se consideran necesarios para afrontar situaciones de emergencia sanitaria declarada o crisis en competencia del INVIMA. L. Exceptuar para los documentos en idioma extranjero, el aporte de la traducción efectuada por el Ministerio de Relaciones Exteriores, por un intérprete o por traductor designado por el juez, aceptándose para estos efectos la traducción simple en los trámites de competencia del INVIMA bajo el marco de una emergencia sanitaria declarada. M. El MSPS, a través de la ADRES, podrá realizar la compra de tecnologías en salud que ya se encuentran con cargo a la Unidad de Pago por Capitación cuando se presenten situaciones de desabastecimiento en el marco de una emergencia sanitaria declarada. Los procesos de contratación que se realicen para las compras que sean requeridas re registrarán por el derecho privado. (....)	H.S. GABRIEL JAIME VELASCO	AVALADA
16	Modificativa del artículo 16, modifica	M. El MSPS, a través de la ADRES, podrá realizar la compra de tecnologías en salud que ya se encuentran con cargo a la Unidad de Pago por Capitación cuando se presenten situaciones de desabastecimiento. Los procesos de contratación que se realicen para las compras que sean requeridas se registrarán por el derecho privado podrán acudir a procesos de selección abreviada	H.R. MAURICIO TORO	NO AVALADA

	el literal m y el párrafo	<p>y de contratación directa, cuando la emergencia sanitaria así lo requiera. (...) Parágrafo. Las medidas sanitarias son de inmediata ejecución, contra las mismas no procede recurso alguno y solo requieren, para su formalización, el respectivo acto administrativo. Su incumplimiento de será considerado como una conducta que vulnera el SGSSS.</p>		
16	Modificativa	<p>Artículo 16. Medidas sanitarias. El MSPS, en el marco de sus competencias, podrá además y complementariamente a las acciones previstas en el artículo 2.8.8.1.4.3 del Decreto 780 de 2016 ordenamiento jurídico, adoptar las siguientes medidas sanitarias:</p> <p>a. Determinar las acciones conducentes al monitoreo y seguimiento de las causas que dieron origen a la declaratoria y determinar la forma de articulación de los diferentes agentes del Sistema de Salud y demás sectores que estén comprometidos con la solución de las causas que dieron origen a la declaratoria.</p> <p>b. Establecer estrategias de comunicación e información para que las diferentes instancias de gobierno los agentes del Sistema de Salud y la población en general tenga conocimiento oportuno y veraz de la situación sanitaria existente y de las medidas que hayan sido adoptadas.</p> <p>c. Recomendar al Ministerio del Interior, la procedencia de las medidas que impliquen restricción de movilidad de personas y vehículos, aislamientos preventivos obligatorios, ingreso al territorio nacional por vía aérea, marítima, terrestre o fluvial de productos, fauna o flora, así como la prohibición de embarques y desembarques de pasajeros, tripulación o carga, u otras medidas no farmacológicas tendientes a contener o mitigar la propagación de un evento sanitario. El Ministerio del Interior en el marco de sus competencias emitirá los actos administrativos con las ordenes a las que haya lugar para el cumplimiento de este propósito.</p> <p>d. Establecer brigadas de atención en salud para la atención de la emergencia, cuando lo considere pertinente.</p> <p>e. Coordinar las acciones intersectoriales para responder y mitigar las emergencias, a través de la Comisión Intersectorial de Salud Pública.</p> <p>f. Coordinar con los organismos de cooperación internacional y entidades no gubernamentales la ayuda humanitaria y de carácter altruista relacionada con la atención de la emergencia.</p> <p>g. Establecer acuerdos con los laboratorios importadores y productores nacionales para la fabricación y distribución prioritaria de medicamentos, insumos para la salud y demás tecnologías en salud, con el fin de evitar la escasez de los mismos.</p> <p>h. Permitir la participación del sector privado en la provisión de medicamentos, vacunas, insumos y demás tecnologías en salud, en concordancia con las prioridades establecidas por el MSPS y los planes y programas definidos en el marco de la emergencia sanitaria</p> <p>i. Ordenar la compra de medicamentos, insumos para la salud y demás tecnologías en salud que sean requeridos, incluidos aquellos que se encuentren en desarrollo y con estudios en curso, por parte de los agentes del Sistema de Salud dentro de las competencias que le corresponden para</p>	HS LAURA FORTICH	AVALADA

	<p>garantizar su disponibilidad inmediata y el stock que permita afrontar la situación de emergencia. Así mismo, podrá apoyar proyectos de investigación y desarrollo en salud que se consideren necesarios para afrontar situaciones de emergencia o crisis.</p> <p>j. Regular por parte del MSPS las condiciones sanitarias de priorización que el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA deberá aplicar para la fabricación, almacenamiento, acondicionamiento, procedimientos, requisitos de donaciones, vitales no disponibles, registro sanitario, autorizaciones, permiso de comercialización o notificación sanitaria obligatoria y sus trámites asociados, para los productos de su competencia.</p> <p>k. Exceptuar de los requisitos de apostille o consularización de los documentos requeridos para los trámites de otorgamiento de registros sanitarios, autorizaciones, permisos de comercialización, notificaciones sanitarias obligatorias, autorización de donaciones o de productos vitales no disponibles, y sus trámites asociados, según corresponda, para los productos competencia del Invima que se consideren necesarios para afrontar situaciones de emergencia o crisis en competencia del INVIMA.</p> <p>l. Exceptuar para los documentos en idioma extranjero, el aporte de la traducción efectuada por el Ministerio de Relaciones Exteriores, por un intérprete oficial o por traductor designado por el juez, aceptándose para estos efectos la traducción simple en los tramites competencia del INVIMA</p> <p>m. El MSPS, a través de la ADRES, podrá realizar la compra de tecnologías en salud que ya se encuentran con cargo a la Unidad de Pago por Capitación cuando se presenten situaciones de desabastecimiento. Los procesos de contratación que se realicen para las compras que sean requeridas se regirán por el derecho privado</p> <p>n. Establecer los lineamientos requeridos para que profesionales de la salud inscritos en el Registro de Talento Humano en Salud -ReTHUS puedan prestar sus servicios en las zonas de especial atención que determine el MSPS.</p> <p>o. Proponer bonificaciones al talento humano en salud durante la emergencia cuando el MSPS lo considere pertinente</p> <p>p. Emitir órdenes específicas de atención a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB-, incluidos los regímenes especiales y de excepción.</p> <p>q. Emitir órdenes a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS o quienes haga sus veces y establecer reglas para la habilitación temporal de servicios de salud.</p> <p>r. Las demás que sean conexas, necesarias, eficaces y proporcionales para controlar, mitigar o superar los hechos que dieron lugar a la declaratoria de emergencia sanitaria.</p> <p>Parágrafo. Las medidas sanitarias son de inmediata ejecución, contra las mismas no procede recurso alguno y solo requieren, para su formalización, el respectivo acto administrativo. Su incumplimiento de será considerado como una conducta que vulnera el SGSSS.</p>		
--	---	--	--

16	Modificativa	<p>Artículo 16. Medidas sanitarias. El MSPS, en el marco de sus competencias, podrá además y complementariamente a las acciones previstas en el artículo 2.8.8.1.4.3 del Decreto 780 de 2016, adoptar las siguientes medidas sanitarias:</p> <p>a. Determinar las acciones conducentes al monitoreo y seguimiento de las causas que dieron origen a la declaratoria y determinar la forma de articulación de los diferentes agentes del Sistema de Salud y demás sectores que estén comprometidos con la solución de las causas que dieron origen a la declaratoria.</p> <p>b. Establecer estrategias de comunicación e información para que las diferentes instancias de gobierno los agentes del Sistema de Salud y la población en general tenga conocimiento oportuno y veraz de la situación sanitaria existente y de las medidas que hayan sido adoptadas.</p> <p>c. Recomendar al Ministerio del Interior, la procedencia de las medidas que impliquen restricción de movilidad de personas y vehículos, aislamientos preventivos obligatorios, ingreso al territorio nacional por vía aérea, marítima, terrestre o fluvial de productos, fauna o flora, así como la prohibición de embarques y desembarques de pasajeros, tripulación o carga, u otras medidas no farmacológicas tendientes a contener o mitigar la propagación de un evento sanitario. El Ministerio del Interior en el marco de sus competencias emitirá los actos administrativos con las ordenes a las que haya lugar para el cumplimiento de este propósito.</p> <p>d. Establecer brigadas de atención en salud para la atención de la emergencia, cuando lo considere pertinente.</p> <p>e. Coordinar las acciones intersectoriales para responder y mitigar las emergencias, a través de la Comisión Intersectorial de Salud Pública.</p> <p>f. Coordinar con los organismos de cooperación internacional y entidades no gubernamentales la ayuda humanitaria y de carácter altruista relacionada con la atención de la emergencia.</p> <p>g. Establecer acuerdos con los laboratorios importadores y productores nacionales para la fabricación y distribución prioritaria de medicamentos, insumos para la salud y demás tecnologías en salud, con el fin de evitar la escasez de los mismos.</p> <p>h. Permitir la participación del sector privado en la provisión de medicamentos, vacunas, insumos y demás tecnologías en salud, en concordancia con las prioridades establecidas por el MSPS y los planes y programas definidos en el marco de la emergencia sanitaria</p> <p>i. Ordenar la compra de medicamentos, insumos para la salud y demás tecnologías en salud que sean requeridos, incluidos aquellos que se encuentren en desarrollo y con estudios en curso, por parte de los agentes del Sistema de Salud dentro de las competencias que le corresponden para garantizar su disponibilidad inmediata y el stock que permita afrontar la situación de emergencia. Así mismo, podrá apoyar proyectos de investigación y desarrollo en salud que se consideren necesarios para afrontar situaciones de emergencia o crisis.</p> <p>j. Regular por parte del MSPS las condiciones sanitarias de priorización que el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA deberá aplicar para la</p>	H.R JOSE LUÍS CORREA	AVALADA
----	--------------	--	----------------------	---------

	<p>fabricación, almacenamiento, acondicionamiento, procedimientos, requisitos de donaciones, vitales no disponibles, registro sanitario, autorizaciones, permiso de comercialización o notificación sanitaria obligatoria y sus trámites asociados, para los productos de su competencia.</p> <p>k. Exceptuar de los requisitos de apostille o consularización de los documentos requeridos para los trámites de otorgamiento de registros sanitarios, autorizaciones, permisos de comercialización, notificaciones sanitarias obligatorias, autorización de donaciones o de productos vitales no disponibles, y sus trámites asociados, según corresponda, para los productos competencia del Invima que se consideren necesarios para afrontar situaciones de emergencia o crisis en competencia del INVIMA.</p> <p>l. Exceptuar para los documentos en idioma extranjero, el aporte de la traducción efectuada por el Ministerio de Relaciones Exteriores, por un intérprete oficial o por traductor designado por el juez, aceptándose para estos efectos la traducción simple en los tramites competencia del INVIMA <u>de una persona certificada en idioma extranjero por una entidad debidamente reconocida y avalada por el Ministerio de Educación Nacional.</u></p> <p>m. El MSPS, a través de la ADRES, podrá realizar la compra de tecnologías en salud que ya se encuentran con cargo a la Unidad de Pago por Capitación cuando se presenten situaciones de desabastecimiento. Los procesos de contratación que se realicen para las compras que sean requeridas se regirán por el derecho privado</p> <p>n. Establecer los lineamientos requeridos para que profesionales de la salud inscritos en el Registro de Talento Humano en Salud -ReTHUS puedan prestar sus servicios en las zonas de especial atención que determine el MSPS.</p> <p>o. Proponer bonificaciones al talento humano en salud durante la emergencia cuando el MSPS lo considere pertinente</p> <p>p. Emitir órdenes específicas de atención a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB-, incluidos los regímenes especiales y de excepción.</p> <p>q. Emitir órdenes a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS o quienes haga sus veces y establecer reglas para la habilitación temporal de servicios de salud <u>siempre que dichas ordenes no afecten la libertad de empresa y la sostenibilidad financiera de las mismas.</u></p> <p>r. Las demás que sean conexas, necesarias, eficaces y proporcionales para controlar, mitigar o superar los hechos que dieron lugar a la declaratoria de emergencia sanitaria. Parágrafo. Las medidas sanitarias son de inmediata ejecución, contra las mismas <u>no procede recurso alguno solo procede el recurso de reposición</u> y solo requieren, para su formalización, el respectivo acto administrativo. Su incumplimiento de será considerado como una conducta que vulnera el SGSSS.</p>		
--	---	--	--

18	Eliminatoria	Eliminar el artículo 18	BANCADA COMUNES	NO AVALADA
18	Aditiva de un párrafo al artículo 18	<p>“Artículo 18. De la formación y ejercicio del Talento Humano en Salud, en las áreas de salud pública y seguridad sanitaria. Sin perjuicio de lo definido en la Ley 1164 de 2007, a partir de la vigencia de la presente ley se consideran como profesiones del área de la salud, además de las ya clasificadas, aquellas que cumplan y demuestren a través de su estructura curricular y laboral, competencias para brindar tanto la atención en salud como su cuidado integral en los procesos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación. El Ministerio de Salud y Protección Social, apoyado en los colegios profesionales que correspondan, definirá los perfiles y competencias específicas reconocidas al interior del Sistema de Salud, los cuales deberán ser igualmente reconocidos por el Ministerio de Educación Nacional. Parágrafo 1. En los casos de emergencia sanitaria legalmente declarada, el Ministerio de Salud y Protección Social, definirá los lineamientos, directrices y medidas especiales para el ejercicio de la labor del talento humano en salud en el marco de su pertinencia y competencia y dispondrá del talento humano en salud en ejercicio o en formación, para suplir, reforzar y apoyar las necesidades de los distintos actores del Sistema a lo largo del territorio nacional. Asimismo, podrá autorizar e incentivar de forma transitoria, el ejercicio de las profesiones, especialidades y ocupaciones, en el marco de su pertinencia y capacidad, en aras de garantizar la suficiencia, disponibilidad e idoneidad del talento humano que se requiere para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en los términos de la Ley 1751 de 2015.” <u>Parágrafo 2. El personal en formación en las aéreas de la salud, que sean dispuestos para suplir, reforzar, apoyar y/o atender la emergencia sanitaria, dentro del marco de sus capacidades, gozara de igual manera del incentivo de forma transitoria, excepcional y especial que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social.</u></p>	H.S. NADIA BLEFF SCAFF	AVALADA
18	Elimina un inciso del artículo 18	<p>“Artículo 18. De la formación y ejercicio del Talento Humano en Salud, en las áreas de salud pública y seguridad sanitaria. Sin perjuicio de lo definido en la Ley 1164 de 2007, a partir de la vigencia de la presente ley se consideran como profesiones del área de la salud, además de las ya clasificadas, aquellas que cumplan y demuestren a través de su estructura curricular y laboral, competencias para brindar tanto la atención en salud como su cuidado integral en los procesos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación. El Ministerio de Salud y Protección Social, apoyado en los colegios profesionales que correspondan, definirá los perfiles y competencias específicas reconocidas al interior del Sistema de Salud, los cuales deberán ser igualmente reconocidos por el Ministerio de Educación Nacional. Parágrafo 1. En los casos de emergencia sanitaria legalmente declarada, el Ministerio de Salud y Protección Social, definirá los lineamientos, directrices y medidas especiales para el ejercicio de la labor del talento humano en salud en el marco de su pertinencia y competencia</p>	JHON MURILLO ARLEY	AVALADA

		y dispondrá del talento humano en salud en ejercicio o en formación, para suplir, reforzar y apoyar las necesidades de los distintos actores del Sistema a lo largo del territorio nacional. Asimismo, podrá autorizar e incentivar de forma transitoria, el ejercicio de las profesiones, especialidades y ocupaciones, en el marco de su pertinencia y capacidad, en aras de garantizar la suficiencia, disponibilidad e idoneidad del talento humano que se requiere para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en los términos de la Ley 1751 de 2015.”		
18	Modificación	Artículo 18. De la formación y ejercicio del Talento Humano en Salud, en las áreas de salud pública y seguridad sanitaria. Sin perjuicio de lo definido en la Ley 1164 de 2007, a partir de la vigencia de la presente ley se consideran como profesiones del área de la salud, además de las ya clasificadas, aquellas que cumplan y demuestren a través de su estructura curricular y laboral, competencias para brindar tanto la atención en salud como su cuidado integral en los procesos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación. El Ministerio de Salud y Protección Social, apoyado en los colegios profesionales que correspondan y en caso de no existir colegio en las asociaciones respectivas , definirá los perfiles y competencias específicas reconocidas al interior del Sistema de Salud, los cuales deberán ser igualmente reconocidos por el Ministerio de Educación Nacional. Parágrafo 1. En los casos de emergencia sanitaria legalmente declarada, el Ministerio de Salud y Protección Social, definirá los lineamientos, directrices y medidas especiales para el ejercicio de la labor del talento humano en salud en el marco de su pertinencia y competencia y dispondrá del talento humano en salud en ejercicio o en formación, para suplir, reforzar y apoyar las necesidades de los distintos actores del Sistema a lo largo del territorio nacional. Asimismo, podrá autorizar e incentivar de forma transitoria, el ejercicio de las profesiones, especialidades y ocupaciones, en el marco de su pertinencia y capacidad, en aras de garantizar la suficiencia, disponibilidad e idoneidad del talento humano que se requiere para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en los términos de la Ley 1751 de 2015.	H.R JOSE LUÍS CORREA	AVALADA
18	Modificativa	Artículo 18. De la formación y ejercicio del Talento Humano en Salud, en las áreas de salud pública y seguridad sanitaria. Sin perjuicio de lo definido en la Ley 1164 de 2007, a partir de la vigencia de la presente ley se consideran como profesiones del área de la salud, además de las ya clasificadas, aquellas que cumplan y demuestren a través de su estructura curricular y laboral, competencias para brindar tanto la atención en salud como su cuidado integral en los procesos de promoción, prevención, diagnóstico , tratamiento, rehabilitación y paliación. El Ministerio de Salud y Protección Social, apoyado en los colegios profesionales que correspondan, definirá los perfiles y competencias específicas reconocidas al interior del Sistema de Salud, los cuales deberán ser igualmente reconocidos por el Ministerio de Educación Nacional. Parágrafo 1. En los casos de emergencia sanitaria legalmente declarada, el Ministerio de Salud	HS LAURA FORTICH	AVALADA

		y Protección Social, definirá los lineamientos, directrices y medidas especiales para el ejercicio de la labor del talento humano en salud en el marco de su pertinencia y competencia habilitará y dispondrá del talento humano en salud en ejercicio o en formación, para suplir, reforzar y apoyar las necesidades de los distintos actores del Sistema a lo largo del territorio nacional. Asimismo, podrá autorizar e incentivar de forma transitoria, el ejercicio de las profesiones, especialidades y ocupaciones, en el marco de su pertinencia y capacidad, en aras de garantizar la suficiencia, disponibilidad e idoneidad del talento humano que se requiere para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en los términos de la Ley 1751 de 2015.		
18	Supresiva	Eliminación total del artículo	BANCADA FARC	NO AVALADA
19	Modificativa	Artículo 19. De la financiación de la emergencia sanitaria. El MSPS, en el marco del plan de gestión de la emergencia sanitaria, podrá crear un fondo permanente para disponer de servicios, tecnologías en salud y talento humano requerido para atenderla. Dicho Fondo podrá ser financiado con recursos provenientes del Presupuesto General de la Nación o de otras fuentes, tanto de origen público como privado o con aportes internacionales. Sus objetivos, organización y administración, serán reglamentada por el MSPS. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público deberá realizar las acciones que sean necesarias Gobierno nacional gestionará los recursos necesarios para garantizar la financiación de las medidas adoptadas por parte de MSPS.	JUAN DIEGO ECHAVARRÍA, CRISTO, FABIAN CASTILLO, MINISTRO	AVALADA
21	Modificación	Artículo 21. De la inspección, vigilancia y control durante la emergencia sanitaria. La Superintendencia Nacional de Salud es la autoridad administrativa de inspección, vigilancia y control en relación con el cumplimiento de las medidas adoptadas en el marco de una emergencia sanitaria a cargo de todos los agentes del Sistema General de Seguridad Social en de Salud y demás vigilados de esa entidad . El incumplimiento de estas será considerado como una conducta que vulnera el derecho fundamental a la salud y la prestación de dicho servicio, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias, policivas, fiscales y penales a las que hubiere lugar y de las competencias de las entidades territoriales (...)	H.S. MILLA ROMERO	AVALADA
21	Modifica	Artículo 21. De la inspección, vigilancia y control durante la emergencia sanitaria. La Superintendencia Nacionalde Salud es la autoridad administrativa de inspección, vigilancia y control en relación con el cumplimiento de las medidas adoptadas en el marco de una emergencia sanitaria a cargo de todos los agentes del Sistema de Salud y demás vigilados de esa entidad. El incumplimiento de estas será considerado como una conducta que vulnera el derecho fundamental a la salud y la prestación de dicho servicio, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias, policivas, fiscales y penales a las que hubiere lugar. Además de lo dispuesto en el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3° de la Ley 1949 de 2019, se consideran infracciones al régimen de emergencia	JENNIFER ARIAS	NO AVALADA

		<p>sanitaria las siguientes:</p> <p>a. Obstaculizar o evadir el cumplimiento de las medidas requeridas para mitigar, evitar, controlar y superar las circunstancias que generaron la emergencia sanitaria o incumplir las instrucciones que hayan sido impartidas.</p> <p>b. Demorar, de manera injustificada, la prestación de servicios de salud requeridos para mitigar, evitar, controlar o superar las circunstancias que generaron la emergencia sanitaria.</p> <p>c. Generar, durante la emergencia, situaciones que pongan en riesgo la vida o la integridad física de las personas, en especial en aquellos que padezcan enfermedades crónicas o catastróficas.</p> <p>d. Emplear métodos fraudulentos para obtener un beneficio propio o en provecho de un tercero en el marco de la emergencia sanitaria.</p> <p>e. Incrementar el cobro de un servicio o prestación en relación con la emergencia sanitaria.</p> <p>f. No reportar información con calidad, celeridad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia o divulgar datos inexactos o suministrar información falsa relacionada con la emergencia sanitaria que tenga el deber de remitir o que le sea requerida.</p> <p>Parágrafo 1. La Superintendencia Nacional de Salud podrá sancionar estas conductas a petición de parte o de oficio. Adicionalmente, podrá adoptar la medida de cesación provisional de que trata el artículo 125 de la Ley 1438 de 2011 y adelantar las demás actuaciones propias de su labor de inspección, vigilancia y control.</p> <p>Parágrafo 2. Las sanciones previstas en los numerales 2 y 3 del artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, modificada por el artículo 2° de la Ley 1949 de 2019, se incrementarán de una tercera parte a la mitad si la conducta constituye una infracción a las medidas adoptadas en el marco de una emergencia sanitaria.</p>		
21	Modifica	<p>Artículo 21. De la inspección, vigilancia y control durante la emergencia sanitaria. La Superintendencia Nacional de Salud es la autoridad administrativa de inspección, vigilancia y control en relación con el cumplimiento de las medidas adoptadas en el marco de una emergencia sanitaria a cargo de todos los agentes del Sistema de Salud y demás vigilados de esa entidad. El incumplimiento de estas será considerado como una conducta que vulnera el derecho fundamental a la salud y la prestación de dicho servicio, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias, policivas, fiscales y penales a las que hubiere lugar. Además de lo dispuesto en el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3° de la Ley 1949 de 2019, se consideran infracciones al régimen de emergencia sanitaria las siguientes:</p> <p>c. Generar, durante la emergencia, situaciones que pongan en riesgo la vida o la integridad física</p>	H.S. NADIA BLEFF SCAFF	AVALADA

		de las personas, en especial en aquellos que padezcan enfermedades crónicas, catastróficas o enfermedades huérfanas.		
21	Modificativa	Artículo 21. De la inspección, vigilancia y control durante la emergencia sanitaria. La Superintendencia Nacional de Salud es la autoridad administrativa de inspección, vigilancia y control en relación con el cumplimiento de las medidas adoptadas en el marco de una emergencia sanitaria a cargo de todos los agentes del Sistema de Salud y demás vigilados de esa entidad. El incumplimiento de estas será considerado como una conducta que vulnera el derecho fundamental a la salud y la prestación de dicho servicio, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias, policivas, fiscales, civiles y penales a las que hubiere lugar.	HS LAURA FORTICH	AVALADA
22	Modifica	Artículo 22. Procedimiento sancionatorio. Para efectos de la imposición de las sanciones previstas en el artículo anterior, la SNS, aplicará el proceso administrativo sancionatorio establecido en el artículo 128 de la Ley 1438 de 2011 pero los términos allí contemplados se reducirán a la mitad conforme al principio de celeridad procesal. Parágrafo 1. El régimen aquí previsto se complementará con lo establecido en las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1949 de 2019, siempre y cuando sea compatible con esta normatividad especial. Parágrafo 2. Las multas impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud en el marco de una emergencia sanitaria serán destinadas específicamente para mitigar, evitar, controlar y superar las circunstancias que generaron la misma si la multa es interpuesta o ejecutada después de haber superado la emergencia los recursos pasaran al SGSSS.	H.R. JENNIFER ARIAS	AVALADA
24	Modifica	<u>Artículo 24. Plan Decenal de Salud Pública. Modifíquese el artículo 6° de la Ley 1438 de 2011 el cual quedará así:</u> <u>El Gobierno Nacional desarrollará la política de Estado prevista en los artículos 9° y 20° de la Ley 1751 de 2015 en el Plan Decenal de política pública en salud, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y de la Protección Social, en coordinación con los sectores que inciden en los determinantes sociales de la salud.</u> <u>Este plan definirá objetivos, metas, lineamientos generales, los responsables generales sectoriales, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación del Plan a nivel nacional y territorial, a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. El Plan será aprobado por decreto del Gobierno nacional.</u> <u>Para la ejecución del Plan, el Ministerio de Salud y Protección Social suscribirá con cada entidad del Gobierno nacional involucrada en la intervención de los determinantes, según su</u>	H.R JAIRO CRISTO, JORGE BENEDETTI, JHON ARLEY MURILLO Y JENNIFER ARIAS	AVALADA

		<p><u>competencia, un acuerdo de gestión por resultados, donde se precisarán objetivos específicos, actividades, metas, e indicadores de seguimiento, según lo previsto en el Plan decenal de política pública en salud. En el nivel territorial deberán adaptarse los lineamientos del Plan decenal de política pública en salud en los Planes territoriales de salud conforme a la normatividad vigente, para ello podrán bajo el liderazgo de salud, realizar acuerdos de gestión por resultados con los demás sectores en el ámbito territorial.</u></p> <p><u>Cualquier ajuste al Plan será liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social y coordinado con las demás entidades, e implicará ajustes en los Acuerdos de gestión por resultados.</u></p> <p><u>Parágrafo 1. El MSPS coordinará el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas propuestas en el Plan Decenal de política pública en salud para las entidades del gobierno nacional y para las entidades territoriales según la reglamentación que se expida para el efecto.</u></p> <p><u>Parágrafo 2. Para el proceso amplio de participación al que se hace mención en el presente artículo y para la obligación de adaptación del inciso cuarto, se debe garantizar la participación directa, real y efectiva de las secretarías de salud territoriales, las organizaciones civiles y las asociaciones de talento humano en salud, entre otras.</u></p> <p><u>Parágrafo transitorio. El primer Plan Decenal de Política pública de salud deberá ponerse en vigencia en el año 2023.</u></p>		
24	Modifica	<p>Artículo 24. Plan Decenal de Salud. Modifíquese el artículo 6° de la Ley 1438 de 2011 en su inciso 2 el cual quedará así: El Plan Decenal definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación del Plan a nivel nacional, regional, departamental, distrital y municipal de acuerdo con el modelo de atención. Y adiciónese a dicho artículo los siguientes párrafos: Parágrafo 1. El Plan Decenal deberá coordinarse de manera articulada con los actores del sistema y demás sectores que participan en la atención en salud a nivel nacional y territorial. Parágrafo 2. El MSPS coordinará el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas propuestas en el Plan Decenal para las entidades territoriales y los sectores involucrados, y se realizará al finalizar el periodo de gobierno Nacional, Departamental de los Distritos, Ciudades y municipios, y así mismo del resultado obtenido el MSPS realizará sus ajustes de acuerdo con el comportamiento epidemiológico y prioridades en salud.</p>	JENNIFER ARIAS	AVALADA

24	Modifica	<p>Artículo 24. Plan Decenal de Salud. Modifíquese el artículo 6° de la Ley 1438 de 2011 en su inciso 2 el cual quedará así: El Plan Decenal definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación del Plan a nivel nacional, regional, departamental, distrital y municipal de acuerdo con el modelo de atención. Y adiciónese a dicho artículo los siguientes párrafos: Parágrafo 1. El Plan Decenal deberá coordinarse de manera articulada con los actores del sistema y demás sectores que participan en la atención en salud a nivel nacional y territorial. Parágrafo 2. El MSPS coordinará el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas propuestas en el Plan Decenal para las entidades territoriales y los sectores involucrados, y se realizará al finalizar el periodo de gobierno Nacional, Departamental de los Distritos, Ciudades y municipios, y así mismo del resultado obtenido el MSPS realizará sus ajustes de acuerdo con el comportamiento epidemiológico y prioridades en salud.</p>	H.R. JENNIFER ARIAS	AVALADA
24	Adiciona un párrafo nuevo al artículo 24	<p><u>Parágrafo Transitorio: En vigencia del Decreto Ley 893 de 2017, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, el Plan Decenal de Salud, incorporará de manera específica, un seguimiento a los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación del Plan, de los municipios PDET.</u></p>	H.R. JAIRO CRISTO Y CIA	AVALADA
24	Modifica	<p>"Artículo 24. Plan Decenal de Salud Pública. Modifíquese el artículo 6° de la Ley 1438 de 2011 en su inciso 2 el cual quedará así: El Plan Decenal definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación del Plan a nivel nacional, regional, departamental, distrital y municipal de acuerdo con el modelo de atención. Y adiciónese a dicho artículo los siguientes párrafos: Parágrafo 1. El Plan Decenal deberá coordinarse de manera articulada con los actores del sistema y demás sectores que participan en la atención en salud a nivel nacional y territorial. Parágrafo 2. El MSPS coordinará el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas propuestas en el Plan para las entidades territoriales y los sectores involucrados al finalizar el periodo de gobierno de la nación, departamentos y municipio y realizará sus ajustes de acuerdo con el comportamiento epidemiológico y prioridades en salud." El Plan Decenal definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación del Plan a nivel nacional, regional, departamental, distrital y municipal de acuerdo con el modelo de atención.</p>	H.S CARLOS MOTOA	NO AVALADA

		<p>Y adiciónese a dicho artículo los siguientes párrafos: Parágrafo 1. El Plan Decenal deberá coordinarse de manera articulada con los actores del sistema y demás sectores que participan en la atención en salud a nivel nacional y territorial. Parágrafo 2. El MSPS coordinará el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas propuestas en el Plan para las entidades territoriales y los sectores involucrados al finalizar el periodo de gobierno de la nación, departamentos y municipio y realizará sus ajustes de acuerdo con el comportamiento epidemiológico y prioridades en salud.</p>		
24	Modifica	<p>Artículo 24. Plan Decenal de Salud Pública. Modifíquese el artículo 6° de la Ley 1438 de 2011 en su inciso 2 el cual quedará así: El Plan Decenal definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación del Plan a nivel nacional, regional, departamental, distrital y municipal de acuerdo con el modelo de atención. Y adiciónese a dicho artículo los siguientes párrafos: Parágrafo 1. El Plan Decenal deberá coordinarse de manera articulada con los actores del sistema y demás sectores que participan en la atención en salud a nivel nacional y territorial. Parágrafo 2. El MSPS coordinará el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas propuestas en el Plan para las entidades territoriales y los sectores involucrados al finalizar el periodo de gobierno de la nación, departamentos y municipio y realizará sus ajustes de acuerdo con el comportamiento epidemiológico y prioridades en salud.</p>	H.S. JOSÉ RITTER LÓPEZ	AVALADA
24	Modifica	<p>“Artículo 24. Plan Decenal de Salud. Modifíquese el artículo 6° de la Ley 1438 de 2011 en su inciso 2 el cual quedará así: El Plan Decenal definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación del Plan a nivel nacional, regional, departamental, distrital y municipal de acuerdo con el modelo de atención. Y adiciónese a dicho artículo los siguientes párrafos: Parágrafo 1. El Plan Decenal deberá coordinarse de manera articulada con los actores del sistema y demás sectores que participan en la atención en salud a nivel nacional y territorial. Parágrafo 2. El MSPS coordinará el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas propuestas en el Plan para las entidades territoriales y los sectores involucrados al finalizar el periodo de gobierno de la nación, departamentos y municipio y realizará sus ajustes de acuerdo con el comportamiento epidemiológico y prioridades en salud. Parágrafo 3. Dentro del Plan Decenal deberá garantizarse la inclusión de un capítulo étnico, que reconozca las necesidades y condiciones diferenciales de las poblaciones étnicas del país.</p>	H.R. JHON ARLEY MURILLO	AVALADA
26	Elimina	<p>Artículo 26. Tipología de las direcciones territoriales de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la tipología de las direcciones territoriales de</p>	H.R JORGE GÓMEZ	AVALADA

		<p>salud con base en los siguientes elementos, entre otros: Características demográficas y poblacionales de la Entidad Territorial Comportamiento epidemiológico de la población Número y características de los prestadores de servicios ubicados en la entidad territorial Determinación de los recursos humanos, físicos y tecnológicos Monto de los recursos financieros Parágrafo. Los perfiles de los directores de las direcciones territoriales de salud se definirán según la tipología definida en el presente artículo</p>		
27	Modifica	<p>Artículo 27. Fortalecimiento de las direcciones territoriales de salud. El MSPS, desarrollará un programa de fortalecimiento de las capacidades en salud de las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud de forma tal que se garantice y asegure el cumplimiento de los objetivos y metas planteados en el PDSP <u>para lo cual presentará en el presupuesto general de la nación para el año 2022 un artículo que destine recursos extraordinarios, nuevos y adicionales a los establecidos en la ley con destino a las entidades territoriales de salud</u></p>	H.R. JORGE GÓMEZ	AVALADA
27	Modifica	<p>Artículo 27. Fortalecimiento de las direcciones territoriales de salud. El MSPS, <u>con participación de los entes territoriales, desarrollarán</u> un programa de fortalecimiento de las capacidades en salud de las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud de forma tal que se garantice y asegure el cumplimiento de los objetivos y metas planteados en el PDSP.</p>	H.R. MARÍA CRISTINA SOTO DE GÓMEZ	NO AVALADA
		CAPITULO IV ASEGURAMIENTO		
28	Elimina	<p>Artículo 28°. Función esencial del aseguramiento individual. La función esencial del aseguramiento en salud comprende la representación del afiliado antes los prestadores, la gestión individual del riesgo en salud, la garantía del acceso efectivo a la prestación de los servicios, la gestión de la red de servicios, la administración de recursos y la gestión del riesgo financiero. Estas funciones estarán a cargo de las EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales y las entidades de regímenes especiales y de excepción. Las funciones del aseguramiento deben realizarse bajo el cumplimiento de los requisitos de habilitación.</p>	H.R. NORMA HURTADO	NO AVALADA
28	Modificativa	<p>Artículo 28. Función esencial del aseguramiento individual. La función esencial del aseguramiento en salud comprende la representación del afiliado ante los prestadores, la gestión individual del riesgo en salud, la garantía del acceso efectivo a la prestación de los servicios <u>con calidad y oportunidad</u>, la gestión de la red de servicios, la administración de recursos y la gestión del riesgo financiero. Estas funciones estarán a cargo de las EAPB, las Administradoras</p>	H.R. ÁNGELA SÁNCHEZ	AVALADA

		de Riesgos Laborales y las entidades de regímenes especiales y de excepción. Las funciones del aseguramiento deben realizarse bajo el cumplimiento de los requisitos de habilitación.		
28	Modifica	Artículo 28. Función esencial del aseguramiento individual. La función esencial del aseguramiento en salud comprende la representación del afiliado ante los prestadores, la gestión individual del riesgo en salud, la garantía del acceso efectivo, oportuno, ágil y eficiente a la prestación de los servicios de salud , la gestión oportuna y ágil de la red de servicios, la administración de recursos y la gestión del riesgo financiero. Estas funciones estarán a cargo de las EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales y las entidades de regímenes especiales y de excepción. Las funciones del aseguramiento deben realizarse bajo el cumplimiento de los requisitos de habilitación	H.S. MILLA ROMERO	AVALADA
29	Elimina	Artículo 29. Beneficios Únicos en Salud. Los regímenes contributivo y subsidiado cubrirán los mismos beneficios en salud, teniendo en cuenta las exclusiones previstas en el artículo 15° de la Ley 1751 de 2015, para su población afiliada y beneficiaria. La UPC se igualarán en un período de dos años contados a partir de la vigencia de la presente ley.	H.R. HURTADO	NO AVALADA
29	Modificativa	Artículo 29. Beneficios Únicos en Salud. Los regímenes contributivo y subsidiado cubrirán los mismos beneficios servicios y tecnologías en salud, teniendo en cuenta las exclusiones previstas en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, para su población afiliada y beneficiaria. La UPC se igualará en un período de dos años contados a partir de la vigencia de la presente ley	HR CRISTANCHO, CRISTO, ECHAVARIA, HS MOTOA, CASTILLO	AVALADA
29	Sustitutiva	<u>Artículo 29. Régimen único de salud. Los regímenes contributivo y subsidiado se integrarán, en un periodo de dos años, en un único régimen con beneficios equivalentes para toda la población. Dentro de ese lapso, se establecerá una compensación por maternidad, para las mujeres beneficiarias del subsidio total de salud o las de contribución solidaria.</u> <u>Parágrafo 1. En cuanto a la administración de beneficios, los regímenes excepcionales de salud se seguirán rigiendo por sus propias normas. No obstante, deberán garantizar, como mínimo, los derechos y garantías en salud que se definan por parte del rector del sistema.</u> <u>Parágrafo 2. Para garantizar el derecho fundamental a la salud y la libre elección, la población afiliada a los regímenes de excepción tendrá derecho a trasladarse al Régimen único del SGSSS, para lo cual será requisito la cotización por parte del empleador en las condiciones establecidas en las normas que regulan el SGSSS.</u>	H.R JAIRO CRISTO Y CIA	SE RETIRA
29	Modificativa	Artículo 29. Beneficios Únicos en Salud. Los regímenes contributivo y subsidiado cubrirán los mismos beneficios en salud, teniendo en cuenta las exclusiones previstas en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, para su población afiliada y beneficiaria. La UPC se igualará en un periodo de dos años contados a partir de la vigencia de la presente ley	H.S. GABRIEL JAIME VELASCO	SE RETIRA

		<u>Parágrafo 1: Para los dos Regímenes se garantizará la actualización anual de los Planes de Beneficio de manera integral. En todo caso lo que no haga parte de este plan, ni de las exclusiones definidas por el Ministerio de Salud mediante Resolución deberán ser reconocidas por la ADRES o quien haga sus veces.</u>		
29	Modificativa	Artículo 29. Beneficios Únicos en Salud. Los regímenes contributivo y subsidiado cubrirán los mismos servicios y tecnologías en salud, teniendo en cuenta las exclusiones previstas en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, para su población afiliada y beneficiaria.	HS CASTILLO	FABIÁN NO AVALADA
29	Modificativa	Artículo 29. Beneficios Únicos en Salud. Los regímenes contributivo y subsidiado cubrirán los mismos beneficios servicios y tecnologías en salud , teniendo en cuenta las exclusiones previstas en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, para su población afiliada y beneficiaria. La UPC se igualará <u>progresivamente</u> en un período de dos años contados a partir de la vigencia de la presente ley.	H.R CORREA	JOSE LUÍS NO AVALADA
30	Elimina	“Artículo 30. Financiación del Plan de Beneficios. El Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo de dieciocho meses (18) contados a partir de la vigencia de la presente ley, definirá los servicios y tecnologías en salud que por su alto volumen de prescripción, seguridad y bajo costo se deberán financiar con cargo a la UPC y determinará la forma de financiación de las tecnologías de alto costo y baja frecuencia de uso que no queden financiadas por la UPC”.	H.R. PLATA	FABIÁN DÍAZ NO AVALADA
30	Elimina	“Artículo 30. Financiación del Plan de Beneficios. El Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo de dieciocho meses (18) contados a partir de la vigencia de la presente ley, definirá los servicios y tecnologías en salud que por su alto volumen de prescripción, seguridad y bajo costo se deberán financiar con cargo a la UPC y determinará la forma de financiación de las tecnologías de alto costo y baja frecuencia de uso que no queden financiadas por la UPC”.	H.R. JORGE GÓMEZ	EXCLUIDO POR PETICIÓN DEL AUTOR
30	Modificativa	Artículo 30. Financiación del Plan de Beneficios. El MSPS, en un plazo de dieciocho meses (18) contados a partir de la vigencia de la presente ley, definirá los servicios y tecnologías en salud que, por su alto volumen de prescripción, seguridad y bajo costo se deberán financiar con cargo a la UPC y determinara las formas de financiación de las tecnologías de alto costo y baja frecuencia de uso que no queden financiadas por la UPC, así como las nuevas tecnologías. <u>Parágrafo 1: En todo caso, se mantendrá un ejercicio riguroso para la actualización anual del Plan de Beneficios en salud de acuerdo con el perfil epidemiológico del país.</u>	H.S. VELASCO	GABRIEL JAIME NO AVALADA
	Modificativo	Artículo 30. Financiación del Plan de Beneficios. El MSPS, en un plazo de dieciocho meses (18) contados a partir de la vigencia de la presente ley, <u>definirá la inclusión dentro del PBS</u> de los servicios y tecnologías en salud que, por su alto volumen de prescripción, seguridad y bajo costo se deberán financiar con cargo a la UPC y determinará la forma de financiación de las tecnologías de alto costo y baja frecuencia de uso que no queden financiadas por la UPC.	HR CRISTANCHO	NO AVALADA

		Artículo 30. Financiación del Plan de Beneficios: el MSPS, de manera conjunta con el ministerio de Hacienda y Crédito Público, determinará la forma de financiación de los servicios y tecnologías en salud, de acuerdo con criterios técnicos que consideren factores poblacionales, de condiciones de salud y financieros, entre otros	HR ECHAVARRÍA, CRISTANCHO HS MOTOA Y CASTILLO	AVALADA
31	Elimina	Artículo 31. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación -UPC-. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el valor anual de la UPC, la cual tendrá un componente fijo y uno variable. Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. Este componente fijo deberá ser suficiente para la adecuada protección integral de la salud de los afiliados y beneficiarios. Adicionalmente, se reconocerá un componente variable de incentivos, con base en los siguientes aspectos: (i) la progresividad en la implementación de las rutas obligatorias de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal y las que se definan como prioridad de cada EAPB de conformidad con las necesidades y problemas en salud de su población afiliada. (ii) El cumplimiento de indicadores de resultados en salud, definidos en las Rutas de Atención Integral, obligatorias y las adoptadas por cada EAPB. Las fuentes de información definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social deberán reflejar los resultados obtenidos para efectos de determinar el reconocimiento de los incentivos. Parágrafo. Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población de cada una de las Rutas de Atención Integrales de Salud.	H.R JORGE GÓMEZ	EXCLUIDO POR PETICIÓN DEL AUTOR
31	Modifica	Artículo 31. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación -UPC-. El MSPS, definirá el valor anual de la UPC, la cual tendrá un componente fijo y uno variable. Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. Este componente fijo deberá ser suficiente para la adecuada protección integral de la salud de los afiliados y beneficiarios. Adicionalmente, se reconocerá un componente variable de incentivos, con base en los siguientes aspectos: (i) la progresividad en la implementación de las rutas obligatorias de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal y las que se definan como prioridad de cada EAPB de conformidad con las necesidades y problemas en salud de su población afiliada. (ii) El cumplimiento de indicadores de resultados en salud, definidos en las Rutas de Atención Integral, obligatorias y las adoptadas por cada EAPB. Las fuentes de información definidas por el MSPS deberán reflejar los resultados obtenidos para efectos de determinar el reconocimiento de los incentivos. Parágrafo. Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos	H.R. GABRIEL JAIME VELASCO	NO AVALADA

		de igual forma a la red de prestadores y proveedores que cumplan con las metas contractuales , involucrada en la atención de la población de cada una de las Rutas de Atención Integrales de Salud.		
31	Modifica	<p>Artículo 31. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación -UPC-. El MSPS, definirá el valor anual de la UPC, la cual tendrá un componente fijo y uno variable como incentivo. Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. Este componente fijo deberá ser suficiente y respetar los porcentajes necesarios de la UPC del mencionado componente para la adecuada protección integral de la y atención en salud de los afiliados y beneficiarios en cada estudio actuarial que se realice, el cual está determinado así:</p> <p>COMPONENTE FIJO: se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo, se tendrá en cuenta una UPC diferencial en las zonas apartadas donde se deberá realizar la prestación del servicio definidas por el MSPS. Este componente fijo deberá ser suficiente y respetar los porcentajes necesarios de la UPC del mencionado componente para la adecuada protección integral y atención en salud de los afiliados y beneficiarios. en cada estudio actuarial que se realice.</p> <p>COMPONENTE VARIABLE: es un incentivo adicional y se reconocerá un componente variable de incentivos, teniendo en cuenta como mínimo con base en los siguientes aspectos:</p> <p>1. La progresividad en la implementación de las rutas obligatorias de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal y las que se definan como prioridad de cada EAPB de conformidad con las necesidades y problemas en salud de su población afiliada.</p> <p>2. El cumplimiento de los de resultados en salud, definidos en las Rutas de Atención Integral, obligatorias y las adoptadas por cada EAPB. Para tal fin, las fuentes de información definidas por el MSPS deberán reflejar los resultados obtenidos para efectos de determinar el reconocimiento de incentivos. Parágrafo 1°. Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores y proveedores que cumplan con las metas contractuales, involucrada en la atención de la población de cada una de las Rutas de Atención Integrales de Salud. Parágrafo 2: El valor pagado a las IPS por servicios contratados deberán ser actualizado al momento de efectuar el pago por las EAPB, en caso de vencimiento del Contrato entre la EAPB y IPS este deberá ser ajustado al incremento del porcentaje de la UPC al momento del pago</p>	H.R. JAIRO CRISTANCHO Y JENNIFER ARIAS	NO AVALADA
31	Modificativa	<p>Artículo 31. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación -UPC-. El MSPS, definirá el valor anual de la UPC, la cual tendrá un componente fijo y uno variable. Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador</p>	H.R. ÁNGELA SÁNCHEZ	NO AVALADA

		<p>del riesgo. Este componente fijo deberá ser suficiente para la adecuada protección integral de la salud de los afiliados y beneficiarios. Adicionalmente, se reconocerá un componente variable de incentivos, con base en los siguientes aspectos:</p> <p>(i) la progresividad en la implementación de las rutas obligatorias de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal y las que se definan como prioridad de cada EAPB de conformidad con las necesidades y problemas en salud de su población afiliada.</p> <p>(ii) El cumplimiento de indicadores de resultados en salud, definidos en las Rutas de Atención Integral, obligatorias y las adoptadas por cada EAPB.</p> <p><u>(iii) El número de PQRS radicados ante la Superintendencia Nacional De Salud.</u></p> <p>Las fuentes de información definidas por el MSPS deberán reflejar los resultados obtenidos para efectos de determinar el reconocimiento de los incentivos.</p> <p>Parágrafo. Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población de cada una de las Rutas de Atención Integrales de Salud.</p>		
31	Modificativa	<p>Artículo 31°. Componente de la Unidad de Pago por Capitación – UPC. El MSPS, definirá el valor anual de la UPC, la cual tendrá un componente fijo y uno variable. Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. Este componente fijo deberá ser suficiente para la adecuada protección integral de la salud de los afiliados y beneficiarios, <u>por lo cual este no deberá ser inferior al 92% de la totalidad del valor de la UPC.</u></p> <p>Adicionalmente, se reconocerá un componente variable de incentivos, con base en los siguientes aspectos:</p> <p>(i) la progresividad en la implementación de las rutas obligatorias de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal y las que se definan como prioridad de cada EAPB de conformidad con las necesidades y problemas en salud de su población afiliada. (ii) El cumplimiento de indicadores de resultados en salud, definidos en las Rutas de Atención Integral, obligatorias y las adoptadas por cada EAPB. Las fuentes de información definidas por el MSPS deberán reflejar los resultados obtenidos para efectos de determinar el reconocimiento</p>	H.R. HURTADO	NORMA NO AVALADA

		<p>los incentivos. Parágrafo. Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población de cada una de las Rutas de Atención Integrales de Salud.</p>		
31	Modifica	<p>Artículo 31. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación -UPC-. El MSPS, definirá el valor anual de la UPC, la cual tendrá un componente fijo y uno variable, para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. Este componente fijo deberá ser suficiente para la adecuada protección integral de la salud de los afiliados y beneficiarios. Adicionalmente, se reconocerá un componente variable de incentivos, con base en los siguientes aspectos: (i) la progresividad en la implementación de las rutas obligatorias de promoción, y mantenimiento de la salud y materno perinatal y así mismo las que se definan como prioridad de cada EAPB de conformidad con las necesidades y problemas en salud de su población afiliada. (ii) El cumplimiento de indicadores de resultados en salud, definidos en las Rutas de Atención Integral, obligatorias y las adoptadas por cada EAPB. Las fuentes de información definidas por el MSPS deberán reflejar los resultados obtenidos para efectos de determinar el reconocimiento de los incentivos. <u>(iii) así mismo se tendrá en cuenta las zonas apartadas donde se deberá realizar la prestación del servicio definidas por el MSPS</u> Parágrafo. Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población de cada una de las Rutas de Atención Integrales de Salud.</p>	JENNIFER ARIAS	NO AVALADA
31	Modificativa	<p>Artículo 31. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación -UPC-. El MSPS, definirá el valor anual de la UPC, la cual tendrá un componente fijo y uno variable. Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. Este componente fijo deberá ser suficiente para la adecuada protección integral de la salud de los afiliados y beneficiarios. Adicionalmente, se reconocerá un componente variable de incentivos, con base en los siguientes aspectos: (i) la progresividad en la implementación de las rutas obligatorias de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal y así mismo las que se definan como prioridad de cada EAPB de conformidad con las necesidades y problemas en salud de su población afiliada. (ii) El cumplimiento de indicadores de resultados en salud, definidos en las Rutas de Atención Integral, obligatorias y las adoptadas por cada EAPB. Las fuentes de información definidas por el MSPS deberán reflejar los resultados obtenidos para efectos de determinar el reconocimiento de los incentivos. <u>(iii) así mismo se tendrá en cuenta las zonas apartadas donde se deberá realizar la prestación del servicio definidas por el MSPS</u></p>	H.S. MANUEL BITERVO	NO AVALADA

		<p>salud y materno perinatal y las que se definan como prioridad de cada EAPB de conformidad con las necesidades y problemas en salud de su población afiliada. (ii) El cumplimiento de indicadores de resultados en salud, definidos en las Rutas de Atención Integral, obligatorias y las adoptadas por cada EAPB. Las fuentes de información definidas por el MSPS deberán reflejar los resultados obtenidos para efectos de determinar el reconocimiento de los incentivos. Parágrafo 1. Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población de cada una de las Rutas de Atención Integrales de Salud.</p> <p><u>Parágrafo 2: La definición del valor de la UPC diferencial para población indígena, gozara de progresividad. El MSPS garantizará el otorgamiento de la UPC diferencial a toda la población reconocida indígena del país, sin distinción de la EPS a la que se encuentre vinculada. la Superintendencia de Salud en conjunto a las autoridades indígenas establecerán protocolos de control efectivo a la destinación correcta de la UPC diferencial.</u></p>		
31	Modificativa	<p>Artículo 31. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación – UPC- El MSPS, definirá el valor anual de la UPC la cual tendrá un componente fijo y uno variable. Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. Este competente fijo deberá ser suficiente para la adecuada protección integral de la salud de los afiliados y beneficiarios. Adicionalmente se reconocerá un componente variable de incentivos con base en los siguientes aspectos: (i) la progresividad en la implementación de las rutas obligatorias de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal y las que se definan como prioridad de cada EAPB de conformidad con las necesidades y problemas en salud de su población afiliada (ii) el cumplimiento de los indicadores de resultados en salud, definidos en las Rutas de Atención Integral, obligatorias y las adoptadas por cada EAPB. Las fuentes de información definidas por el MSPS deberán reflejar los resultados en salud obtenidos para efectos de determinar el reconocimiento de los incentivos. Parágrafo 1. Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población de cada una de las Rutas de Atención Integrales de Salud. <u>Parágrafo</u></p>	H.S. GABRIEL JAIME VELASCO	NO AVALADA

		<u>2. En el componente variable, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la CAC, podrá hacer ajustes de forma ex post por concentración de riegos derivados de patologías de alto costo y enfermedades huérfanas.</u>		
31	Modifica	<p>Artículo 31. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación -UPC-. El MSPS, definirá el valor anual de la UPC, la cual tendrá un componente fijo y uno variable. Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. Este componente fijo deberá ser suficiente para la adecuada protección integral de la salud de los afiliados y beneficiarios. Adicionalmente, se reconocerá un componente variable de incentivos, con base en los siguientes aspectos:</p> <p>(i) la progresividad en la implementación de las rutas obligatorias de promoción y mantenimiento de la salud <u>ruta integral de atención en salud de grupos de riesgo, con especial énfasis en población</u> materno perinatal, <u>población con presencia de enfermedades huérfanas y con riesgo presencia de cáncer</u> y las que se definan como prioridad de cada EAPB de conformidad con las necesidades y problemas en salud de su población afiliada. (ii) El cumplimiento de indicadores de resultados en salud, definidos en las Rutas de Atención Integral, obligatorias y las adoptadas por cada EAPB. Las fuentes de información definidas por el MSPS deberán reflejar los resultados obtenidos para efectos de determinar el reconocimiento de los incentivos.</p> <p>Parágrafo. Los recursos que se obtengan por el componente variable serán objeto de <u>giro directo</u> a la red de prestadores involucrada en la atención de la población de cada una de las Rutas de Atención Integrales de Salud.</p>	H.S. NADIA BLEFF SCAFF	NO AVALADA
31	Aditiva	<p>“Artículo 31. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación -UPC-. El MSPS, definirá el valor anual de la UPC, la cual tendrá un componente fijo y uno variable. Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. Este componente fijo deberá ser suficiente para la adecuada protección integral de la salud de los afiliados y beneficiarios. Adicionalmente, se reconocerá un componente variable de incentivos, con base en los siguientes aspectos:</p> <p>(i) la progresividad en la implementación de las rutas obligatorias de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal y las que se definan como prioridad de cada EAPB de conformidad con las necesidades y problemas en salud de su población afiliada. (ii) El cumplimiento de indicadores de resultados en salud, definidos en las Rutas de Atención Integral, obligatorias y las adoptadas por cada EAPB. Las fuentes de información definidas por el MSPS deberán reflejar los resultados obtenidos para efectos de determinar el reconocimiento de los incentivos.</p>	H.R. JHON ARLEY MURILLO	NO AVALADA

		<p>Parágrafo 1. Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población de cada una de las Rutas de Atención Integrales de Salud. <u>Parágrafo 2. La UPC tendrá un reconocimiento diferencial, que considere los mayores valores y gastos que implica la atención y prestación de los servicios en salud en las zonas dispersas del país.”</u></p>		
31	Sustitutiva	<p>Artículo 31. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación -UPC-. El MSPS, definirá el valor anual de la UPC, la cual tendrá un componente fijo y uno variable como incentivo. Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. Este componente fijo deberá ser suficiente y respetar los porcentajes necesarios de la UPC del mencionado componente para la adecuada protección integral de la y atención en salud de los afiliados y beneficiarios en cada estudio actuarial que se realice., el cual está determinado así: COMPONENTE FIJO: se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo, se tendrá en cuenta una UPC diferencial en las zonas apartadas donde se deberá realizar la prestación del servicio definidas por el MSPS entre otros. Este componente fijo deberá ser suficiente y respetar los porcentajes necesarios de la UPC del mencionado componente para la adecuada protección integral y atención en salud de los afiliados y beneficiarios. en cada estudio actuarial que se realice. COMPONENTE VARIABLE: es un incentivo adicional y se reconocerá un componente variable de incentivos, teniendo en cuenta como mínimo con base en los siguientes aspectos: 1. La progresividad en la implementación de las rutas obligatorias de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal y las que se definan como prioridad de cada EAPB de conformidad con las necesidades y problemas en salud de su población afiliada. 2. El cumplimiento de los de resultados en salud, definidos en las Rutas de Atención Integral, obligatorias y las adoptadas por cada EAPB. Para tal fin, las fuentes de información definidas por el MSPS deberán reflejar los resultados obtenidos para efectos de determinar el reconocimiento de incentivos. Parágrafo 1°. Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores y proveedores que cumplan con las metas contractuales, involucrada en la atención de la población de cada una de las Rutas de Atención Integral de Salud.</p>	<p>PROPOSICIÓN SUSTITIVA H.R. JAIRO CRISTANCHO</p>	AVALADA
32	Elimina	<p>Artículo 32. Regionalización del aseguramiento. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 4o. de la presente Ley, toda EAPB que opte por operar en una o varias regiones definidas por el MSPS, deberá contar con la capacidad institucional que permita la</p>	<p>H.R. FABIÁN DÍAZ PLATA</p>	NO AVALADA

		<p>gestión individual del riesgo en salud y coordinar con los riesgos poblacionales, colectivos, así como los riesgos laborales. La garantía al acceso a los servicios de salud en cada una de las regiones de aseguramiento se realizará con las redes integrales e integradas de servicios de salud, debidamente habilitadas por cada Dirección Departamental o Distrital de salud. Estas redes deberán impulsar el fortalecimiento del prestador primario, incluyendo en éstos, el uso de los servicios extramurales como la telesalud, consulta y hospitalización domiciliaria, entre otros, pudiendo celebrar convenios interinstitucionales con este fin. Parágrafo 1. El MSPSI diseñará un mecanismo de determinación del rango, en cuanto a la cantidad de EAPB que deben operar en cada región, de conformidad con el número de afiliados en cada una de ellas, con el fin de garantizar el adecuado ejercicio al derecho de la libre elección y competencia de mercado. Parágrafo 2. Los servicios de salud en regiones de baja densidad poblacional y bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, podrán ser prestados por una única EAPB. En el caso de que se decida prestar el servicio a través de un único EAPB, este será seleccionado mediante un proceso objetivo que será adelantado por el MSPS y la entidad o entidades territoriales de la región, que esté articulado con los prestadores de servicios existentes en la zona y cumpla con la integralidad, continuidad y calidad en los servicios de los individuos, familias y comunidad.</p>		
32	Elimina	<p>Artículo 32. Regionalización del aseguramiento. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 4o. de la presente Ley, toda EAPB que opte por operar en una o varias regiones definidas por el MSPS, deberá contar con la capacidad institucional que permita la gestión individual del riesgo en salud y coordinar con los riesgos poblacionales, colectivos, así como los riesgos laborales. La garantía al acceso a los servicios de salud en cada una de las regiones de aseguramiento se realizará con las redes integrales e integradas de servicios de salud, debidamente habilitadas por cada Dirección Departamental o Distrital de salud. Estas redes deberán impulsar el fortalecimiento del prestador primario, incluyendo en éstos, el uso de los servicios extramurales como la telesalud, consulta y hospitalización domiciliaria, entre otros, pudiendo celebrar convenios interinstitucionales con este fin. Parágrafo 1. El MSPSI diseñará un mecanismo de determinación del rango, en cuanto a la cantidad de EAPB que deben operar en cada región, de conformidad con el número de afiliados en cada una de ellas, con el fin de garantizar el adecuado ejercicio al derecho de la libre elección y competencia de mercado. Parágrafo 2. Los servicios de salud en regiones de baja densidad poblacional y bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, podrán ser prestados por una única EAPB. En el caso de que se decida prestar el servicio a través de un único EAPB, este será seleccionado mediante un proceso objetivo que será adelantado por el MSPS y la entidad o entidades territoriales de la</p>	H.R. JORGE GÓMEZ	EXCLUIDA

		<p>región, que esté articulado con los prestadores de servicios existentes en la zona y cumpla con la integralidad, continuidad y calidad en los servicios de los individuos, familias y comunidad.</p>		
32	<p>Modificativa de los párrafos del artículo 32</p>	<p>Parágrafo 1. Para efectos de la operación regional de las EAPB, el MSPS definirá regiones de aseguramiento en el territorio nacional, las cuales deberán permitir la eficiencia en la administración de los recursos y el manejo adecuado del riesgo en salud por parte de las EAPB. De igual manera, el MSPS; diseñará un mecanismo de determinación del rango en cuanto a la cantidad de EAPB que deben operar en cada región, de conformidad con el número de afiliados a cada una de ellas, con el fin de garantizar el adecuado ejercicio al derecho de la libre elección y competencia de mercado. El MSPS seleccionará las EAPB en cada región de aseguramiento priorizando aquellas que se encuentran autorizadas y cumplan las condiciones de habilitación, eligiendo las mejores calificadas en estricto orden descendente.</p> <p>Parágrafo 2. Los servicios de salud en regiones de baja densidad poblacional y bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, podrán ser prestados por una única EAPB. En el caso de se decida prestar el servicio a través de una única EAPB, este será seleccionado mediante un proceso objetivo que será adelantado por el MSPS y la entidad o entidades territoriales de la región, que esté articulado con los prestadores de servicios existentes en la zona y cumpla con la integralidad, continuidad y calidad en los servicios de los individuos, familias y comunidad, considerando variables de comunicación, infraestructura de servicios y su articulación con ciudades de referencia regional.</p>	<p>H.R. HURTADO</p>	<p>NORMA CONSTANCI A</p>
32	<p>Modificativa</p>	<p>Artículo 32. Regionalización del aseguramiento. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 4º. de la presente Ley, toda EAPB que opte por operar en una o varias regiones definidas por el MSPS, deberá contar con la capacidad institucional que permita la gestión individual del riesgo en salud y coordinar con los riesgos poblacionales, colectivos, así como los riesgos laborales. La garantía al acceso a los servicios de salud en cada una de las regiones de aseguramiento se realizará con las redes integrales e integradas de servicios de salud, debidamente habilitadas por cada Dirección Departamental o Distrital de salud. Estas redes deberán impulsar el fortalecimiento del prestador primario, incluyendo en éstos, el uso de los servicios extramurales como la telesalud, consulta y hospitalización domiciliaria, entre otros, pudiendo celebrar convenios interinstitucionales con este fin Parágrafo 1. El MSPS; diseñará un mecanismo de determinación del rango, en cuanto a la cantidad de EAPB que deben operar en cada región, de conformidad con el número de afiliados en cada una de ellas, con el fin de garantizar el adecuado ejercicio al derecho de la libre elección y competencia de mercado. Parágrafo 2. Los servicios de salud en regiones de baja densidad poblacional y bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, podrán ser prestados por una única EAPB. En el caso de</p>	<p>H.S. MILLA ROMERO</p>	<p>AVALADA</p>

		<p>que se decida prestar el servicio a través de un único EAPB, este será seleccionado mediante un proceso objetivo que será adelantado por el MSPS y la entidad o entidades territoriales de la región,</p> <p>que esté articulado con los prestadores de servicios existentes en la zona y cumpla con la integralidad, continuidad y calidad en los servicios de los individuos, familias y comunidad. <u>La selección de EAPB en regiones con población étnica se concertará con sus autoridades en cumplimiento de los principios de autodeterminación, autonomía y consulta.</u></p>		
32	Modificativa	<p>Artículo 32. Regionalización del aseguramiento. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 4o. de la presente Ley, toda EAPB que opte por operar en una o varias regiones definidas por el MSPS, deberá contar con la capacidad institucional que permita la gestión individual del riesgo en salud y coordinar con los riesgos poblacionales, colectivos, así como los riesgos laborales.</p> <p>La garantía al acceso a los servicios de salud en cada una de las regiones de aseguramiento se realizará con las redes integrales e integradas de servicios de salud, debidamente habilitadas por cada Dirección Departamental o Distrital de salud. Estas redes deberán impulsar el fortalecimiento del prestador primario, incluyendo en éstos, el uso de los servicios extramurales como la telesalud, consulta y hospitalización domiciliaria, entre otros, pudiendo celebrar convenios interinstitucionales con este fin.</p> <p>Parágrafo 1. El MSPS; diseñará un mecanismo de determinación del rango, en cuanto a la cantidad de EAPB que deben operar en cada región, de conformidad con el número de afiliados en cada una de ellas, <u>que garantice su sostenibilidad financiera y de operación,</u> así mismo se garantizará con el fin de garantizar el adecuado ejercicio al derecho de la libre elección y competencia de mercado.</p> <p>Parágrafo 2. Los servicios de salud en regiones de baja densidad poblacional y bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, podrán ser prestados por una única EAPB. En el caso de que se decida prestar el servicio a través de un único EAPB, este será seleccionado mediante un proceso objetivo que será adelantado por el MSPS y la entidad o entidades territoriales de la región,</p> <p>que esté articulado con los prestadores de servicios existentes en la zona y cumpla con la integralidad, continuidad y calidad en los servicios de los individuos, familias y comunidad.</p> <p><u>Parágrafo 3. Entiéndase por prestador primario lo definido en la Política Integral de Atención en Salud. El prestador primario es la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos; se concibe como unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario, para lo cual</u></p>	H.R. JENNIFER ARIAS	NO AVALADA

		<p><u>incluye los servicios de salud definidos en el componente primario⁶ . El Prestador Primario como organización funcional debe apovar los procesos de gestión de la prestación de los servicios de salud de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud conformada, organizada y operada por la EPS, con todos los servicios habilitados definidos dentro del componente primario de la red, y consecuentemente apoyando la función de gestión del riesgo en salud de la población a cargo en el Departamento o Distrito donde la EPS esté autorizada para operar. Para dar alcance a lo anterior, el prestador primario adicionalmente a los servicios primarios necesidades en salud de la población a cargo, resolver los problemas de salud más frecuentes y gestionar los riesgos en salud acorde a las rutas de atención integral en salud definidas para el efecto y a las demandas específicas de la población, y hará parte de la RIPSS de las EPS de conformidad con los criterios y lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior no solamente implica el cumplimiento de un conjunto de servicios sino debe garantizar otras capacidades procesos y procedimientos de gestión, que serán verificadas a través de los estándares y criterios de habilitación definidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social; sobre la base de la previa habilitación de los servicios conforme con la normatividad vigente. habilitados requeridos para el municipio donde opere debe contar con capacidad para identificar y analizar, en el municipio o distrito donde opere, las necesidades en salud de la población a cargo, resolver los problemas de salud más frecuentes y gestionar los riesgos en salud acorde a las rutas de atención integral en salud definidas para el efecto y a las demandas específicas de la población, y hará parte de la RIPSS de las EPS de conformidad con los criterios y lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social Lo anterior no solamente implica el cumplimiento de un conjunto de servicios sino debe garantizar otras capacidades procesos y procedimientos de gestión, que serán verificadas a través de los estándares y criterios de habilitación definidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social; sobre la base de la previa habilitación de los servicios conforme con la normatividad vigente.</u></p>		
32	Modificativa del artículo 32	<p>Artículo 32. Regionalización del aseguramiento. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 4o. de la presente Ley, toda EAPB que opte por operar en una o varias regiones definidas por el MSPS, deberá contar con la capacidad institucional que permita la gestión individual del riesgo en salud y coordinar con los riesgos poblacionales, colectivos, así como los riesgos laborales. La garantía al acceso a los servicios de salud en cada una de las regiones de aseguramiento se realizará con las redes integrales e integradas de servicios de salud, debidamente habilitadas por cada Dirección Departamental o Distrital de salud. Estas redes deberán impulsar el</p>	H.S. MANUEL BITERVO	AVALADA

		<p>fortalecimiento del prestador primario, incluyendo en éstos, el uso de los servicios extramurales como la telesalud, consulta y hospitalización domiciliaria, entre otros, pudiendo celebrar convenios interinstitucionales con este fin.</p> <p>Parágrafo 1. El MSPS; diseñará un mecanismo de determinación del rango, en cuanto a la cantidad de EAPB que deben operar en cada región, de conformidad con el número de afiliados en cada una de ellas, con el fin de garantizar el adecuado ejercicio al derecho de la libre elección y competencia de mercado.</p> <p>Parágrafo 2. Los servicios de salud en regiones de baja densidad poblacional y bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, podrán ser prestados por una única EAPB. En el caso de que se decida prestar el servicio a través de un único EAPB, este será seleccionado mediante un proceso objetivo que será adelantado por el MSPS y la entidad o entidades territoriales de la región, que esté articulado con los prestadores de servicios existentes en la zona y cumpla con la integralidad, continuidad y calidad en los servicios de los individuos, familias y comunidad. <u>La selección de EAPB en regiones con población étnica se concertará con sus autoridades en cumplimiento de los principios de autodeterminación, autonomía y consulta.</u></p>		
		<p>CAPITULO V PRESTACIÓN SERVICIOS DE SALUD</p>		
33		SIN PROPOSICIONES. IGUAL QUE LA PONENCIA PARA PRIMER DEBATE		
34	Modificativa del artículo 34	<p>Artículo 34. Regionalización de la prestación de servicios de salud. Los Prestadores de Servicios de Salud podrán converger para garantizar los servicios y tecnologías del Plan de Beneficios en las regiones. La prestación de servicios primarios se debe garantizar en el ámbito local de acuerdo con la disponibilidad de la oferta. En caso de no existir la oferta necesaria dicha atención se podrá prestar en el ámbito departamental y si ésta no cuenta con los servicios suficientes, se podrá prestar en el ámbito regional. La prestación de servicios complementarios se brindará en el ámbito departamental, y en caso de no existir la oferta necesaria y suficiente se garantizará en la región. <u>Parágrafo: Dentro de las competencias de las secretarías territoriales de salud se deberá garantizar que la EAPB contraten con la red habilitada en la región.</u></p>	H.R. JENNIFER ARIAS	NO AVALADA
34	Modificativa	<p>Artículo 34. Regionalización de la prestación de servicios de salud. Los Prestadores de Servicios de Salud podrán converger para garantizar los servicios y tecnologías del Plan de Beneficios en las regiones. La prestación de servicios primarios se debe garantizar en el ámbito local de acuerdo con la disponibilidad de la oferta. En caso de no existir la oferta necesaria dicha atención se podrá prestar en el ámbito departamental y si ésta no cuenta con los servicios</p>	H.R. SÁNCHEZ ÁNGELA	NO AVALADA

		suficientes, se podrá prestar en el ámbito regional. La prestación de servicios complementarios se brindará en el ámbito departamental, y en caso de no existir la oferta necesaria y suficiente se garantizará en la región. <u>Parágrafo: A partir de la entrada en vigencia de la presente ley, todos los entes territoriales del país deberán adelantar acciones encaminadas a proporcionar de forma progresiva la oferta de servicios de salud necesaria en sus respectivos territorios, en coordinación con el MSPS y con las o la EAPB que esté presente en su jurisdicción.</u>		
34	Modificativa	Artículo 34. Regionalización de la prestación de servicios de salud. Los Prestadores de Servicios de Salud podrán converger para garantizar los servicios y tecnologías del Plan de Beneficios en las regiones. La prestación de servicios primarios se debe garantizar en el ámbito local de acuerdo con la disponibilidad de la oferta. En caso de no existir la oferta necesaria dicha atención se podrá prestar en el ámbito departamental y si ésta no cuenta con los servicios suficientes, se podrá prestar en el ámbito regional. La prestación de servicios complementarios se brindará en el ámbito departamental, y en caso de no existir la oferta necesaria y suficiente se garantizará en la región, <u>a través de convenios interinstitucionales que garanticen la prestación del servicio en el lugar que más se le facilite al usuario</u>	H.S. MILLA ROMERO	NO AVALADA
34	Modificativa	Artículo 34. Regionalización de la prestación de servicios de salud. Los Prestadores de Servicios de Salud podrán converger para garantizar los servicios y tecnologías del Plan de Beneficios en las regiones. La prestación de servicios primarios se debe garantizar en el ámbito local de acuerdo con la disponibilidad de la oferta. <u>la necesidad de las comunidades.</u> En caso de no existir la oferta <u>capacidad instalada</u> necesaria dicha atención se podrá prestar en el ámbito departamental y si ésta no cuenta con los servicios suficientes, se podrá prestar en el ámbito regional. La prestación de servicios complementarios se brindará en el ámbito departamental, y en caso de no existir la oferta <u>capacidad instada</u> necesaria y suficiente se garantizará en la región	H.S. JOSÉ RITTER LÓPEZ	AVALADA
35	Eliminatoria	Eliminar el artículo 35	BANCADA COMUNES	NO AVALADA
35	Modifica	Artículo 35. Redes integrales e integradas de Servicios. Las Redes integrales e integradas de Servicios, podrán estar conformadas por Prestadores de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta con servicios habilitados, articulados por niveles de atención y complejidad a través de las redes de prestadores primarios y prestadores complementarios. Los integrantes de las redes deben contar con recursos humanos, técnicos, financieros, físicos, tecnológicos y de información e incluir los procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud que permita garantizar la gestión adecuada de la atención.	H.R. JENNIFER ARIAS	NO AVALADA

		Las redes se gestionarán bajo los principios de disponibilidad, equidad aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo y calidad en los servicios de salud, con una atención oportuna, continua, integral y resolutividad , resolutiva permitiendo la participación comunitaria y las acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes de la salud. Parágrafo 1. Las redes integrales e integradas de prestación de servicios deberán garantizarse, en las regiones, departamentos, distritos, municipios y localidades, donde la población vive, trabaja, se recrea o estudia. Parágrafo 2. Las EAPB, en concertación con las entidades territoriales, garantizará la integralidad y continuidad de los servicios de acuerdo con el análisis de la situación de salud de sus afiliados y las prioridades del Plan Territorial de Salud. Parágrafo 3. Las direcciones territoriales de salud departamentales y distritales habilitarán las redes de prestación de servicios de su jurisdicción y el MSPS, habilitará las redes de prestación de servicio a nivel regional. Estas redes serán vigiladas y controladas por la SNS. Parágrafo 4. Las EAPB deberán reportar al MSPS, a través del módulo de redes del Registro Especial de Prestadores de Salud -REPS-, la información actualizada del Prestador Primario al cual se encuentra adscrito cada uno de sus afiliados, al igual que los prestadores complementarios de servicios de salud y las unidades funcionales que conforman la red integral de prestadores de servicios de salud.		
35	Modifica el parágrafo 2 del artículo 35	Parágrafo 2. Las EAPB, en concertación con las entidades territoriales, garantizará la integralidad de los servicios de acuerdo con el análisis de la situación de salud de sus afiliados y las prioridades del Plan Territorial de Salud. <u>Las direcciones territoriales de salud departamentales y distritales garantizarán la integralidad de los servicios de acuerdo con el análisis de la situación de salud de sus afiliados y las prioridades del Plan Territorial de Salud y en coordinación con la EAPB</u>	H.R. JORGE GÓMEZ	EXCLUIDA POR SOLICITUD DEL AUTOR
35	Modifica el parágrafo 3 del artículo 35	Artículo 35. Redes integrales e integradas de Servicios. (...) Parágrafo 3. Las direcciones territoriales de salud departamentales y distritales habilitarán las redes de prestación de servicios de su jurisdicción y el MSPS, habilitará las redes de prestación de servicio a nivel regional. Estas redes serán vigiladas y controladas por la SNS. <u>El consorcio o la unión temporal que se constituya para conformar las redes integradas e integrales de servicios de salud será el responsable de verificar de cada uno de los prestadores que integren la red, los certificados de habilitación emitidos por la entidad territorial correspondiente, el REPS y el Sistema Único Hospitalario.</u>	H.R. NORMA HURTADO	AVALADA
35	Aditiva al artículo 35	“Artículo 35. Redes integrales e integradas de Servicios. Las Redes integrales e integradas de Servicios, podrán estar conformadas por Prestadores de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta con servicios habilitados, articulados por niveles de atención y complejidad a	H.R. JHON ARLEY MURILLO	AVALADA

	(adiciona un párrafo)	<p>través de las redes de prestadores primarios y prestadores complementarios. Los integrantes de las redes deben contar con recursos humanos, técnicos, financieros, físicos, tecnológicos y de información e incluir los procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud que permita garantizar la gestión adecuada de la atención.</p> <p>Las redes se gestionarán bajo los principios de disponibilidad, equidad aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo y calidad en los servicios de salud, con una atención oportuna, continua, integral y resolutivez, permitiendo la participación comunitaria y las acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes de la salud.</p> <p>Parágrafo 1. Las redes integrales e integradas de prestación de servicios deberán garantizarse en las regiones, departamentos, distritos, municipios y localidades, donde la población vive, trabaja, se recrea o estudia.</p> <p>Parágrafo 2. Las EAPB, en concertación con las entidades territoriales, garantizará la integralidad de los servicios de acuerdo con el análisis de la situación de salud de sus afiliados y las prioridades del Plan Territorial de Salud. Parágrafo 3. Las direcciones territoriales de salud departamentales y distritales habilitarán las redes de prestación de servicios de su jurisdicción y el MSPS, habilitará las redes de prestación de servicio a nivel regional. Estas redes serán vigiladas y controladas por la SNS.</p> <p>Parágrafo 4. Las EAPB deberán reportar al MSPS, a través del módulo de redes del Registro Especial de Prestadores de Salud -REPS-, la información actualizada del Prestador Primario al cual se encuentra adscrito cada uno de sus afiliados, al igual que los prestadores complementarios de servicios de salud y las unidades funcionales que conforman la red integral de prestadores de servicios de salud. <u>Parágrafo 5. Las Redes integrales e integradas de Servicios deberán integrar a los actores comunitarios que, de una u otra forma, aporten al servicio de salud de la población de sus territorios.</u></p>		
35	Sustitutiva	<p>Artículo 35. Redes integrales e integradas de Servicios. Las Redes integrales e integradas de Servicios, podrán estar conformadas por Prestadores de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta con servicios habilitados, articulados por niveles de atención y complejidad a través de las redes de prestadores primarios y prestadores complementarios.</p> <p>Los integrantes de las redes deben contar con recursos humanos, técnicos, financieros, físicos, tecnológicos y de información e incluir los procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud que permita garantizar la gestión adecuada de la atención. <u>Los mecanismos de verificación y habilitación previamente establecidos por el MSPS para los prestadores de servicios de salud, se ajustarán a lo previsto en la presente ley.</u></p>	HHRR NORMA HURTADO Y JOHN ARLEY MURILLO	AVALADA

		<p>Las redes se gestionarán bajo los principios de disponibilidad, equidad aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo y calidad en los servicios de salud, con una atención oportuna, continua, integral y resolutive, permitiendo la participación comunitaria y las acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes de la salud.</p> <p>Parágrafo 1. Las redes integrales e integradas de prestación de servicios deberán garantizarse en las regiones, departamentos, distritos, municipios y localidades, donde <u>más se le facilite al usuario</u> la población vive, trabaja, se recrea o estudia.</p> <p>Parágrafo 2. Las EAPB, en concertación con las entidades <u>direcciones</u> territoriales, <u>departamentales y distritales</u>, garantizará la integralidad, <u>continuidad y oportunidad</u> de los servicios de acuerdo con el análisis de la situación de salud de sus afiliados y las prioridades del Plan Territorial de Salud.</p> <p>Parágrafo 3. Las direcciones territoriales de salud departamentales y distritales habilitarán las redes de prestación de servicios de su jurisdicción y el MSPS, habilitará las redes de prestación de servicio a nivel regional. Estas redes serán vigiladas y controladas por la SNS.</p> <p>Parágrafo 4. Las EAPB deberán reportar al MSPS, a través del módulo de redes del Registro Especial de Prestadores de Salud -REPS-, la información actualizada del Prestador Primario al cual se encuentra adscrito cada uno de sus afiliados, al igual que los prestadores complementarios de servicios de salud y las unidades funcionales que conforman la red integral de prestadores de servicios de salud.</p> <p><u>Parágrafo 5. Las redes integrales e integradas de servicios deberán integrar a los agentes comunitarios que, de una u otra forma, aporten y/o participen al servicio de salud de la población de sus territorios.</u></p>		
36	Modifica	<p>Artículo 36. Prestador Primario. El prestador primario es el componente básico del servicio de salud que velará por la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en individuos, familias y comunidad conforme a lo incluido en el Plan de Beneficios en Salud, con capacidad resolutive para atender la mayor parte de los eventos en salud, para lo cual contará con la capacidad humana, técnica, tecnológica, administrativa y financiera suficiente.</p> <p>Los prestadores primarios en lo ambulatorio, contarán con el apoyo de especialistas en medicina familiar y comunitaria y especialidades básicas relacionadas con el comportamiento epidemiológico de la región, también contará con otras profesiones relacionadas con el servicio de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, y tecnologías necesarias para la atención de la población a su cargo y en los servicios de atención extramural contará con servicios de telesalud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria, de manera que se garantice el acceso oportuno de la atención. <u>El personal de salud que conforma el nivel primario de prestación de servicios, tendrá un grupo de familias</u></p>	H.R. HURTADO	NORMA AVALADA

		<p><u>adscritas asignadas por la máxima autoridad de la región de prestación de servicios para quienes liderarán el proceso de atención primaria en salud.</u> Parágrafo 1°. La prestación de los servicios por parte del prestador primario, al interior de las redes primarias de servicios no requerirá de autorización por parte de las EAPB. <u>Parágrafo 2°. Los servicios que se ofertan por partes de las redes integrales e integradas han de estar sustentados en guías o protocolos de práctica clínica, debidamente validada por la autoridad competente en la Ruta Integral de Atención en Salud.</u> Parágrafo 3°. Se ha de contar con la disponibilidad del personal de salud de que trata este artículo por cada cinco mil (5.000) familias más próximas al centro hospitalario, sobre las cuales tendrán a cargo el mantenimiento de un adecuado nivel de salud de conformidad con el cumplimiento de un Plan de Acción Trimestral de cobertura, organización de la oferta y calidad de atención expedido por las secretarías de salud territoriales, quienes a su vez realizarán la valoración del cumplimiento de responsabilidades otorgadas a cada grupo de personal de salud, así como la adopción de medidas correctivas a las que haya lugar. Parágrafo 4°. La máxima autoridad de la región de salud velará para que el personal de salud cumpla los criterios requeridos para satisfacer los compromisos asistenciales de acuerdo a lo esperado. En todo caso, corresponde a los entes territoriales, al Ministerio de Educación Nacional y al Ministerio de Salud y Protección Social desarrollar un plan de formación y capacitación al personal de este nivel, con el propósito de poder cumplir con los compromisos que asume el primer nivel de atención dentro de la red integral e integrada de servicios. Dentro de este plan de capacitación, el desarrollo de la especialidad en medicina familiar ha de ser un elemento prioritario.</p>		
36	Modifica	<p>Artículo 36. Prestador Primario. El prestador primario es el componente básico del servicio de salud que velará por la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en individuos, familias y comunidad, con capacidad resolutoria para atender la mayor parte de los eventos en salud, para lo cual contará con <u>la infraestructura, el talento humano, la capacidad técnica,</u> capacidad humana, técnica, tecnológica, administrativa y financiera suficiente.</p>	H.R. JORGE GÓMEZ	EXCLUIDA POR SOLICITUD DEL AUTOR
36	Modificativa del artículo 36 elimina el parágrafo	<p>Artículo 36. Prestador Primario. El prestador primario es el componente básico del servicio de salud que velará por la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en individuos, familias y comunidad, con capacidad resolutoria para atender la mayor parte de los eventos en salud, para lo cual contará con la capacidad humana, técnica, tecnológica, administrativa y financiera suficiente.</p> <p>Los prestadores primarios en lo ambulatorio, contarán con el apoyo de especialistas en medicina familiar y comunitaria y especialidades básicas relacionadas con el comportamiento epidemiológico de la región, también contará con otras profesiones relacionadas con el servicio</p>	H.S. JOSÉ RITTER LÓPEZ	NO AVALADA

		de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, y tecnologías necesarias para la atención de la población a su cargo y en los servicios de atención extramural contará con servicios de telesalud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria, de manera que se garantice el acceso oportuno de la atención. <u>Parágrafo. La prestación de los servicios por parte del prestador primario, al interior de las redes primarias de servicios no requerirá de autorización por parte de las EAPB</u>		
36	Sustitutiva	<p>Artículo 36. Prestador Primario. El prestador primario es el componente básico del servicio de salud que velará por la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en individuos, familias y comunidad, con capacidad resolutoria para atender la mayor parte de los eventos en salud, para lo cual contará con la <u>infraestructura, el talento humano,</u> la capacidad humana, técnica, tecnológica, administrativa y financiera suficiente. <u>El personal de salud que conforma el prestador primario deberá tener adscrito un número de familias para liderar la atención primaria en salud, de común acuerdo entre las EAPB y la dirección territorial de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los lineamientos para dar cumplimiento en el presente inciso.</u></p> <p>Los prestadores primarios en lo ambulatorio, contarán con el apoyo de especialistas en medicina familiar y comunitaria y especialidades básicas relacionadas con el comportamiento epidemiológico de la región, también contará con otras profesiones relacionadas con el servicio de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, y tecnologías necesarias para la atención de la población a su cargo y en los servicios de atención extramural contará con servicios de telesalud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria, de manera que se garantice el acceso oportuno de la atención. Parágrafo 1°. La prestación de los servicios por parte del prestador primario, al interior de las redes primarias de servicios no requerirá de autorización por parte de las EAPB.</p> <p><u>Parágrafo 2°. En cada red integral e integrada de servicios de salud se deberá contar con disponibilidad de personal en salud del prestador primario, acorde con el comportamiento epidemiológico, densidad geográfica, atención de los determinantes sociales en salud y los demás que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</u></p> <p><u>Parágrafo 3°. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá definir y diseñar un plan de formación y capacitación del personal del prestador primario en el enfoque de medicina y salud familiar y comunitaria, y los que se consideren necesarios para resolver las situaciones en salud de la población a cargo.</u></p>	HR HURTADO	NORMA AVALADA

37	Modificativa	<p>Artículo 37. Prestadores Complementarios. Los prestadores complementarios son aquellos prestadores con capacidad para atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de media y alta complejidad, ambulatorio, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos. Deberán garantizar la integralidad de la atención y su complementariedad a través del sistema de referencia y contrarreferencia dentro de la Red Integral de Servicios de Salud definida.</p> <p><u>Su actividad ha de centrarse en responder de forma efectiva a las necesidades de apoyo que el primer nivel de atención requiera de manera especializada y subespecializada. De igual manera, ha de responder a las necesidades de otros centros asistenciales de su misma categoría con quienes comparte ámbitos territoriales o poblacionales. Asimismo, los servicios que se ofertan han de estar sustentados en guías o protocolos de práctica clínica, debidamente validada por la autoridad competente en la Ruta Integral de Atención en Salud.</u></p> <p><u>La atención en salud para el nivel de atención complementario estará a cargo de personal clínico especializado o subespecializado en su respectiva área, asistido en algunos casos por profesionales en salud general y por personal técnico, sobre todo en lo relativo a las pruebas diagnósticas para detección temprana de afectaciones en salud.</u></p> <p><u>Parágrafo. El catálogo de pruebas de los servicios especializados que posea el componente de prestadores complementarios de servicios de salud estará accesible, bajo acuerdo mutuo, al componente de prestadores primarios de servicios de salud, con la finalidad de alcanzar la máxima capacidad de resolución y evitar duplicidades de solicitudes de diagnóstico.</u></p>	H.R HURTADO	NORMA	AVALADA PARCIALME NTE
38	Modifica	<p>Artículo 38. Centros de Excelencia. Los Centros de Excelencia son prestadores complementarios que pueden ser prestadores independientes o subredes de atención que se caracterizan por su capacidad de integrar la asistencia, la investigación y la docencia impartida por las universidades alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte entecnología y especialización médica. (...) Parágrafo 2. El MSPS; definirá y reglamentará, <u>constituirá una mesa con todos los sectores del sector salud, trabajadores, profesionales, academia y sindicatos,</u> dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, <u>para definir</u> los grupos de enfermedad o procedimientos que para su manejo requieran la incorporación de Centros de Excelencia en las Redes integrales e integradas de Prestación de Servicios, así como los regímenes de transición para su creación y habilitación.</p>	H.R. JORGE GÓMEZ		EXCLUIDA POR SOLICITUD DEL AUTOR

38	Modifica el parágrafo 1	<p>Artículo 38. Centros de Excelencia. Los Centros de Excelencia son prestadores complementarios que pueden ser prestadores independientes o subredes de atención que se caracterizan por su capacidad de integrar la asistencia, la investigación y la docencia alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte en tecnología y especialización médica.</p> <p>Parágrafo 1. Los centros de excelencia deberán tener la capacidad de manejo integral de las enfermedades, condiciones o procedimientos a partir de la cual están definidos, que incluirá entre otras el cáncer, <u>el manejo integral del VIH, la enfermedad renal crónica</u>, la falla cardiaca, los trasplantes, las enfermedades huérfanas y demás que requieran el aporte continuo de tecnología e investigación.</p>	H.R. FABIÁN CASTILLO	AVALADA
39	Eliminatoria	Eliminar el artículo 39	BANCADA COMUNES	NO AVALADA
39	Modifica el parágrafo 1	<p>Parágrafo 1. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, y la Ley 1996 de 2019 en su artículo 8 <u>y previo estudio técnico adelantado por las respectivas direcciones territoriales de salud departamentales, en el cual se determine la inviabilidad financiera de las ESE y que esta no obedezca al no pago de servicios por parte de las EAPB</u>, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios. deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios.</p>	H.R. JUAN CARLOS REINALES	NO AVALADA
39	Adiciona un parágrafo	<p>Artículo 39. Empresas Sociales del Estado. Los hospitales públicos continuarán funcionando como Empresas Sociales del Estado ESE. Los hospitales públicos en territorios no certificados y los certificados que lo consideren pertinente, podrán emprender procesos de integración estructural de varias ESE, en una única razón social cargo del departamento, distritos, municipios o de asociación de municipios. Los procesos de integración funcional mediante diversos tipos de acuerdos de voluntades podrán mantener la figura de las ESE individuales con diversas razones sociales.</p> <p>En cualquier caso, su configuración corresponderá a redes regionales de salud definidas en la presente Ley. Al interior de cada red regional, existiría una organización por micro territorios y la disposición de redes de prestadores primarios y de estos con prestadores complementarios.</p> <p>Parágrafo 1. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, y la Ley 1996 de 2019 en su artículo 8, las ESE que no tengan sostenibilidad financiera por dificultades administrativas o técnicas, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios.</p> <p>Parágrafo 2. Si la venta de servicios por condiciones del mercado no financia la prestación de servicios de salud, las ESEs podrán recibir subsidios de oferta. <u>Parágrafo 3. Sin perjuicio de</u></p>	H.R. NORMA HURTADO	CONSTANCIA

		<u>lo previsto en el artículo 235 de la Ley 1955 de 2019 y sus decretos reglamentarios, la selección de las Empresas Sociales del Estado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para la entrega del subcomponente de subsidio a la oferta, priorizará aquellas instituciones prestadoras de servicios de salud con población a cargo igual o menor a quince mil (15.000) habitantes, para lo cual se reconocerá un porcentaje adicional al 30% por población ya definido; dicho porcentaje adicional será conmutable con los otros criterios de distribución, de común acuerdo entre la ESE y el Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo aquí dispuesto en el plazo de tres (3) meses contados a partir de la expedición de la presente ley.</u>		
39	Modifica el parágrafo 2	Artículo 39. Empresas Sociales del Estado. Los hospitales públicos continuarán funcionando como Empresas Sociales del Estado ESE. Los hospitales públicos en territorios no certificados y los certificados que lo consideren pertinente, podrán emprender procesos de integración estructural de varias ESE, en una única razón social a cargo del departamento, distritos, municipios o de asociación de municipios. Los procesos de integración funcional mediante diversos tipos de acuerdos de voluntades podrán mantener la figura de las ESE individuales con diversas razones sociales. En cualquier caso, su configuración corresponderá a redes regionales de salud definidas en la presente Ley. Al interior de cada red regional, existiría una organización por micro territorios y la disposición de redes de prestadores primarios y de estos con prestadores complementarios. Parágrafo 1. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, y la Ley 1996 de 2019 en su artículo 8, las ESE que no tengan sostenibilidad financiera por dificultades administrativas o técnicas, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios. Parágrafo 2. Si la venta de servicios por condiciones del mercado no financia la prestación de servicios de salud, las ESEs podrán recibir subsidios de oferta, el MSPS o la entidad en que esta delegue, velará porque los recursos sean girados de manera oportuna y ágil.	H.S MILLA ROMERO	NO AVALADA
39	Modificativa	Artículo 39. Empresas Sociales del Estado. Los hospitales públicos continuarán funcionando como Empresas Sociales del Estado ESE. Los hospitales públicos en territorios no certificados y los certificados que lo consideren pertinente, podrán emprender procesos de integración estructural de varias ESE, en una única razón social a cargo del departamento, distritos, municipios o de asociación de municipios. Los procesos de integración funcional mediante diversos tipos de acuerdos de voluntades podrán mantener la figura de las ESE individuales con diversas razones sociales. En cualquier caso, su configuración corresponderá a redes regionales de salud definidas en la presente Ley. Al interior de cada red regional, existiría una organización por micro territorios	HR MAURICIO TORO	NO AVALADA

		y la disposición de redes de prestadores primarios y de estos con prestadores complementarios. Parágrafo 1. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, y la Ley 1996 de 2019 en su artículo 8, las ESE que no tengan sostenibilidad financiera por dificultades administrativas o técnicas, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios. Parágrafo 2. Si la venta de servicios por condiciones del mercado no financia la prestación de servicios de salud, las ESEs podrán recibir subsidios de oferta.		
40	Elimina	Artículo 40. Tipologías de las Empresas Sociales del Estado. Las características de las ESE deben ser establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en los siguientes elementos: a. Modelos tipo de hospitales, de acuerdo con la población a atender, su dispersión geográfica, la oferta de servicios, el portafolio de servicios, la frecuencia de uso, las condiciones de mercados, entre otros. b. Determinación de los recursos humanos, físicos y tecnológicos, por tipo de hospital. c. Determinación de régimen presupuestal acorde con los ingresos, costos, gastos, recaudo, cartera, inversiones y demás relacionados. d. Modelos de evaluación de servicios, financiera de gestión, calidad y resultados en salud por tipo de hospital. e. Planta de Cargos.	H.R. JORGE GÓMEZ	EXCLUIDA POR SOLICITUD DEL AUTOR
40	Modifica	Artículo 40. Tipologías de las Empresas Sociales del Estado. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los tipos de Empresas Sociales del Estado Las características de las ESE deben ser establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en los siguientes elementos: a. Modelos tipo de hospitales, de acuerdo con la población a atender, su dispersión geográfica, la oferta de servicios, el portafolio de servicios, la frecuencia de uso, las condiciones de mercados, entre otros. b. Determinación de los recursos humanos, físicos y tecnológicos, por tipo de hospital. c. Determinación de régimen presupuestal acorde con los ingresos, costos, gastos, recaudo, cartera, inversiones y demás relacionados. d. Modelos de evaluación de servicios, financiera de gestión, calidad y resultados en salud por tipo de hospital. e. Planta de Cargos. f. Los demás que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.	H.S. JOSÉ RITTER LÓPEZ	NO AVALADA
41	Modifica	Artículo 41. Nombramiento de directores o gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Los cargos de directores o gerentes de Empresas Sociales del Estado del orden nacional, departamental, distrital o municipal, serán de período institucional de cuatro (4) años y se nombrarán de acuerdo a lo definido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016.	H.R. ÁNGELA SÁNCHEZ	AVALADO

		<p>Previo al nombramiento, se deberá realizar la evaluación de competencias de los aspirantes a ocupar dicho empleo por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública, para lo cual el nominador deberá remitir más de una mínimo tres hojas de vida. Una vez adelantada la evaluación dicha entidad informará al Presidente de la República, al gobernador o alcalde si los aspirantes cumplen con las competencias requeridas, de lo cual se dejará evidencia. El nombramiento del director o gerente de la Empresa Social del Estado del orden nacional, departamental o municipal recaerá en quien acredite los requisitos exigidos para el desempeño del cargo y demuestre las competencias requeridas. Parágrafo: Corresponde al Departamento Administrativo de la Función Pública, definir las competencias para ocupar el empleo de director o gerente de una Empresas Sociales del Estado.</p>		
41	Sustitutiva	<p><u>Artículo 41. Nombramiento de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado.</u> <u>Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados por el Jefe de la respectiva Entidad Territorial; y por el Presidente de la República en aquellos del nivel nacional. Corresponderá al Presidente de la República, a los Gobernadores y los Alcaldes, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente artículo, seleccionando a una persona que haya resultado incluida en las respectivas ternas que se conformen mediante procesos de postulación, evaluación y selección que para dicho fin sea definido y reglamentado por el Departamento Administrativo de la Función Pública, procesos que deberán incluir como mínimo las siguientes fases:</u> <u>1. Publicación del perfil requerido, requisitos mínimos, y condiciones del cargo</u> <u>2. Postulación por parte de los posibles candidatos, presentando como mínimo hoja de vida, certificados de los requisitos mínimos, y una propuesta de plan de gestión institucional y administrativa en caso de ser seleccionado.</u> <u>3. Prueba de aptitudes y conocimientos en los temas propios de su cargo</u> <u>4. Entrevistas a los candidatos que hayan superado el puntaje mínimo requerido de la Prueba de aptitudes y conocimiento</u> <u>5. Publicación de la evaluación y calificación de los candidatos habilitados</u> <u>6. Conformación de la terna, con los candidatos que obtengan las calificaciones más altas del proceso, y se hayan verificado los soportes y cumplimiento de los requisitos fijados para el proceso respectivo.</u> <u>7. Los jefes de las respectivas Entidades Territoriales o el Presidente de la República, según corresponda para cada caso, seleccionará de esta terna, a la persona que nombrará para el cargo respectivo.</u> <u>Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para</u></p>	HR MAURICIO TORO	NO AVALADA

		<u>períodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, del Gobernador o del Alcalde. Dentro de dicho período, sólo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial</u>		
42	Eliminatoria	Eliminar el artículo 42	BANCADA COMUNES	NO AVALADA
42	Sustitutiva	<u>Artículo 42. Requisitos generales del funcionamiento de las ESE en Redes Integrales de Atención. Las ESE deberán cumplir con las siguientes exigencias adicionales a las propias de su habilitación:</u> <u>1. Deberán funcionar en redes integrales de servicios que podrán ser de naturaleza pública o mixta y podrán participar en varias de ellas.</u> <u>2. El portafolio de servicios de las ESE debe corresponder a las necesidades y problemas de la población de su jurisdicción, el tamaño poblacional, las condiciones de mercado, los recursos disponibles, ajustados a los modelos tipo descritos en la presente ley, lo cual debe estar reflejado en el Plan de redes de servicios del departamento o las ATS. Las ESE no podrán habilitar servicios por fuera de este Plan.</u> <u>3. Deberán prestar los servicios vitales reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social.</u> <u>Si la venta de servicios no financia dicha prestación recibirán subsidios de oferta</u> <u>Parágrafo 1. Será responsabilidad de las entidades territoriales la coordinación operativa y complementariedad de los hospitales públicos que hagan parte de las redes integrales de atención.</u> <u>Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá una metodología para la organización de las redes territoriales de servicios de salud que incluya la capacidad instalada, desarrollo de alianzas entre las ESE, integración del portafolios de servicios, gestión y coordinación</u>	H.R. JAIRO CRISTO Y CIA	CONSTANCI A

		<u>los servicios, evaluación de la de factibilidad técnica y financiera de los servicios ofertada de manera que respondan al análisis de situación de salud de la entidad territorial. Así mismo, establecerá estímulos por resultados para las redes de ESE conformadas, así como definirá la metodología para realizar el monitoreo y seguimiento a los indicadores determinados. Parágrafo 3. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, las ESE que no tengan sostenibilidad financiera, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios.</u>		
42	Adiciona un parágrafo	<u>Parágrafo 5. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá flexibilizar de acuerdo a las condiciones geográficas, étnicas y culturales, los requisitos de operación de las ESE que se encuentren ubicadas en los municipios descritos en el Decreto Ley 893 de 2017 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, sin afectar la calidad del servicio.</u>	H.R. JAIRO CRISTO Y CIA	AVALADO
43	Modificativa	Artículo 43 Artículo 43. Fortalecimiento de las redes primarias de Empresas Sociales de Salud. El MSPS desarrollará un programa de fortalecimiento de las capacidades en salud a las ESEs que conforman las redes primarias de atención, <u>para lo cual presentará en el presupuesto general de la nación para el año 2022 un artículo que destine recursos extraordinarios, nuevos y adicionales a los establecidos en la ley con destino a las ESEs. Dichos recursos deberán equivaler a por lo menos el 5% + IPC del presupuesto destinado para las ESEs en el año 2021.</u>	H.R. JORGE GÓMEZ	EXCLUIDA POR SOLICITUD DEL AUTOR
43	Modifica	Artículo 43. Fortalecimiento de las redes primarias de Empresas Sociales de Salud. <u>El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley,</u> desarrollará un programa de fortalecimiento de las capacidades en salud a las ESEs que conforman las redes primarias de atención.	H.R. JUAN CARLOS REINALES	AVALADO
43	Modifica	Artículo 43. Fortalecimiento de las redes primarias de Empresas Sociales de Salud. El MSPS desarrollará un programa de fortalecimiento de las capacidades en salud a las ESEs que conforman las redes primarias de atención. <u>En dicho programa participarán de forma activa los entes territoriales.</u>	H.R. ÁNGELA SÁNCHEZ	NO AVALADA
44	Sustitutiva	Artículo 44. Transformación del Instituto Nacional de Cancerología -INC. Transfórmese el Instituto Nacional de Cancerología en una entidad estatal de naturaleza especial, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, la cual conserva la misma denominación y hará parte del Sistema Nacional	H.R. JAIRO CRISTO Y CIA	RETIRADA

		de Ciencia, Tecnología e Innovación. Los derechos y obligaciones que a la fecha de promulgación de esta ley tenga el INC, continuarán en favor y a cargo de este, como entidad estatal de naturaleza especial. De conformidad con lo establecido en el artículo 150, numeral 10, de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias por el término de seis (6) meses, contados desde la fecha de publicación de la presente ley, para transformar y reestructurar al INC de acuerdo a su nueva naturaleza jurídica, definir su domicilio, objeto, funciones, órganos y estructura de dirección y administración, patrimonio y fuentes de recursos, régimen jurídico administrativo, laboral y contractual. La inspección vigilancia y control del INC, será ejercida por la Superintendencia Nacional de Salud. <u>Parágrafo. El Gobierno Nacional, dentro de los seis (6) meses de la entrada en vigencia de la presente ley, deberá presentar ante el Congreso de la República una iniciativa legislativa que contenga las medidas, procedimientos, definiciones y demás acciones pertinentes, que necesarias para la transformación del Instituto Nacional de Cancerología.</u>		
		CAPÍTULO VI TRANSACCIONALIDAD Y MECANISMOS DE PAGO		
45	Elimina	Artículo 45. Agrupadores de Eventos en Salud. El MSPS diseñará un instrumento que permita a partir de uno o varios agrupadores, integrar procedimientos, intervenciones, actividades y tecnologías, en función de los ciclos de atención y a partir de diagnósticos de episodios para el manejo de la enfermedad. Este instrumento será utilizado como herramienta para evaluar la gestión clínica en función de los resultados en salud y facilitar el intercambiar la información en la transaccionalidad entre los agentes del sistema. Lo anterior sin perjuicio de la autonomía médica.	H.R. JORGE GÓMEZ	EXCLUIDA POR SOLICITUD DEL AUTOR
45	Elimina	Artículo 45. Agrupadores de Eventos en Salud. El MSPS diseñará un instrumento que permita a partir de uno o varios agrupadores, integrar procedimientos, intervenciones, actividades y tecnologías, en función de los ciclos de atención y a partir de diagnósticos de episodios para el manejo de la enfermedad. Este instrumento será utilizado como herramienta para evaluar la gestión clínica en función de los resultados en salud y facilitar el intercambiar la información en la transaccionalidad entre los agentes del sistema. Lo anterior sin perjuicio de la autonomía médica.	H.R. FABIÁN DIAZ PLATA	NO AVALADA
45	Modificativa	Artículo 45. Agrupadores de Eventos en Salud. <u>El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del primer año luego de la entrada en vigencia de esta ley,</u> diseñará un instrumento que permita a partir de uno o varios agrupadores Integrar procedimientos, intervenciones, actividades y tecnologías, en función de los ciclos de atención y a partir de diagnósticos en episodios para el manejo de la enfermedad.	H.R. JUAN CARLOS REINALES	AVALADO

		Este instrumento será utilizado como herramienta para evaluar la gestión clínica en función de los resultados en salud y facilitar el intercambio de información en la transaccionalidad entre los agentes del sistema. Lo anterior sin perjuicio de la autonomía médica.		
45	Modificativa	<p>Artículo 45. Agrupadores de Eventos en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará un instrumento que permita a partir de uno o varios agrupadores Integrar procedimientos, intervenciones, actividades y tecnologías, en función de los ciclos de atención y a partir de diagnósticos en episodios para el manejo de la enfermedad. Este instrumento será utilizado como herramienta para evaluar la gestión clínica en función de los resultados en salud y facilitar el intercambio de información en la transaccionalidad entre los agentes del sistema. Lo anterior sin perjuicio de la autonomía médica.</p> <p><u>Parágrafo: Los agrupadores no se pueden constituir en barreras de acceso para los pacientes.</u></p>	H.S. GABRIEL JAIME VELASCO	AVALADO
46	Elimina	<p>Artículo 46. Contratación entre agentes del Sistema. La relación entre los agentes será mediada a través de acuerdos de voluntades justos y estables que propendan por la garantía del derecho fundamental a la salud, la gestión integral del riesgo y la obtención de resultados en salud y deberán incluir, pero no limitarse a formas de contratación como pagos globales prospectivos, riesgos compartidos, grupos de diagnóstico, grupos de riesgo, capitación, eventos, entre otros. Los acuerdos de voluntades deben tener en cuenta el modelo de atención, las frecuencias de uso, la severidad de la atención, las Rutas Integradas de Atención en Salud y la generación de incentivos sobre, i) cumplimiento de metas y mantenimiento de la salud de la población en general, ii) mejora en la capacidad resolutiva del prestador primario y iii) la garantía al acceso al servicio de salud de manera integral, continua, oportuna y con calidad.</p>	H.R. MAURICIO TORO	NO AVALADA
46	Adiciona un parágrafo al artículo 46	<p>Artículo 46. Contratación entre agentes del Sistema. La relación entre los agentes será mediada a través de acuerdos de voluntades justos y estables que propendan por la garantía del derecho fundamental a la salud, la gestión integral del riesgo y la obtención de resultados en salud y deberán incluir, pero no limitarse a formas de contratación como pagos globales prospectivos, riesgos compartidos, grupos de diagnóstico, grupos de riesgo, capitación, eventos, entre otros. Los acuerdos de voluntades deben tener en cuenta el modelo de atención, las frecuencias de uso, la severidad de la atención, las Rutas Integradas de Atención en Salud y la generación de incentivos sobre, i) cumplimiento de metas y mantenimiento de la salud de la población en general, ii) mejora en la capacidad resolutiva del prestador primario y iii) la garantía al acceso al servicio de salud de manera integral, continua, oportuna y con calidad. <u>Así mismo se establecerán mecanismos de pago que incentiven la prestación de servicios basado en</u></p>	H.S. FABIÁN CASTILLO	AVALADA

		<u>valor, los cuales deberán estar apoyados en la evidencia que demuestre la mejora en la calidad percibida de la atención y los resultados en salud de las personas, sus familias y comunidades, además de reducir la fragmentación y los costos de atención.</u>		
46	Adiciona un párrafo al artículo 46	<p>Artículo 46. Contratación entre agentes del Sistema. La relación entre los agentes será mediada a través de acuerdos de voluntades justos y estables que propendan por la garantía del derecho fundamental a la salud, la gestión integral del riesgo y la obtención de resultados en salud y deberán incluir, pero no limitarse a formas de contratación como pagos globales prospectivos, riesgos compartidos, grupos de diagnóstico, grupos de riesgo, capitación, eventos, entre otros. Los acuerdos de voluntades deben tener en cuenta el modelo de atención, las frecuencias de uso, la severidad de la atención, las Rutas Integradas de Atención en Salud y la generación de incentivos sobre, i) cumplimiento de metas y mantenimiento de la salud de la población en general, ii) mejora en la capacidad resolutiva del prestador primario y iii) la garantía al acceso al servicio de salud de manera integral, continua, oportuna y con calidad. <u>Parágrafo. El valor pagado de las IPS por servicios contratados deberán ser actualizados al momento de efectuar el pago por las EAPB, en caso del contrato entre las EAPB y IPS este deberá ser ajustado al incremento de porcentaje de la UPC al momento del pago.</u></p>	HHRR JENNIFER ARIAS, JAIRO CRISTO Y JAIRO CRISTANCHO	AVALADA
46	Sustitutiva	<p>Artículo 46. Contratación entre agentes del Sistema. La relación entre los agentes será mediada a través de acuerdos de voluntades justos y estables que propendan por la garantía del derecho fundamental a la salud, la gestión integral del riesgo y la obtención de resultados en salud y deberán incluir, pero no limitarse a formas de contratación como pagos globales prospectivos, riesgos compartidos, grupos de diagnóstico, grupos de riesgo, capitación, eventos, entre otros. Los acuerdos de voluntades deben tener en cuenta el modelo de atención, las frecuencias de uso, la severidad de la atención, las Rutas Integradas de Atención en Salud y la generación de incentivos sobre, i) cumplimiento de metas y mantenimiento de la salud de la población en general, ii) mejora en la capacidad resolutiva del prestador primario y iii) la garantía al acceso al servicio de salud de manera integral, continua, oportuna y con calidad. <u>Parágrafo 1: El valor pagado a las IPS por servicios contratados deberán ser actualizado al momento de efectuar el pago por las EAPB, en caso de vencimiento del Contrato entre la EAPB e IPS este deberá ser ajustado al incremento del porcentaje de la UPC del valor de los servicios y tecnologías prestadas al momento del pago. Parágrafo 2: Así mismo se establecerán mecanismos de pago que incentiven la prestación de servicios basado en valor, los cuales deberán estar apoyados en la evidencia que demuestre la mejora en la calidad percibida de la atención y los resultados en salud de las personas, sus familias y comunidades, además de reducir la fragmentación y los costos de atención.</u></p>	HHRR JENNIFER ARIAS, JAIRO CRISTO Y JAIRO CRISTANCHO Y HS FABÍAN CASTILLO	AVALADA
47	Adiciona 3 párrafos	Artículo 47. Pago de las intervenciones del prestador primario. De acuerdo con los conjuntos de procedimientos definidos para el prestador primario, el pago de dichas intervenciones deberá	NORMA HURTADO	NO AVALADA

	<p>ser ajustado por las Entidades Territoriales y las EAPB, de acuerdo con el cumplimiento de las acciones definidas, la gestión y control del riesgo colectivo e individual de la población a su cargo y el cumplimiento de indicadores y metas de resultados establecidos en la ficha técnica de los contratos respectivos.</p> <p><u>Parágrafo. Para el caso de las ESE que funjan como prestadores primarios públicos, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá el mecanismo de contratación y pago que se tendrá con éstas, alineado con las nuevas tipologías de clasificación de las ESE, basado en pagos por disponibilidad de conjuntos de procedimientos y tecnologías o portafolios de servicios de salud y de acuerdo con los componentes de la UPC. Estos prestadores primarios tendrán un componente fijo de recursos, que se actualizará anualmente y deberá utilizarse para cubrir el costo de la operación, pagado de manera mensual y anticipada, de tal manera que permita garantizar un suministro estable de servicios requeridos por la población y ofrecidos por la ESE según tipología, se pactará mediante acuerdos de voluntades con las EAPB y serán financiados con el componente de pago fijo de la UPC.</u></p> <p><u>Tendrán un componente de ingreso variable, destinado a financiar el plan de inversiones de las ESE primarias, financiado con el componente variable de incentivos de la UPC, de acuerdo con metas de implementación de rutas integrales de atención y con el cumplimiento de indicadores de resultado. Podrán hacer parte de estos ingresos variables, recursos del presupuesto del gobierno nacional o de los gobiernos territoriales, asignados para inversión en cada anualidad, incluidos los recursos del SGR, como estímulo al cumplimiento de metas de gestión (salud pública, calidad y desempeño).</u></p> <p><u>Las Direcciones departamentales y distritales de salud tendrán un mecanismo de monitoreo regular de la prestación de servicios ofertados contratados según tipologías y realizarán auditorías trimestrales sobre las ESES primarias creadas en su respectiva jurisdicción, como garantes del cumplimiento a la población con los portafolios de servicios de salud contratados. En ese sentido, realizarán también auditorías semestrales para calificar el cumplimiento de metas que los certifique a recibir incentivos del pago variable, sin perjuicio de las auditorías que deben realizar las EAPB.</u></p> <p><u>Parágrafo 2. El MSPS definirá el sistema de información para el registro de indicadores y actividades y dispondrá de tableros de gestión públicos. Las metas de resultado harán parte de los planes de gestión y la evaluación de desempeño de los gerentes de las ESE primarias.</u></p>		
--	--	--	--

		<u>Parágrafo 3. El MSPS reglamentará la materia en el periodo de un (1) año contado a partir de la expedición de la presente ley.</u>		
		CAPÍTULO VII TALENTO HUMANO EN SALUD incluidos los artículos 53, 54, 55, 56, 57, 58 y 59		
48	Modifica el artículo 48 suprimiendo el parágrafo 4	<p>Artículo 48. Supervisión de Conglomerados Empresariales en Salud. Todos los conglomerados empresariales que estén constituidos por un actor del Sistema de Salud, que actúe en calidad de controlante o subordinada, estarán bajo supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud, en lo relacionado con la revelación del conglomerado, así como la gestión y transmisión del riesgo a los actores del sistema de salud que en él participan, sin perjuicio de las normas exigibles en su calidad de conglomerados ni del cumplimiento de las normas de integración vertical vigentes. (.....) Parágrafo 4. La Superintendencia de Industria y Comercio, de oficio, reforzará la vigilancia sobre las situaciones de abuso de posición dominante, incumplimiento de los porcentajes permitidos de integración vertical y situaciones reiteradas de prácticas indebidas en el sector salud, por parte de las empresas y compañías que manejen los recursos señalados en el presente artículo. Para favorecer el cumplimiento de esta función podrá conocer la información y la casuística disponible en la Superintendencia de Subsidios Familiar, Superintendencia Financiera, la Superintendencia de Sociedades y la Superintendencia de Economía Solidaria.</p>	H.S. NADIA BLEFF SCAFF	NO AVALADA
48	Modifica	<p>Artículo 48. Sistema de información para la gestión, planificación y formación del Talento Humano en Salud. El Gobierno Nacional, <u>en cabeza del El Ministerio de Salud y Protección Social y con el apoyo del Ministerio de tecnologías de la información y las comunicaciones,</u> en un plazo no mayor a un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberá <u>implementar</u> un sistema interoperable de información del Talento Humano en Salud, haciendo uso del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud– ReTHUS, el Servicio Social Obligatorio (SSO) y las residencias médicas, con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), el Sistema de Información para la Protección Social (SISPRO), el Sistema Nacional de Educación Superior (SNIES), Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (SACES) y el Sistema de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (SIET) del Ministerio de Educación Nacional, con el fin de desarrollar la política nacional del Talento Humano en Salud.</p>	H.R. JUAN CARLOS REINALES	NO AVALADA
49	Elimina	<p>Artículo 49. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Las Instituciones de Educación Superior IES que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia servicio en el marco del Sistema Nacional de Residentes, recibirán incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo</p>	H.R. FABIÁN DÍAZ PLATA	NO AVALADA

		con el análisis disponibilidad del Talento Humano en Salud en el territorio nacional. El Gobierno Nacional diseñará los incentivos para las Instituciones de Educación Superior y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.		
49	Elimina	Artículo 49. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Las Instituciones de Educación Superior IES que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio en el marco del Sistema Nacional de Residentes, recibirán incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo con el análisis disponibilidad del Talento Humano en Salud en el territorio nacional. El Gobierno Nacional diseñará los incentivos para las Instituciones de Educación Superior y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.	H.R. JORGE GÓMEZ	EXCLUIDA POR SOLICITUD DEL AUTOR
49	Sustitutiva	<u>Artículo 49. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina.</u> <u>Las Instituciones de Educación Superior –IES que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia- servicio en el marco del Sistema Nacional de Residentes, recibirán de este, incentivos para el establecimiento de compromisos en mayor oferta de cupos para nuevos estudiantes y para la formación de especialistas de acuerdo con las necesidades que arroje el al análisis de disponibilidad del Talento Humano en Salud en el territorio nacional.</u> <u>Parágrafo 1. El cumplimiento en los compromisos de formación de especialistas será criterio de valoración para la prórroga del registro calificado y la acreditación de calidad de las respectivas especialidades.</u> <u>Parágrafo 2. El Gobierno nacional diseñará los incentivos y compromisos para las Instituciones de Educación Superior y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.</u>	H.R. JAIRO CRISTO	AVALADA
49	Modificativa	Artículo 49. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Las Instituciones de Educación Superior IES que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio en el marco del Sistema Nacional de Residentes, recibirán incentivos para el establecimiento de compromisos <u>en mayor oferta de cupos para nuevos estudiantes</u> y de formación de especialistas de acuerdo con el análisis disponibilidad del Talento Humano en Salud en el territorio nacional. El Gobierno Nacional diseñará los incentivos para las Instituciones de Educación Superior y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.	H.R. ÁNGELA SÁNCHEZ	NO AVALADA

49	Modificativa	Artículo 49. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Las Instituciones de Educación Superior IES que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio en el marco del Sistema Nacional de Residentes, recibirán incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas <u>de acuerdo a las necesidades que arroje el</u> análisis disponibilidad del Talento humano en Salud en el territorio nacional. El Gobierno Nacional diseñará los incentivos <u>y compromisos</u> para las Instituciones de Educación Superior y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.	H.R. CORREAL	HENRY	NO AVALADA
49	Modificativa	Artículo 49. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Las Instituciones de Educación Superior (IES) que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio en el marco del Sistema Nacional de Residentes, recibirán <u>de éste</u> , incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo con el análisis de disponibilidad del Talento Humano en Salud en el territorio nacional. El Gobierno Nacional diseñará los incentivos para las Instituciones de Educación Superior y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.	JAIRO CRISTANCHO		NO AVALADA
50	Supresiva del artículo 50	Artículo 50. Denominaciones de especialidades médicas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la definición y actualización de las denominaciones de especialidades médicas a ser reconocidos al interior del Sistema de Salud, de conformidad con las necesidades de la población colombiana. Las denominaciones de la especialidad médica deberán diferenciar especialidades médicas básicas, segundas especialidades y áreas de certificación de competencias. Parágrafo. Las denominaciones de especialidades existentes deberán tener un periodo definido para la homologación a las nuevas denominaciones definidas para el Sistema de Salud.	H.R. PLATA	FABIÁN DIAZ	NO AVALADA
50	Sustitutiva	<u>Artículo 50. Denominaciones de especialidades médicas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares de las denominaciones de especialidades médicas a ser reconocidas al interior del SGSSS y que deben ser la base para la definición de programas de especialidad médico-quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos. Parágrafo 1. Las denominaciones de especialidad médica deberán diferenciar especialidades médicas básicas, segundas especialidades y áreas de certificación de competencias para especialistas. Parágrafo 2. Las denominaciones de especialidades existentes deberán tener un periodo de tiempo definido para la homologación a las nuevas denominaciones definidas.</u>	H.R. CIA	JAIRO CRISTO Y	AVALADA

50	Modificar	<p>Artículo 50. Denominaciones de especialidades médicas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la definición y actualización de las denominaciones de especialidades médicas a ser reconocidos al interior del Sistema de Salud, de conformidad con las necesidades de la población colombiana. Las denominaciones de la especialidad médica deberán diferenciar especialidades médicas básicas, segundas especialidades y áreas de certificación de competencias. <u>En el procedimiento para la definición y actualización de las denominaciones de especialidades médicas se permitirá la participación de los representantes de las Instituciones de Educación Superior que ofrezcan dichas especialidades y cuenten con certificación de alta calidad del Ministerio de Educación Nacional.</u> Parágrafo. Las denominaciones de especialidades existentes deberán tener un periodo definido para la homologación a las nuevas denominaciones definidas para el Sistema de Salud.</p>	JORGE ENRIQUE BENEDETTI MARTELO	NO AVALADA
50	Modificativa	<p>Artículo 50. Denominaciones de especialidades médicas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la definición, actualización de las denominaciones <u>y áreas de competencia para el ejercicio profesional de las</u> especialidades médicas a ser reconocidos al interior del Sistema de Salud, de conformidad con las necesidades de la población colombiana. Parágrafo. Las denominaciones de especialidades existentes deberán tener un periodo definido para la homologación a las nuevas denominaciones definidas para el Sistema de Salud.</p>	JAIRO CRISTANCHO	NO AVALADA
50	Modificativa	<p>Artículo 50. Denominaciones de especialidades médicas. El Ministerio de Salud y Protección Social <u>en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional establecerá definirá</u> el procedimiento para la definición y actualización de las denominaciones <u>y las áreas de competencia</u> de especialidades médicas, a ser reconocidos al interior del Sistema de Salud, de conformidad con las necesidades de la población colombiana <u>en el cual deberán ser tenidas en cuentas la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, la Academia Nacional de Medicina y las asociaciones y sociedades científicas.</u> Las denominaciones de la especialidad médica deberán diferenciar especialidades médicas básicas, segundas especialidades y áreas de certificación de competencias. Parágrafo. Las denominaciones de especialidades existentes deberán tener un periodo definido para la homologación a las nuevas denominaciones definidas para el Sistema de Salud.</p>	H.R. JOSE LUÍS CORREA	NO AVALADA
51	Sustitutiva	<p><u>Artículo 51. Currículo Único de Medicina Familiar. Para garantizar la formación de médicos especialistas en medicina familiar, los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional y las facultades que tengan programas aprobados de medicina familiar diseñarán concertadamente un currículo único para la formación de médicos familiares a nivel nacional.</u> <u>Parágrafo 1. Para incentivar la formación de médicos familiares, los estudiantes de</u></p>	H.R. JAIRO CRISTO Y CIA	NO AVALADA

		<u>programas de medicina que quieran cursar el programa especializado de médico familiar podrán acceder al mismo, durante su último año de formación, previamente a la obtención del título. En este caso, el año de internado podrá ser utilizado como primer año de formación en medicina familiar y el año de servicio social obligatorio podrá ser homologado con su segundo año de formación en medicina familiar. Parágrafo 2. Los médicos generales, vinculados a los prestadores primarios, podrán adelantar o acceder a programas de especialización de medicina familiar y comunitaria, en programas mixtos, presenciales, semi presenciales o virtuales. Para dar cumplimiento a estos lineamientos las universidades deberán crear programas en este sentido.</u>		
51	Modificativa	Artículo 51. Incentivos a la formación y práctica de las especializaciones en Salud Familiar y Comunitaria y Medicina Familiar. Para promover la formación y práctica de profesionales de la salud especializados en salud familiar y comunitaria y médicos especialistas en medicina familiar, se podrán destinar recursos de regalías para financiar a profesionales del área de la salud con los cuales se podrán establecer acuerdos de contraprestación. El Gobierno Nacional podrá destinar recursos del presupuesto general de la nación para concurrir en la formación de estos perfiles. <u>Así como en la generación de incentivos para aquellos profesionales de la salud especializados en salud familiar y comunitaria y médicos especialistas en medicina familiar que ejerzan su profesión en áreas rurales o dispersas del país.</u> Parágrafo. Los lineamientos de la contraprestación de que trata el presente artículo serán definidos en conjunto con el MSPS y la entidad territorial. Los cuales deberán garantizar que los recursos asignados sean para habitantes del Departamento, Distrito o Municipio que otorga la financiación y el compromiso por parte del beneficiario de su permanencia en el territorio por mínimo cuatros (4) años contados a partir de la culminación con éxitos de sus estudios de especialización.	H.R. ÁNGELA SÁNCHEZ	NO AVALADA
51	Modifica	Artículo 51. Incentivos a la formación y práctica de las especializaciones en Salud Familiar y Comunitaria y Medicina Familiar. Para promover la formación y práctica de profesionales de la salud especializados en salud familiar y comunitaria y médicos especialistas en medicina familiar, se podrán destinar recursos de regalías para financiar a profesionales del área de la salud con los cuales se podrán deberán establecer acuerdos de contraprestación. El Gobierno Nacional podrá destinar recursos del presupuesto general de la nación para concurrir en la formación de estos perfiles.	H.R. JENNIFER ARIAS	NO AVALADA
51	Modifica	Artículo 51. Incentivos a la formación y práctica de las especializaciones en Salud Familiar y Comunitaria y Medicina Familiar. Para promover la formación y práctica de profesionales de la salud especializados en salud familiar y comunitaria y médicos especialistas en medicina familiar, se podrán deberán destinar recursos de regalías para financiar a profesionales del área de la salud con los cuales se podrán establecer acuerdos de contraprestación. El Gobierno Nacional podrá destinar recursos del presupuesto general de la nación para concurrir en la	H.R. HENRY CORREAL	NO AVALADA

		<p>formación de estos perfiles.</p> <p>Parágrafo 1. Los lineamientos de la contraprestación de que trata el presente artículo serán definidos en conjunto con el MSPS y la entidad territorial. Los cuales deberán garantizar que los recursos asignados sean para habitantes del Departamento, Distrito o Municipio que otorga la financiación y el compromiso por parte del beneficiario de su permanencia en el territorio por mínimo cuatros (4) años contados a partir de la culminación con éxitos de sus estudios de especialización.</p>		
51	Adiciona un parágrafo al artículo 51	<p>““Artículo 51. Incentivos a la formación y práctica de las especializaciones en Salud Familiar y Comunitaria y Medicina Familiar. Para promover la formación y práctica de profesionales de la salud especializados en salud familiar y comunitaria y médicos especialistas en medicina familiar, se podrán destinar recursos de regalías para financiar a profesionales del área de la salud con los cuales se podrán establecer acuerdos de contraprestación. El Gobierno Nacional podrá destinar recursos del presupuesto general de la nación para concurrir en la formación de estos perfiles.</p> <p>Parágrafo 1. Los lineamientos de la contraprestación de que trata el presente artículo serán definidos en conjunto con el MSPS y la entidad territorial. Los cuales deberán garantizar que los recursos asignados sean para habitantes del Departamento, Distrito o Municipio que otorga la financiación y el compromiso por parte del beneficiario de su permanencia en el territorio por mínimo cuatros (4) años contados a partir de la culminación con éxitos de sus estudios de especialización. <u>Parágrafo 2. Para acceder a este incentivo, el profesional de la salud deberá acreditar ser nacido o residente en el respectivo departamento durante 2 años consecutivos con anterioridad a la solicitud del beneficio.</u></p>	MARÍA CRISTINA SOTO DE GÓMEZ	AVALADA
51	Aditiva al artículo 51 adiciona un parágrafo	<p>“Artículo 51. Incentivos a la formación y práctica de las especializaciones en Salud Familiar y Comunitaria y Medicina Familiar. Para promover la formación y práctica de profesionales de la salud especializados en salud familiar y comunitaria y médicos especialistas en medicina familiar, se podrán destinar recursos de regalías para financiar a profesionales del área de la salud con los cuales se podrán establecer acuerdos de contraprestación. El Gobierno Nacional podrá destinar recursos del presupuesto general de la nación para concurrir en la formación de estos perfiles.</p> <p>Parágrafo 1. Los lineamientos de la contraprestación de que trata el presente artículo serán definidos en conjunto con el MSPS y la entidad territorial. Los cuales deberán garantizar que los recursos asignados sean para habitantes del Departamento, Distrito o Municipio que otorga la financiación y el compromiso por parte del beneficiario de su permanencia en el territorio por mínimo cuatros (4) años contados a partir de la culminación con éxitos de sus estudios de especialización. <u>Parágrafo 2. En el territorio nacional, no podrán prestarse servicios</u></p>	JHON MURILLO ARLEY	RETIRA PROPOSICIÓN

		<u>relacionados con especialidades médicas sin que se cuente con la formación debidamente certificada para ello y sin que se haya acreditado la misma.”</u>		
51	Sustitutiva	<p>Artículo 51. Incentivos a la formación y práctica de las especializaciones en Salud Familiar y Comunitaria y Medicina Familiar. Para garantizar la formación de médicos especialistas en medicina familiar, los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional y las facultades que tengan programas aprobados de medicina familiar diseñarán concertadamente un currículo único para la formación de médicos familiares a nivel nacional. Para tal fin, se deberá destinar recursos de regalías para financiar a profesionales del área de la salud con los cuales se podrán establecer acuerdos de contraprestación. El Gobierno Nacional podrá destinar recursos del presupuesto general de la nación para concurrir en la formación de estos perfiles.</p> <p>Parágrafo 1 Los lineamientos de la contraprestación de que trata el presente artículo serán definidos en conjunto con el MSPS y la entidad territorial. Los cuales deberán garantizar que los recursos asignados sean para habitantes del Departamento, Distrito o Municipio que otorga la financiación y el compromiso por parte del beneficiario de su permanencia en el territorio por mínimo cuatros (4) años contados a partir de la culminación con éxitos de sus estudios de especialización.</p> <p>Parágrafo 2. Para acceder a este incentivo, el profesional de la salud deberá acreditar ser nacido o residente en el respectivo departamento durante 2 años consecutivos con anterioridad a la solicitud del beneficio.</p> <p>Parágrafo 3. Para incentivar la formación de médicos familiares, los estudiantes de programas de medicina que quieran cursar el programa especializado de médico familiar podrán acceder al mismo, durante su último año de formación, previamente a la obtención del título. En este caso, el año de internado podrá ser utilizado como primer año de formación en medicina familiar y el año de servicio social obligatorio podrá ser homologado con su segundo año de formación en medicina familiar.</p> <p>Parágrafo 4. Los médicos generales, vinculados a los prestadores primarios, podrán adelantar o acceder a programas de especialización de medicina familiar y comunitaria, en programas mixtos, presenciales, semi presenciales Para dar cumplimiento a estos lineamientos las universidades deberán crear programas en este sentido.</p>	JAIRO CRISTO Y JAIRO CRISTANCHO	AVALADA
52	Eliminatoria	Eliminar el articulo	JAIRO CRISTANCHO	RETIRA POR EL AUTOR
52	Sustitutiva	<u>Artículo 52. Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud. El personal requerido en toda institución o empresa pública o privada para el desarrollo de las actividades misionales permanentes no podrá estar vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte</u>	H.R. JAIRO CRISTO Y CIA	CONSTANCI A

		<u>los derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes.</u>		
52	Adiciona un párrafo al artículo	<p>Artículo 52. Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud. El personal requerido en toda institución o empresa pública o privada que preste servicios en salud para el desarrollo de actividades misionales permanentes, no podrá estar vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral como los contratos de prestación de servicios, cuentas por participación, las empresas de servicios temporales, las cooperativas, o asociaciones, los contratos sindicales, outsourcing, empresas de servicios temporales o bajo ninguna modalidad de vinculación que pueda generar una afectación de los derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes. Conforme a lo anterior, todo cuerpo médico, de enfermería, el personal asistencial, administrativo y de servicios generales, deberá ser contratado bajo un contrato laboral con todos los requisitos contemplados en el Código Sustantivo del Trabajo. Parágrafo. El Ministerio del Trabajo tendrá una dependencia que se encargará exclusivamente de ejercer la vigilancia y control de lo aquí estipulado. De esta manera, en los casos a que hubiere lugar, se impondrán sanciones a las entidades del sector salud que no cumplan con las disposiciones contenidas en el presente artículo. Las facultades de vigilancia y sancionatorias se sujetarán a lo previsto en el artículo 486 del Código Sustantivo del Trabajo. <u>Parágrafo 2 Para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo se contará con un plazo máximo de tres meses contados a partir de la promulgación de la presente ley.</u></p>	H.R. ÁNGELA SÁNCHEZ	NO AVALADA
52	Modificativa	<p>Artículo 52. Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud. El personal requerido en toda institución o empresa pública o privada que preste servicios en salud para el desarrollo de actividades misionales permanentes, no podrá estar vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral como los contratos de prestación de servicios, cuentas por participación, las empresas de servicios temporales, las cooperativas, o asociaciones, los contratos sindicales, outsourcing, empresas de servicios temporales o bajo ninguna modalidad de vinculación que pueda generar una afectación de los derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes. Conforme a lo anterior, todo cuerpo médico, de enfermería, el personal asistencial, administrativo y de servicios generales, deberá ser contratado bajo un contrato laboral con todos los requisitos contemplados en el Código Sustantivo del Trabajo. Parágrafo. El Ministerio del Trabajo tendrá una dependencia que se encargará exclusivamente de ejercer la vigilancia y control de lo aquí estipulado. De esta manera, en los casos a que hubiere lugar, se impondrán sanciones a las entidades del sector salud que no cumplan con las disposiciones contenidas en el presente artículo. Las facultades de vigilancia y sancionatorias se sujetarán a lo previsto en el artículo 486 del Código Sustantivo del Trabajo. <u>Parágrafo 2. La vinculación de los especialistas del área de conocimiento de</u></p>	H.S. GABRIEL JAIME VELASCO	NO AVALADA

		<u>ciencias de la salud podrá realizarse tanto en el sector público como el privado a través de las distintas modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código sustantivo de trabajo. Esta disposición también aplicará para profesionales de la salud que ejerzan de manera independiente su profesión. El ministerio de salud reglamentará la presente disposición en un término de 6 meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, para lo cual convocará o realizará mesas de concertación intersectoriales con el Ministerio de Trabajo, sociedades científicas y sindicatos</u>		
52	Modificativa	<p>Artículo 52. Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud. El personal requerido en toda institución o empresa pública o privada que preste servicios en salud para el desarrollo de actividades misionales permanentes, no podrá estar vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral como los contratos de prestación de servicios, cuentas por participación, las empresas de servicios temporales, las cooperativas, o asociaciones, los contratos sindicales, outsourcing, empresas de servicios temporales o bajo ninguna modalidad de vinculación que pueda generar una afectación de los derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes. Conforme a lo anterior, todo cuerpo médico, de enfermería, el personal asistencial, administrativo y de servicios generales, deberá ser contratado bajo un contrato laboral con todos los requisitos contemplados en el Código Sustantivo del Trabajo.</p> <p><u>Parágrafo 1. la Vinculación de los especialistas del área de conocimientos de ciencias de la salud, podrá realizarse a través de las distintas modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de los servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo</u></p> <p>Parágrafo 2. El Ministerio del Trabajo tendrá una dependencia que se encargará exclusivamente de ejercer la vigilancia y control de lo aquí estipulado. De esta manera, en los casos a que hubiere lugar, se impondrán sanciones a las entidades del sector salud que no cumplan con las disposiciones contenidas en el presente artículo. Las facultades de vigilancia y sancionatorias se sujetarán a lo previsto en el artículo 486 del Código Sustantivo del Trabajo.</p>	JAIRO CRISTANCHO	RETIRADA POR EL AUTOR
52	Modificativa	<p>Artículo 52. Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud. El personal requerido en toda institución o empresa pública o privada que preste servicios en salud para el desarrollo de actividades misionales permanentes, no podrá estar vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral como los contratos de prestación de servicios, cuentas por participación, las empresas de servicios temporales, las cooperativas, o asociaciones, los contratos sindicales, outsourcing, empresas de servicios temporales o bajo ninguna modalidad de vinculación que pueda generar una afectación de los derechos constitucionales, legales y</p>	H.R JOSE LUÍS CORREA	NO AVALADA

		<p>prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes. Conforme a lo anterior, todo cuerpo médico, de enfermería, el personal asistencial, administrativo y de servicios generales, deberá ser contratado bajo un contrato laboral con todos los requisitos contemplados en el Código Sustantivo del Trabajo.</p> <p><u>De conformidad con lo establecido en los artículos 194 y 195 de la ley 100 de 1993, las personas vinculadas a las Empresas Sociales del Estado tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales, conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990, el pago de sus salarios y prestaciones sociales, estarán a cargo del Estado, en el nivel Nacional, territorial y Distrital.</u></p> <p>Parágrafo. El Ministerio del Trabajo tendrá una dependencia que se encargará exclusivamente de ejercer la vigilancia y control de lo aquí estipulado. De esta manera, en los casos a que hubiere lugar, se impondrán sanciones a las entidades del sector salud que no cumplan con las disposiciones contenidas en el presente artículo. Las facultades de vigilancia y sancionatorias se sujetarán a lo previsto en el artículo 486 del Código Sustantivo del Trabajo.</p>		
52	Modificativa	<p>Artículo 52. Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud. Queda prohibida la vinculación del personal requerido en toda institución o empresa pública o privada que preste servicios en salud para el desarrollo de actividades misionales permanentes, a través de contrato de prestación de servicios, tampoco podrán estar vinculados a través de figuras que hagan intermediación laboral como los contratos de prestación de servicios, las cuentas por participación, las empresas de servicios temporales, las cooperativas o asociaciones, los contratos sindicales, outsourcing, empresas de servicios temporales o bajo ninguna modalidad de vinculación que pueda generar una afectación de los derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes. Conforme a lo anterior, todo cuerpo médico, de enfermería, el personal asistencial, administrativo y de servicios generales, deberá ser contratado bajo un contrato laboral con todos los requisitos contemplados en el Código Sustantivo del Trabajo. Los contratos laborales para los trabajadores en salud o tendrán cláusula de exclusividad alguna debido a la posibilidad que tienen de laborar en distintas entidades.</p> <p>Parágrafo 1°. El Ministerio del Trabajo tendrá una dependencia que se encargará exclusivamente de ejercer la vigilancia y control de lo aquí estipulado. De esta manera, en los casos a que hubiere lugar, se impondrán sanciones a las entidades del sector salud que no cumplan con las disposiciones contenidas en el presente artículo. Las facultades de vigilancia y sancionatorias se sujetarán a lo previsto en el artículo 486 del Código Sustantivo del Trabajo.</p> <p>Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social velará por una justa contratación de los trabajadores del sector salud, una política salarial transparente que sea escalafonada por niveles de atención teniendo en cuenta las características técnicas de</p>	BANCADA MIRA	NO AVALADA

		<p>cada cargo y la antigüedad del recurso humano, así como los pagos oportunos a estos trabajadores y garantizar el pago de las prestaciones sociales establecidas por ley.</p> <p>Parágrafo 3°. El Ministerio de Salud y Protección Social creará incentivos por cumplimiento de metas de cobertura y primas especiales para el recurso asistencial de las regiones más apartadas del país.</p> <p>Parágrafo 4°. El talento humano en salud tendrá derecho a cinco (5) días de descanso remunerado anuales adicionales a las vacaciones dadas por ley o la suma de dinero equivalente, como una compensación por sus labores en el sector salud.</p> <p>Parágrafo 5°. Por ocasión de emergencia sanitaria, el talento humano en salud tendrá derecho a una suma equivalente al cincuenta 50% del valor de su remuneración mensual, mientras persista. Así mismo, el personal de primera línea del talento humano en salud será cobijado por un seguro de vida con cargo a la ARL.</p>		
52	Modificativa	<p><u>Artículo 52. Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud. El personal requerido en toda institución o empresa pública o privada que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud, no podrá estar vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecten sus derechos laborales y constitucionales. Conforme a lo anterior, todo el talento humano en salud estará vinculado por medio de un contrato laboral, con todos los requisitos contemplados en el Código Sustantivo del Trabajo o por medio de una vinculación legal y reglamentaria. la ley reglamentará la presente disposición.</u></p> <p><u>Parágrafo 1°. En el caso de la vinculación de los especialistas del área de conocimiento de ciencias de la salud podrá realizarse tanto en el sector público como el privado a través de las distintas modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo. Esta disposición también aplicará para profesionales de la salud que ejerzan de manera independiente su profesión.</u></p> <p>Parágrafo 2°. El Ministerio del Trabajo tendrá una dependencia que se encargará exclusivamente de ejercer la vigilancia y control de lo aquí estipulado. De esta manera, en los casos a que hubiere lugar, se impondrán sanciones a las entidades del sector salud que no</p>	<p>HR NORMA HURTADO Y JAIRO CRISTANCHO</p>	<p>AVALADA</p>

		cumplan con las disposiciones contenidas en el presente artículo. Las facultades de vigilancia y sancionatorias se sujetarán a lo previsto en el artículo 486 del Código Sustantivo del Trabajo.		
52	Sustitutiva	<u>ARTICULO 52. La vinculación del talento humano en salud del nivel asistencial y operativo deberá ser contratado bajo un contrato laboral con todos los requisitos contemplados en el Código Sustantivo del Trabajo, excluyendo a los profesionales y especialistas del área de conocimiento de ciencias de la salud.</u> <u>Parágrafo: De ningún modo, el personal de que trata el presente artículo, será vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral como los contratos de prestación de servicios, cuentas por participación, las empresas de servicios temporales, las cooperativas o asociaciones, los contratos sindicales, outsourcing, empresas de servicios temporales o bajo ninguna modalidad de vinculación que pueda generar una afectación de los derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes</u>	HR HENRY CORREAL	NO AVALADA
		CAPÍTULO VIII FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD		
53	Elimina	Artículo 53. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al MSPS, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las EPS y de forma voluntaria los prestadores de servicios y otros proveedores de servicios y tecnologías en salud. El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EAPB o prestadores de servicios como resultado de problemas financieros. Parágrafo 1. Las operaciones del Fondo se regirán por esta Ley, por las normas del derecho privado y por el reglamento que expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley. Parágrafo 2. El Gobierno Nacional reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, las condiciones de amparo del seguro de acreencias para las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud, con el fin de cubrir el pago de las obligaciones en los montos que se definan, garantizando en todo momento que exista un riesgo asegurable para el Fondo.	H.R. JORGE GÓMEZ	EXCLUIDA POR SOLICITUD DEL AUTOR
53	Elimina	Artículo 53. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al MSPS, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio	H.S CARLOS MOTOA	AVALADA

		<p>independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las EPS y de forma voluntaria los prestadores de servicios y otros proveedores de servicios y tecnologías en salud.</p> <p>El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EAPB o prestadores de servicios como resultado de problemas financieros.</p> <p>Parágrafo 1. Las operaciones del Fondo se regirán por esta Ley, por las normas del derecho privado y por el reglamento que expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley.</p> <p>Parágrafo 2. El Gobierno Nacional reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, las condiciones de amparo del seguro de acreencias para las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud, con el fin de cubrir el pago de las obligaciones en los montos que se definan, garantizando en todo momento que exista un riesgo asegurable para el Fondo.</p>		
53, 54, 55, 56, 57, 58 y 59			H.R. JOSE LUIS CORREA	NO AVALADA
53, 54, 55 y 56	Supresiva		FABIÁN CASTILLO	AVALADA
53 y 55	Supresiva		CARLOS MOTOA	AVALADA
53	Modificativa	<p>“Artículo 53. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al MSPS, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las EPS y de forma voluntaria los prestadores de servicios y otros proveedores de servicios y tecnologías en salud. El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EAPB o prestadores de servicios como resultado de problemas financieros. Parágrafo 1. Las operaciones del Fondo se regirán por esta Ley, por las normas del derecho público y por el reglamento que expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley. Parágrafo 2. El Gobierno Nacional reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la</p>	JHON MURILLO	ARLEY NO AVALADA

		entrada en vigencia de la presente Ley, las condiciones de amparo del seguro de acreencias para las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud, con el fin de cubrir el pago de las obligaciones en los montos que se definan, garantizando en todo momento que exista un riesgo asegurable para el Fondo.”		
53	Modificativa	<p>Artículo 53. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al MSPS, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las EPS y de forma voluntaria los prestadores de servicios y otros proveedores de servicios y tecnologías en salud.</p> <p>El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad <u>de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)</u> prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EAPB o <u>de otros</u> prestadores de servicios como resultado de problemas financieros.</p> <p>Parágrafo 1. Las operaciones del Fondo se regirán por esta Ley, por las normas del derecho privado y por el reglamento que expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley</p> <p>Parágrafo 2. El Gobierno Nacional reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, las condiciones de amparo del seguro de acreencias para las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud, con el fin de cubrir el pago de las obligaciones en los montos que se definan, garantizando en todo momento que exista un riesgo asegurable para el Fondo.</p> <p><u>Parágrafo 3. Deberán pagar la prima del seguro de acreencias y los aportes al Fondo de Garantías del Sector Salud únicamente aquellas EPS que no estén cumpliendo con el régimen de inversiones establecido en las normas vigentes de habilitación financiera y solamente durante el período de dicho incumplimiento, para lo cual la Superintendencia Nacional de Salud deberá informar mensualmente a dicho Fondo el estado de cumplimiento o incumplimiento del régimen de inversiones de cada una de las EPS.</u></p>	H.R. JENNIFER ARIAS	NO AVALADA
53	Modificación	<p>Artículo 53. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al MSPS, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las <u>EAPB EPS</u> y de forma voluntaria los prestadores de servicios y otros proveedores de servicios y tecnologías en salud.</p>	H.R. JOSE LUÍS CORREA	NO AVALADA

		El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta puedaverse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EAPB o prestadores de servicios como resultado de problemas financieros. Parágrafo 1. Las operaciones del Fondo se regirán por esta Ley, por las normas del derecho privado y por el reglamento que expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley. Parágrafo 2. El Gobierno Nacional reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de lapresente Ley, las condiciones de amparo del seguro de acreencias para las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud, con el fin de cubrir el pago de las obligaciones en los montos que se definan, garantizando en todo momento que exista un riesgo asegurable para el Fondo.		
53	Modificativa	Artículo 53. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud. <u>Dentro de los primeros seis (6) luego de la entrada en vigencia de esta ley,</u> créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al MSPS, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las EPS y de forma voluntaria los prestadores de servicios y otros proveedores de servicios y tecnologías en salud. El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EAPB o prestadores de servicios como resultado de problemas financieros.	HR JUAN CARLOS REINALES	NO AVALADA
54	Elimina	Artículo 54. Órganos de Dirección y Administración. Son órganos de dirección y administración del Fondo de Garantías de Sector Salud: la Junta Directiva y el director. La Junta Directiva estará compuesta por cinco (5) miembros, así: el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado quien la presidirá, un (1) delegado del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, un (1) representante designado por el presidente de la República, el director de la ADRES o su delegado. El director será designado por el presidente de la República.	H.R. JORGE GÓMEZ	EXCLUIDA POR SOLICITUD DEL AUTOR
54	Modifica	Parágrafo 4. Previo al nombramiento del director del Fondo de Garantías del Sector Salud, se deberá realizar la evaluación de competencias de los aspirantes a ocupar dicho empleo por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública, para lo cual <u>el Ministerio de Salud y Protección Social</u> deberá remitir más de una hoja de vida. Una vez adelantada la evaluación, dicha entidad informará al Presidente de la República, si los aspirantes cumplen con las competencias requeridas, de lo cual se dejará evidencia.	H.R. JUAN CARLOS REINALES	NO AVALADA

		El nombramiento del director recaerá en quien acredite el mayor puntaje obtenido en la evaluación de competencias		
54	Modifica	Artículo 54. Órganos de Dirección y Administración. Son órganos de dirección y administración del Fondo de Garantías de Sector Salud: la Junta Directiva y el director La Junta Directiva estará compuesta por cinco (5) miembros, así: el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado quien la presidirá, un (1) delegado del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, un (1) representante designado por el presidente de la República, el director de la ADRES o su delegado y el director del Fondo de Garantías del Sector Salud. El director del Fondo será designado por el Presidente de la República.	H.R. JENNIFER ARIAS	NO AVALADA
54	Modificativa	Artículo 54. Órganos de Dirección y Administración. Son órganos de dirección y administración del Fondo de Garantías de Sector Salud: la Junta Directiva y el director La Junta Directiva estará compuesta por seis (6) miembros, así: el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado quien la presidirá, un (1) delegado del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, un (1) representante designado por el presidente de la República, el director de la ADRES o su delegado. El superintendente nacional de salud. El director será designado por el presidente de la República.	H.R. ÁNGELA SÁNCHEZ	NO AVALADA
54	Modificativa	Artículo 54. Órganos de Dirección y Administración. Son órganos de dirección y administración del Fondo de Garantías de Sector Salud: la Junta Directiva y el director La Junta Directiva estará compuesta por cinco (5) miembros, así: el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado quien la presidirá, un (1) delegado del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, un (1) representante designado por el presidente de la República, el director de la ADRES o su delegado y un (1) delegado de la Superintendencia Nacional de Salud. El director será designado por el presidente de la República.	H.R. JOSE LUÍS CORREA	NO AVALADA
55	Elimina	Elimina el artículo 55	H.R. JORGE GÓMEZ	EXCLUIDA POR SOLICITUD DEL AUTOR
55	Modificativa	Artículo 55. Funciones del Fondo de Garantías del Sector Salud. Para desarrollar el objeto el Fondo tendrá las siguientes funciones: a. Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a crédito y otras formas de financiamiento. b. En los casos de intervención ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud, designar el liquidador, el agente especial o el administrador temporal de la respectiva entidad y al revisor fiscal, así como efectuar el seguimiento sobre la actividad de los mismos.	H.R. JENNIFER ARIAS	NO AVALADA

		<p>c. Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de las entidades afiliadas para lo cual podrá participar transitoriamente en el capital y en los órganos de administración de tales entidades, en cuyo caso el régimen laboral de los empleados de las entidades no se modificará.</p> <p>d. Definir y recaudar el pago de la prima del seguro de o los aportes de recursos para garantizar el pago de las acreencias para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</p> <p>e. Desarrollar análisis de riesgos financieros para efectos de informar a la Superintendencia Nacional de Salud cuando considere que existen situaciones en las cuales algunas entidades afiliadas ponen en peligro la confianza del aseguramiento en salud o incumplen cualquiera de las obligaciones previstas en la Ley, para que la superintendencia tome las medidas que le corresponden.</p> <p>f. Las demás operaciones que autorice el Gobierno Nacional en el marco de su objeto. (...)</p>		
	Modificativa	<p>Artículo 55. Funciones del Fondo de Garantías del Sector Salud. Para desarrollar el objeto el Fondo tendrá las siguientes funciones: a. Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a crédito y otras formas de financiamiento. b. En los casos de intervención ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud, designar el liquidador, el agente especial o el administrador temporal de la respectiva entidad y al revisor fiscal, así como efectuar el seguimiento sobre la actividad de los mismos. c. Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de las entidades afiliadas para lo cual podrá participar transitoriamente en el capital y en los órganos de administración de tales entidades, en cuyo caso el régimen laboral de los empleados de las entidades no se modificará. d. Definir y recaudar el pago de la prima del seguro de o los aportes de recursos para garantizar el pago de las acreencias para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. e. Desarrollar análisis de riesgos financieros para efectos de informar a la Superintendencia Nacional de Salud cuando considere que existen situaciones en las cuales algunas entidades afiliadas ponen en peligro la confianza del aseguramiento en salud o incumplen cualquiera de las obligaciones previstas en la Ley, para que la superintendencia tome las medidas que le corresponden. f. Suscribir contrato de aseguramiento en aquellos momentos en el que el riesgo objeto de aseguramiento sea superior a su capacidad económica. . g las demas operaciones que aotorice el Gobierno Nacinal en el marco de su objeto (...)</p> <p>Parágrafo 4. Para efectos de la tasación del valor de la prima de seguro prevista por el literal d, se tendrá en cuenta el impacto económinco así como la probabilidad de ocurrencia o materialización del riesgo, con fubdamento al historial de cumplimiento de la aseguradora.</p>	HS LAURA FORTICH	NO AVALADA
55	Elimina	<p>Artículo 55. Funciones del Fondo de Garantías del Sector Salud. Para desarrollar el objeto el Fondo tendrá las siguientes funciones:</p> <p>a. Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a</p>	H.S CARLOS MOTOA	AVALADA

		<p>erédito y otras formas de financiamiento.</p> <p>b. En los casos de intervención ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud, designar el liquidador, el agente especial o el administrador temporal de la respectiva entidad y al revisor fiscal, así como efectuar el seguimiento sobre la actividad de los mismos.</p> <p>e. Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de las entidades afiliadas para lo cual podrá participar transitoriamente en el capital y en los órganos de administración de tales entidades, en cuyo caso el régimen laboral de los empleados de las entidades no se modificará.</p> <p>d. Definir y recaudar el pago de la prima del seguro de aereencias para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</p> <p>e. Desarrollar análisis de riesgos financieros para efectos de informar a la Superintendencia Nacional de Salud cuando considere que existen situaciones en las cuales algunas entidades afiliadas ponen en peligro la confianza del aseguramiento en salud o incumplen cualquiera de las obligaciones previstas en la Ley, para que la superintendencia tome las medidas que le corresponden.</p> <p>f. Las demás operaciones que autorice el Gobierno Nacional en el marco de su objeto.</p> <p>Parágrafo 1. Las condiciones para la participación del Fondo en el capital o patrimonio de las EPS serán las previstas en el estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas aplicables para el caso del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras – FOGAFÍN y el Fondo de Garantías de Entidades Cooperativas FOGACOOB.</p> <p>Parágrafo 2. En el caso de las entidades cooperativas, mutuales, las cajas de compensación y en general las entidades sin ánimo de lucro, el máximo órgano social de las entidades, por solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud, podrán disponer la conversión de la entidad en una sociedad de carácter comercial, en circunstancias excepcionales.</p> <p>Parágrafo 3. El Fondo gozará de las siguientes prerrogativas: a) para todos los efectos tributarios será considerado como establecimiento público; b) estará exento del gravamen a los movimientos financieros, registro y anotación e impuestos nacionales diferentes al impuesto sobre las ventas, no cedidos a entidades territoriales; c) Igualmente, estará exento de inversiones forzosas.</p>		
55	Elimina	<p>Artículo 55. Funciones del Fondo de Garantías del Sector Salud. Para desarrollar el objeto el Fondo tendrá las siguientes funciones:</p> <p>a. Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a crédito y otras formas de financiamiento.</p> <p>b. En los casos de intervención ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud, designar el liquidador, el agente especial o el administrador temporal de la respectiva</p>	H.R JOSE LUÍS CORREA	AVALADA

		<p>entidad y al revisor fiscal, así como efectuar el seguimiento sobre la actividad de los mismos.</p> <p>e. Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de las entidades afiliadas para lo cual podrá participar transitoriamente en el capital y en los órganos de administración de tales entidades, en cuyo caso el régimen laboral de los empleados de las entidades no se modificará.</p> <p>d. Definir y recaudar el pago de la prima del seguro de acreencias para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</p> <p>e. Desarrollar análisis de riesgos financieros para efectos de informar a la Superintendencia Nacional de Salud cuando considere que existen situaciones en las cuales algunas entidades afiliadas ponen en peligro la confianza del aseguramiento en salud o incumplen cualquiera de las obligaciones previstas en la Ley, para que la superintendencia tome las medidas que le corresponden.</p> <p>f. Las demás operaciones que autorice el Gobierno Nacional en el marco de su objeto.</p> <p>Parágrafo 1. Las condiciones para la participación del Fondo en el capital o patrimonio de las EPS serán las previstas en el estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas aplicables para el caso del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras – FOGAFÍN y el Fondo de Garantías de Entidades Cooperativas FOGACOO.</p> <p>Parágrafo 2. En el caso de las entidades cooperativas, mutuales, las cajas de compensación y en general las entidades sin ánimo de lucro, el máximo órgano social de las entidades, por solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud, podrán disponer la conversión de la entidad en una sociedad de carácter comercial, en circunstancias excepcionales.</p> <p>Parágrafo 3. El Fondo gozará de las siguientes prerrogativas: a) para todos los efectos tributarios será considerado como establecimiento público; b) estará exento del gravamen a los movimientos financieros, registro y anotación e impuestos nacionales diferentes al impuesto sobre las ventas, no cedidos a entidades territoriales; c) Igualmente, estará exento de inversiones forzosas.</p>		
56	Elimina	<p>Artículo 56. Fuentes de recursos del Fondo de Garantías del Sector Salud. El Fondo recaudará y administrará los siguientes recursos para el desarrollo de su objeto en relación con las entidades afiliadas y al pago de los pasivos a su cargo, a saber:</p> <p>a. El producto de los derechos de afiliación obligatoria de las EPS y prestadores de cualquier naturaleza, que se causarán por una vez al año y serán fijados por la Junta Directiva del Fondo.</p> <p>b. Las primas que deben pagar las EPS y prestadores afiliados en razón del seguro de acreencias de IPS, fijados por la Junta Directiva del Fondo.</p> <p>e. Los beneficios, comisiones, honorarios, intereses y rendimientos que generen las operaciones que efectúe el Fondo.</p>	H.R. JORGE GÓMEZ	EXCLUIDA POR SOLICITUD DEL AUTOR

		<p>d. El producto de la recuperación de activos del Fondo.</p> <p>e. El producto de préstamos internos y externos.</p> <p>Las demás que obtenga a cualquier título, con aprobación de su Junta Directiva.</p>		
56	Modifica	<p>Artículo 53. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud. Dentro de los primeros seis (6) luego de la entrada en vigencia de esta ley, créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al MSPS, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las EPS y de forma voluntaria los prestadores de servicios y otros proveedores de servicios y tecnologías en salud.</p> <p>El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EAPB o prestadores de servicios como resultado de problemas financieros.</p>	H.R. JUAN CARLOS REINALES	NO AVALADA
56	Modificativa	<p>Artículo 56. Fuentes de recursos del Fondo de Garantías del Sector Salud. El Fondo recaudará y administrará los siguientes recursos para el desarrollo de su objeto en relación con las entidades afiliadas y al pago de los pasivos a su cargo, a saber:</p> <p>a. El producto de los derechos de afiliación obligatoria de las EPS y prestadores de cualquier naturaleza, que se causarán por una vez al año y serán fijados por la Junta Directiva del Fondo.</p> <p>b. Las primas que deben pagar las EPS y prestadores afiliados en razón del seguro de acreencias de IPS, o de los aportes al Fondo, fijados por la Junta Directiva del Fondo.</p> <p>c. Los beneficios, comisiones, honorarios, intereses y rendimientos que generen las operaciones que efectúe el Fondo.</p> <p>d. El producto de la recuperación de activos del Fondo.</p> <p>e. El producto de préstamos internos y externos.</p> <p>Las demás que obtenga a cualquier título, con aprobación de su Junta Directiva.</p>	H.R. JENNIFER ARIAS	NO AVALADA
56	Modificativa	<p>Artículo 56. Fuentes de recursos del Fondo de Garantías del Sector Salud. El Fondo recaudará y administrará los siguientes recursos para el desarrollo de su objeto en relación con las entidades afiliadas y al pago de los pasivos a su cargo, a saber:</p> <p>a. El producto de los derechos de afiliación obligatoria de las EPS y prestadores de cualquier naturaleza, que se causarán por una vez al año y serán fijados por la Junta Directiva del Fondo.</p> <p>b. Las primas que deben pagar las EPS y prestadores afiliados en razón del seguro de acreencias de IPS fijados por la Junta Directiva del Fondo.</p> <p>c. Los beneficios, comisiones, honorarios, intereses y rendimientos que generen las operaciones que efectúe el Fondo.</p> <p>d. El producto de la recuperación de activos del Fondo</p>	JORGE ENRIQUE BENEDETTI MARTELO	NO AVALADA

		e. El producto de préstamos internos y externos. f. Las demás que obtenga a cualquier título, con aprobación de su Junta Directiva. g. Aquellos recursos que le sean asignados desde el Presupuesto General de la Nación.		
57	Eliminación	Artículo 57 Régimen de Insolvencia. A las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se les aplicarán las reglas del régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006, previa armonización mediante regulación que expida el Gobierno Nacional.	H.S. NADIA BLEFF SCAFF	AVALADO
57	Eliminación	Eliminación	HS LAURA FORTICH	AVALADO
57	Modificativa	Artículo 57 Régimen de Insolvencia. A las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se les aplicarán las reglas del régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006, previa armonización mediante regulación que expida el Gobierno Nacional.	H.R JOSE LUÍS CORREA	AVALADO
58	Modifica	Artículo 58. Ingreso Base de Cotización. Modifíquese el artículo 18 de la Ley 100 de 1993 el cual quedará así: La base para calcular las cotizaciones a que hace referencia el artículo anterior, será el salario mensual. El salario base de cotización para los trabajadores particulares, será el que resulte de aplicar lo dispuesto en el Código Sustantivo del Trabajo. El salario mensual base de cotización para los servidores del sector público, será el que señale el Gobierno, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 4a. de 1992. El límite de la base de cotización del sistema general de pensiones será de veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes para trabajadores del sector público y privado. Cuando se devenguen mensualmente más de veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes la base de cotización será reglamentada por el gobierno nacional y podrá ser hasta de 45 salarios mínimos legales mensuales para garantizar pensiones hasta de veinticinco (25) salarios mínimos legales. <u>El límite de la base de cotización del sistema general de seguridad social en salud será de (45) salarios mínimos legales vigentes y se podrán realizar cotizaciones con diferentes bases de cotización para los sistemas del Sistema General de Seguridad Social Integral. Las cotizaciones de los trabajadores cuya remuneración se pague bajo la modalidad de salario integral, se calculará sobre el 70% de dicho salario.</u> <u>En todo caso, el monto de la cotización mantendrá siempre una relación directa y proporcional al monto de la pensión.</u> PARÁGRAFO 1o. En aquellos casos en los cuales el afiliado perciba salario de dos o más empleadores, o ingresos como trabajador independiente o por prestación de servicios como contratista, en un mismo período de tiempo, las cotizaciones correspondientes serán	HS CASTILLO	FABIÁN AVALADA ELIMINACIÓN POR VOTACIÓN ORDINARIO

		<p>efectuadas en forma proporcional al salario, o ingreso devengado de cada uno de ellos, y estas se acumularán para todos los efectos de esta ley sin exceder el tope legal. Para estos efectos, será necesario que las cotizaciones al sistema de salud se hagan sobre la misma base.</p> <p>En ningún caso el ingreso base de cotización podrá ser inferior a un salario mínimo legal mensual vigente. Las personas que perciban ingresos inferiores al salario mínimo legal mensual vigente, podrán ser beneficiarias del Fondo de Solidaridad Pensional, a efectos de que éste le complete la cotización que les haga falta y hasta un salario mínimo legal mensual vigente, de acuerdo con lo previsto en la presente ley.</p>		
58	Modifica	<p>Artículo 58. Salario base de cotización de Salud. Modifíquese el artículo 18 de la Ley 100 de 1993 el cual quedará así: La base mínima de cotización en el Régimen Contributivo del Sistema de Salud es un salario mínimo legal mensual vigente y se cotizará por la totalidad del Ingreso Base de Cotización - IBC-. Lo anterior, independiente a la base máxima de cotización que existe en el Sistema General Seguridad Social en Pensiones. Parágrafo 1. En aquellos casos en los cuales el afiliado perciba salario de dos o más empleadores, o ingresos como trabajador independiente, o por prestación de servicios como contratista, en un mismo periodo de tiempo, las cotizaciones correspondientes serán proporcionales al salario o ingreso devengado de cada uno de ellos, y estas se acumularán para los efectos de esta ley. <u>Parágrafo 2. los trabajadores independientes con contrato de prestación de servicios personales relacionados con las funciones de la entidad contratante cotizaran al sistema de seguridad social en salud, con las siguientes reglas:</u> <u>El ingreso base de cotización (IBC) continúa siendo equivalente al 40% del valor mensualizado de cada contrato, sin incluir el valor total del Impuesto al Valor Agregado (IVA).</u> <u>En ningún caso, el IBC podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) ni superior a 25 SMLMV. Cuando por inicio o terminación del contrato de prestación de servicios resulte un periodo inferior a un mes, el pago de la cotización al SSSI se realizará por el número de días que corresponda. En este caso, el IBC no podrá ser inferior a la proporción del SMLMV. En los contratos de duración y/o valor total indeterminado no habrá lugar a la mensualización del contrato. En este caso los aportes se calcularán con base en los valores que se causen durante cada periodo de cotización.</u></p>	H.R. JENNIFER ARIAS	<p>AVALADA ELIMINACIÓN POR VOTACIÓN ORDINARIO</p>

		<p><u>La suma a retener será la que resulte de aplicar al IBC los porcentajes establecidos en las normas vigentes para salud, pensiones y riesgos laborales, o las que las modifiquen o sustituyan.</u></p> <p><u>En aquellos casos en que el contratista cotice por varios ingresos, la retención y pago de los aportes se efectuará sobre el valor resultante en cada uno de los contratos, independientemente de que el resultado de la aplicación del 40% al valor mensualizado del contrato o los contratos sujetos a retención sea inferior a un SMLMV.</u></p> <p><u>El contratante que realice la retención y giro de los aportes deberá reportar a través de la PILA las novedades de inicio, suspensión y terminación del contrato de prestación de servicios. El contratante será responsable de girar a las administradoras del SSSI las sumas dejadas de retener o retenidas por un valor inferior al correspondiente, y por los intereses moratorios causados debido al incumplimiento de los plazos establecidos para el giro de los aportes retenidos, sin perjuicio de las sanciones penales, fiscales y/o disciplinarias a que haya lugar.</u></p> <p><u>Cuando no haya lugar al pago de los servicios contratados, de conformidad con lo dispuesto para tal efecto en el contrato, estará a cargo del contratista el pago de los aportes al SSSI y los intereses moratorios a que hubiere lugar; en estos eventos excepcionales, el contratista deberá acreditar al contratante el pago del período correspondiente. Cuando los pagos realizados por el contratista no correspondan a la totalidad del aporte obligatorio al SSSI, el contratante informará a la Unidad Administrativa de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social – UGPP sobre este hecho. El contratista deberá pagar mes vencido el valor de la cotización al Sistema General de Riesgos Laborales, cuando la afiliación sea por riesgo I, II o III. Por otra parte, el contratante deberá pagar el valor de la cotización mes vencido, cuando la afiliación del contratista sea por riesgo IV o V.</u></p> <p><u>La retención y giro de los aportes al SSSI se efectuará se seguirá operando a partir de junio de 2019. Para la retención de estos aportes, la información que los contratistas deben suministrarles a los contratantes al inicio del contrato y cuando exista alguna modificación que afecte el monto del mismo.</u></p>		
58	Adiciona un parágrafo 2	<p>Artículo 58. Salario base de cotización de Salud. Modifíquese el artículo 18 de la Ley 100 de 1993 el cual quedará así:</p> <p>La base mínima de cotización en el Régimen Contributivo del Sistema de Salud es un salario mínimo legal mensual vigente y se cotizará por la totalidad del Ingreso Base de Cotización -</p>	H.R. JENNIFER ARIAS	NO AVALADO

		IBC-. Lo anterior, independiente a la base máxima de cotización que existe en el Sistema General Seguridad Social en Pensiones. Parágrafo 1. En aquellos casos en los cuales el afiliado perciba salario de dos o más empleadores, o ingresos como trabajador independiente, o por prestación de servicios como contratista, en un mismo periodo de tiempo, las cotizaciones correspondientes serán proporcionales al salario o ingreso devengado de cada uno de ellos, y estas se acumularán para los efectos de esta ley. <u>Parágrafo 2. Los trabajadores independientes con contrato de prestación de servicios personales relacionados con las funciones de la entidad contratante, el IBC seguirá reglado conforme a lo establecido en el decreto 1273 de 2018,</u>		
58	Modifica el artículo 58	“Artículo 58. Medidas Anti Evasión y Elusión. La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) y la DIAN articularán los diferentes sistemas de información y adelantarán de forma conjunta y articulada medidas persuasivas y sancionatorias de acuerdo con la normativa vigente, con el fin de controlar la evasión y elusión en el Sistema de Salud. Parágrafo. Los Ministerios de Salud y Protección Social, Trabajo, Tecnologías y las Comunicaciones , la DIAN y la UGPP, adelantarán campañas de publicidad y pedagogía sobre la importancia de realizar los aportes correspondientes al Sistema de Seguridad Social y las sanciones derivadas de las conductas de evasión y elusión”.	H.S. FABIÁN CASTILLO	NO AVALADO
58	Elimina	Artículo 58. Salario base de cotización de Salud. Modifíquese el artículo 18 de la Ley 100 de 1993 el cual quedará así: La base mínima de cotización en el Régimen Contributivo del Sistema de Salud es un salario mínimo legal mensual vigente y se cotizará por la totalidad del Ingreso Base de Cotización IBC . Lo anterior, independiente a la base máxima de cotización que existe en el Sistema General Seguridad Social en Pensiones. Parágrafo. En aquellos casos en los cuales el afiliado perciba salario de dos o más empleadores, o ingresos como trabajador independiente, o por prestación de servicios como contratista, en un mismo periodo de tiempo, las cotizaciones correspondientes serán proporcionales al salario o ingreso devengado de cada uno de ellos, y estas se acumularán para los efectos de esta ley.	H.S. JOSÉ RITTER LÓPEZ	AVALADA ELIMINACIÓN
59	Modificativa	Artículo 59. Fuentes de financiación para la atención de población migrante. Previa cobertura de los riesgos amparados con cargo a los recursos del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito -SOAT-, FONSAT y demás fuentes que trata el artículo 2.6.1.4.1.1 del Decreto 780 de 2016 <u>de ingresos de la subcuenta de seguro de riesgos Catastróficas y Accidentes de Tránsito del Fosyga, previstas por el ordenamiento jurídico,</u> se financiará el aseguramiento de la Población Pobre y Vulnerable asegurada a través del Régimen Subsidiado, y el pago de las atenciones iniciales de urgencias que sean prestadas a los nacionales colombianos en el territorio extranjero de zonas de frontera con Colombia, y las atenciones iniciales de urgencias prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6)	H.S. LAURA ESTHER FORTICH	NO AVALADA

		<p>meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley. Una vez se tenga garantizado el aseguramiento y la atención inicial de urgencias de la población objeto de este artículo, el excedente de los recursos del SOAT se podrá destinar a financiar otros programas de Salud Pública.</p> <p>Adicionalmente, para financiar la atención a la población migrante, las entidades territoriales destinarán los rendimientos generados por las cuentas de las entidades territoriales del FONPET hasta en un 50% de lo que se genere en los sectores Salud y Propósito General, sin perjuicio del proceso de descapitalización de sus cuentas.</p>		
59	Modifica	<p>Artículo 59. Fuentes de financiación para la atención de población migrante. Previa cobertura de los riesgos amparados con cargo a los recursos del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito -SOAT-, FONSAT y demás fuentes de que trata el artículo 2.6.1.4.1.1 del Decreto 780 de 2016, se financiará el aseguramiento de la Población Pobre y Vulnerable asegurada a través del Régimen Subsidiado, y el pago de las atenciones iniciales de urgencias que sean prestadas a los nacionales colombianos en el territorio extranjero de zonas de frontera con Colombia, y las atenciones iniciales de urgencias prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de otros los países fronterizos, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley.</p> <p>Una vez se tenga garantizado el aseguramiento y la atención inicial de urgencias de la población objeto de este artículo, el excedente de los recursos del SOAT se podrá destinar a financiar otros programas de Salud Pública.</p> <p>Adicionalmente, para financiar la atención a la población migrante, las entidades territoriales destinarán los rendimientos generados por las cuentas de las entidades territoriales del FONPET hasta en un 50% de lo que se genere en los sectores Salud y Propósito General, sin perjuicio del proceso de descapitalización de sus cuentas</p>	JORGE ENRIQUE BENEDETTI MARTELO	NO AVALADA
59	Modificatoria	<p>Artículo 59. Fuentes de financiación para la atención de población migrante. Previa cobertura de los riesgos amparados con cargo a los recursos del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito -SOAT-, FONSAT y demás fuentes de que trata el artículo 2.6.1.4.1.1 del Decreto 780 de 2016, se financiará el aseguramiento de la Población Pobre y Vulnerable asegurada a través del Régimen Subsidiado, y el pago de las atenciones iniciales de urgencias que sean prestadas a los nacionales colombianos en el territorio extranjero de zonas de frontera con Colombia, y las atenciones iniciales de urgencias prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley.</p>	CÉSAR ORTIZ Y JOSÉ AULO POLO (SENADOR PLO SOLICITA RETIRO DE FIRMA A ESTA PROPOSICIÓN)	RETIRADA

		Una vez se tenga garantizado el aseguramiento y la atención inicial de urgencias de la población objeto de este artículo, el excedente de los recursos del SOAT se podrá destinar a financiar otros programas de Salud Pública. Adicionalmente, para financiar la atención a la población migrante, las entidades territoriales destinarán los rendimientos generados por las cuentas de las entidades territoriales del FONPET hasta en un 50% de lo que se genere en los sectores Salud y Propósito General, sin perjuicio del proceso de descapitalización de sus cuentas.		
		CAPÍTULO IX INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y MEDIDAS ANTIEVASIÓN		
60	Modifica el inciso 1 del artículo 60	Artículo 60. Conglomerados Empresariales en Salud. Se considera como <u>conglomerado en salud</u> o matriz de un <u>conglomerado en salud, el conjunto de dos o más entidades comerciales o sin ánimo de lucro</u> en el que participe algún actor del <u>Sistema General de Seguridad Social en Salud</u> , Sistema de Salud, cualquier persona natural o jurídica o vehículo de inversión que ejerza el primer nivel de control o influencia significativa, o <u>que se encuentren bajo el control</u> de forma individual o conjunta, sobre entidades comerciales y sin ánimo de lucro <u>de una entidad que actúa como matriz de un conglomerado</u> en los siguientes casos: (...)	H.S MILLA ROMERO	NO AVALADO
60	Elimina	Artículo 60. Conglomerados Empresariales en Salud. Se considera como matriz de un conglomerado en el que participe algún actor del Sistema de Salud, cualquier persona natural o jurídica o vehículo de inversión que ejerza el primer nivel de control o influencia significativa, de forma individual o conjunta, sobre entidades comerciales y sin ánimo de lucro en los siguientes casos: Cuando más del cincuenta por ciento (50%) del capital pertenezca a la matriz, directamente o por intermedio o con el concurso de sus subordinadas, o de las subordinadas de éstas. Para tal efecto, no se computarán las acciones con dividendo preferencial y sin derecho a voto. Cuando la matriz y las subordinadas tengan conjunta o separadamente el derecho de emitir los votos constitutivos de la mayoría mínima decisoria en la junta de socios o en la asamblea, o tengan el número de votos necesario para elegir la mayoría de miembros de la junta directiva, si la hubiere. a. Cuando la matriz, directamente o por intermedio o con el concurso de las subordinadas, en razón de un acto o negocio con la sociedad controlada o con sus socios, ejerza influencia dominante en las decisiones de los órganos de administración de la sociedad. b. La definición de conglomerado contenida en este artículo no tiene efecto alguno sobre disposiciones tributarias, contables, laborales o de otra índole diferente a la aquí señalada o de las competencias de otras entidades reguladoras y supervisoras de conglomerados en Colombia.	H.R. JORGE GÓMEZ	EXCLUIDA POR SOLICITUD DEL AUTOR

60	Elimina	Elimina el artículo 60	H.R. JENNIFER ARIAS	AVALADA
60	Eliminar	<p>Artículo 60. Conglomerados Empresariales en Salud. Se considera como matriz de un conglomerado en el que participe algún actor del Sistema de Salud, cualquier persona natural o jurídica o vehículo de inversión que ejerza el primer nivel de control o influencia significativa, de forma individual o conjunta, sobre entidades comerciales y sin ánimo de lucro en los siguientes casos:</p> <p>Cuando más del cincuenta por ciento (50%) del capital pertenezca a la matriz, directamente o por intermedio o con el concurso de sus subordinadas, o de las subordinadas de éstas. Para tal efecto, no se computarán las acciones con dividendo preferencial y sin derecho a voto. Cuando la matriz y las subordinadas tengan conjunta o separadamente el derecho de emitir los votos constitutivos de la mayoría mínima decisoria en la junta de socios o en la asamblea, o tengan el número de votos necesario para elegir la mayoría de miembros de la junta directiva, si la hubiere.</p> <p>a. Cuando la matriz, directamente o por intermedio o con el concurso de las subordinadas, en razón de un acto o negocio con la sociedad controlada o con sus socios, ejerza influencia dominante en las decisiones de los órganos de administración de la sociedad.</p> <p>b. La definición de conglomerado contenida en este artículo no tiene efecto alguno sobre disposiciones tributarias, contables, laborales o de otra índole diferente a la aquí señalada o de las competencias de otras entidades reguladoras y supervisoras de conglomerados en Colombia.</p>	H.S. JOSÉ RITTER LÓPEZ	AVALADA
61	Elimina	Elimina el artículo 61	H.R. JORGE GÓMEZ	EXCLUIDA POR SOLICITUD DEL AUTOR
61	Elimina	Eliminina el artículo 61	H.R. JENNIFER ARIAS	AVALADA
61	Modifica	"Artículo 61. Supervisión de Conglomerados Empresariales en Salud. Todos los conglomerados empresariales que estén integrados constituidos por un actor del Sistema de Salud, que actúe en calidad de controlante o subordinada, estarán bajo supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud, en lo relacionado con la revelación del conglomerado, así como la gestión y transmisión del riesgo a los actores del sistema de salud que en él participan, sin perjuicio de las normas exigibles en su calidad de conglomerados ni del cumplimiento de las normas de integración vertical vigentes. En este sentido la Superintendencia Nacional de Salud podrá: <p>a. Impartir instrucciones a las matrices de los conglomerados sobre la gestión de riesgos, revelación de información, conflictos de interés y gobierno corporativo, que se relacionen con la protección de los recursos del sector salud.</p>	H.S. MILLA ROMERO	NO AVALADO

		<p>b. Requerir a la matriz cambios en la estructura del conglomerado, siempre que la existente no permita una adecuada revelación de información, una supervisión comprensiva y consolidada o la identificación del beneficiario real de los recursos del sector salud y/o de las entidades del sistema de salud que lo conforman.</p> <p>c. Requerir información y realizar visitas de inspección a las entidades que conforman los conglomerados en salud, con el fin de obtener un conocimiento integral de su situación financiera, el manejo de sus negocios, la administración de sus riesgos o de los demás aspectos que se requieran para supervisar el adecuado uso de los recursos del sector salud.</p> <p>Parágrafo 1. En desarrollo de lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud deberá establecer los mecanismos para que sus vigilados revelen el conglomerado, incluyendo subordinadas y vinculadas.</p> <p>Parágrafo 2. Cuando la Superintendencia Nacional de Salud establezca que hay incumplimiento de lo establecido en esta Ley por parte de la Matriz del conglomerado en salud y esta no sea un sujeto vigilado por la Superintendencia dará traslado a las entidades competentes para efectos de la sanción a que haya lugar. imponer las medidas a que haya lugar.</p> <p>Parágrafo 3. Cuando el conglomerado esté bajo regulación y supervisión de otra Superintendencia, se deberán realizar las acciones de supervisión y control de manera articulada, preservando el interés sobre el uso de los recursos del Sistema de Salud y de conformidad con la reglamentación que establezca el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley. Parágrafo 4. La Superintendencia de Industria y Comercio, de oficio, realizará las acciones pertinentes reforzará la vigilancia sobre las situaciones de abuso de posición dominante, y afectaciones de la libre competencia por integraciones empresariales o conglomerados por parte de las personas jurídicas o naturales que participen en los conglomerados en salud incumplimiento de los porcentajes permitidos de integración vertical y situaciones reiteradas de prácticas indebidas en el sector salud, por parte de las empresas y compañías que manejen los recursos señalados en el presente artículo. Para favorecer el cumplimiento de esta función deberá podrá articularse con la Superintendencia Nacional de Salud, así mismo, conocer la información y la casuística disponible en con la Superintendencia de Subsidios Familiar, Superintendencia Financiera, la Superintendencia de Sociedades y la Superintendencia de Economía Solidaria quienes deberán disponer la información que sea pertinente para el cumplimiento de lo aquí dispuesto.</p>		
61	Eliminación	<p>Artículo 61. Supervisión de Conglomerados Empresariales en Salud. Todos los conglomerados empresariales que estén constituidos por un actor del Sistema de Salud, que actúe en calidad de controlante o subordinada, estarán bajo supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud, en lo relacionado con la revelación del conglomerado, así como la gestión y transmisión del riesgo a los actores del sistema de salud que en él</p>	H.S. JOSÉ RITTER LÓPEZ	AVALADA

		<p>participan, sin perjuicio de las normas exigibles en su calidad de conglomerados ni del cumplimiento de las normas de integración vertical vigentes. En este sentido la Superintendencia Nacional de Salud podrá:</p> <p>a. Impartir instrucciones a las matrices de los conglomerados sobre la gestión de riesgos, revelación de información, conflictos de interés y gobierno corporativo, que se relacionen con la protección de los recursos del sector salud.</p> <p>b. Requerir a la matriz cambios en la estructura del conglomerado, siempre que la existente no permita una adecuada revelación de información, una supervisión comprensiva y consolidada o la identificación del beneficiario real de los recursos del sector salud y/o de las entidades del sistema de salud que lo conforman.</p> <p>c. Requerir información y realizar visitas de inspección a las entidades que conforman los conglomerados en salud, con el fin de obtener un conocimiento integral de su situación financiera, el manejo de sus negocios, la administración de sus riesgos o de los demás aspectos que se requieran para supervisar el adecuado uso de los recursos del sector salud.</p> <p>Parágrafo 1. En desarrollo de lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud deberá establecer los mecanismos para que sus vigilados revelen el conglomerado, incluyendo subordinadas y vinculadas.</p> <p>Parágrafo 2. Cuando la Superintendencia Nacional de Salud establezca que hay incumplimiento de lo establecido en esta Ley por parte de la Matriz del conglomerado y esta no sea un sujeto vigilado por la Superintendencia dará traslado a las entidades competentes para efectos de la sanción a que haya lugar.</p> <p>Parágrafo 3. Cuando el conglomerado esté bajo regulación y supervisión de otra Superintendencia, se deberán realizar las acciones de supervisión y control de manera articulada, preservando el interés sobre el uso de los recursos del Sistema de Salud y de conformidad con la reglamentación que establezca el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley.</p> <p>Parágrafo 4. La Superintendencia de Industria y Comercio, de oficio, reforzará la vigilancia sobre las situaciones de abuso de posición dominante, incumplimiento de los porcentajes permitidos de integración vertical y situaciones reiteradas de prácticas indebidas en el sector salud, por parte de las empresas y compañías que manejen los recursos señalados en el presente artículo. Para favorecer el cumplimiento de esta función podrá conocer la información y la casuística disponible en la Superintendencia de Subsidios Familiar, Superintendencia Financiera, la Superintendencia de Sociedades y la Superintendencia de Economía Solidaria.</p>			
62	Modificativa	“Artículo 62. Medidas Anti Evasión y Elusión. La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) y la DIAN articularán los diferentes sistemas de información y adelantarán de forma	HS CASTILLO	FABIÁN	AVALADA

		conjunta y articulada medidas persuasivas y sancionatorias de acuerdo con la normativa vigente, con el fin de controlar la evasión y elusión en el Sistema de Salud. Parágrafo. Los Ministerios de Salud y Protección Social, Trabajo, Tecnologías y las Comunicaciones , la DIAN y la UGPP, adelantarán campañas de publicidad y pedagogía sobre la importancia de realizar los aportes correspondientes al Sistema de Seguridad Social y las sanciones derivadas de las conductas de evasión y elusión”.		
63	Supresiva	Artículo 63. Contribución por gestión sanitaria. El Instituto Nacional de Salud y las direcciones territoriales de salud cobrarán una contribución por las funciones de gestión sanitaria que realiza. Dicha contribución estará a cargo de personas naturales o jurídicas objeto de dicha gestión de acuerdo con el inciso segundo del artículo 338 de la Constitución Política, el Ministerio de Salud y Protección Social fijará la tarifa de la tasa, la cual incluirá el valor por el servicio prestado. Para definir la tarifa de esta contribución se hará mediante un sistema de costos estandarizables, cuyas valoraciones y ponderaciones de los factores que intervienen en su definición se realizan por procedimientos técnicamente aceptados de costeo. El método seguirá las siguientes pautas técnicas: Elaboración y normalización de flujogramas para los diferentes procesos con el propósito de determinar sus rutinas. Cuantificación de recurso humano utilizado anualmente en cada uno de los procesos y procedimientos definidos en el literal anterior Cuantificación de los costos y programas de tecnificación y modernización de la operación de los servicios. Estimación de las frecuencias de utilización de los servicios generadores de la contribución.	H.R. FABIÁN DÍAZ PLATA	NO AVALADA
63	Supresiva	Artículo 63. Contribución por gestión sanitaria. El Instituto Nacional de Salud y las direcciones territoriales de salud cobrarán una contribución por las funciones de gestión sanitaria que realiza. Dicha contribución estará a cargo de personas naturales o jurídicas objeto de dicha gestión de acuerdo con el inciso segundo del artículo 338 de la Constitución Política, el Ministerio de Salud y Protección Social fijará la tarifa de la tasa, la cual incluirá el valor por el servicio prestado. Para definir la tarifa de esta contribución se hará mediante un sistema de costos estandarizables, cuyas valoraciones y ponderaciones de los factores que intervienen en su definición se realizan por procedimientos técnicamente aceptados de costeo. El método seguirá las siguientes pautas técnicas: Elaboración y normalización de flujogramas para los diferentes procesos con el propósito de determinar sus rutinas. Cuantificación de recurso humano utilizado anualmente en cada uno de los procesos y	HR MAURICIO TORO	NO AVALADA

		procedimientos definidos en el literal anterior Cuantificación de los costos y programas de tecnificación y modernización de la operación de los servicios. Estimación de las frecuencias de utilización de los servicios generadores de la contribución.		
		CAPÍTULO X OTRAS DISPOSICIONES		
65	Modificativa	Artículo 65. Vigencia y Derogatorias. La presente ley entra en vigencia a partir de la fecha de su publicación y deroga el artículo 69 de la Ley 1753 de 2015, adoptado por la Ley 1955 de 2019, numeral 5 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, los artículos 26 y 27 la Ley 10 de 1990 y las demás disposiciones que le sean contrarias.	H.R. JAIRO CRISTANCHO Y NORMA HURTADO	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<u>Artículo Nuevo. Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Para garantizar el acceso a especialidades médicas en condiciones de competencia y equidad, los Ministerios de Salud y Protección y de Educación Nacional, con apoyo con las demás instituciones concurrentes en dicha instancia, diseñarán el Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas y terapéuticas en medicina, al interior del Sistema Nacional de Residencias Médicas y definirán los mecanismos para la selección de aspirantes en todo el territorio nacional, los puntajes y rangos para determinar derechos de preeminencia en la aplicación a especialidades médicas por parte de los aspirantes. Para el ingreso a este programa será requisito la presentación de un Examen Único Nacional de Ingreso, el cual se hará anualmente y será reglamentado por el Ministerio de Educación y el ICFES. Esta exigencia no aplicará al programa de medicina familiar</u>	H.R. JAIRO CRISTO Y CIA	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<u>Artículo Nuevo. Política Nacional de Alianzas Público Privadas en Salud. El Estado podrá realizar Alianzas Público - Privadas para la construcción, dotación, operación, administración delegada, que complemente las redes de atención y propenda garantizar el derecho a la salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones y formas de operación de estas alianzas.</u>	H.R. JAIRO CRISTO Y CIA	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<u>Artículo Nuevo. Programa de saneamiento financiero del SGSSS. La Superintendencia Nacional de Salud implementará un programa de saneamiento financiero de las deudas entre Aseguradoras y Proveedores, que contemple las acreencias en mora mayores a 90 días. En caso de</u>	H.R. JAIRO CRISTO Y CIA	AVALADA

		<u>incumplimiento en los acuerdos de conciliación, la Superintendencia Nacional de Salud informará a ADRES para que descuenta directamente de los valores que deba reconocer a las Aseguradoras o IPS y realice giros directos de estas sumas a los acreedores.</u>		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<u>Artículo Nuevo. Giro directo de la UPC. Los recursos provenientes de la liquidación de la UPC serán girados directamente por la ADRES a los prestadores, proveedores, operadores logísticos y otros agentes del sistema y bajo las reglas que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El giro se realizará teniendo en cuenta la facturación conciliada y reportada mediante el mecanismo de facturación electrónica dispuesto por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN.</u>	H.R. JAIRO CRISTO Y CIA	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<u>Artículo Nuevo. Gastos de administración. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el porcentaje de la prima de aseguramiento que podrá ser usada en gastos de administración, basado en criterios de eficiencia, estudios actuariales, financieros y criterios técnicos, así como los conceptos que conforman dicho gasto. Este porcentaje no podrá superar el 8% de la prima de aseguramiento.</u>	H.R. JAIRO CRISTO Y CIA	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<u>Artículo Nuevo. Programa de Formación continua en competencias en medicina general. A partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará y ejecutará un Programa Nacional Formación y Actualización de competencias de medicina general con enfoque familiar y comunitario, dirigido a los médicos generales que presten sus servicios en prestadores primarios en todo el territorio nacional. Este programa será ejecutado a través de las AS y las IPS y tendrá como objetivo la actualización de competencias y prácticas ejercidas por parte de los médicos generales, en el marco de la autonomía y</u>	H.R. JAIRO CRISTO Y CIA	AVALADA

		<p><u>autorregulación</u> <u>médica.</u></p> <p><u>Parágrafo. Además de los puntos adicionales en el Examen Único Nacional para el ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará los mecanismos e incentivos para aquellos médicos que accedan periódicamente a dicho programa.</u></p>		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<p><u>Artículo Nuevo. Depuración del aseguramiento. Con base en el cumplimiento de la habilitación técnica y financiera de las AS y los planes de cumplimiento aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud, está diseñará e implementará, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, un plan de depuración del aseguramiento, revocando la habilitación en los casos que corresponda.</u></p> <p><u>Parágrafo 1. Sin perjuicio de la libre elección dentro de la respectiva Área Territorial de Aseguramiento -ATS, la población de los aseguradores que pierdan su habilitación se distribuirá, inicialmente, entre las AS que se encuentren habilitadas o con certificación de permanencia, de acuerdo con el procedimiento definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.</u></p> <p><u>Parágrafo 2. Las AS receptoras de la población afiliada reconocerán al SGSSS un valor por cada usuario asignado, que definirá el Ministerio de Salud y Protección Social equivalente al gasto de administración y mercadeo no asumido en virtud de la asignación. Dicho valor será transferido por tales AS a la ADRES o quien haga sus veces, quien realizará el giro directo a los trabajadores, prestadores y proveedores, establecidos por el agente liquidador de la entidad de la cual provienen los usuarios, de forma independiente a los giros directos que realiza ADRES a las AS receptoras y de forma complementaria al flujo de recursos provenientes de otros rubros de la liquidación.</u></p>	H.R. JAIRO CRISTO Y CIA	AVALADA

		<u>Parágrafo 3. Por única vez, las actuales EPS podrán transformarse, fusionarse, escindirse o liquidarse, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los 6 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.</u>		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<u>Artículo Nuevo. Unificación del Plan de Beneficios de Salud. A partir del 1o de enero de 2022, todas las prestaciones asistenciales en salud requeridas para la población colombiana afiliada al SGSSS estarán integradas y contenidas en un único Plan de Beneficios –PB.</u>	H.R. JAIRO CRISTO Y CIA	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	Artículo Nuevo. Adiciónense los siguientes párrafos al artículo 38 de la Ley 1438 de 2011: Artículo 38. Aprobación de planes voluntarios de salud. La aprobación de los Planes Voluntarios de Salud y de las tarifas, en relación con las Entidades Promotoras de Salud y las entidades de medicina prepagada, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual registrará los planes, en un plazo no superior a treinta (30) días calendario y realizará verificación posterior. El depósito de los planes se surtirá ante la Superintendencia Nacional de Salud. <u>Parágrafo 1. Pasados 30 días calendario después del depósito, el solicitante podrá comercializar el respectivo plan voluntario, a menos que en ese lapso hubiese un pronunciamiento en contrario por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.</u> <u>Parágrafo 2. La cobertura de los planes voluntarios de salud no estará restringida al territorio nacional.</u>	H.R. JAIRO CRISTO	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<u>“ARTÍCULO NUEVO. El gobierno nacional, dentro de un plazo máximo de un (1) año, deberá reglamentar y garantizar el derecho de acceso y la participación de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombia, con observancia de la protección a la diversidad e integridad cultural y autonomía de dicha población. En razón de ello, deberá reglamentar la forma de operación, financiamiento y control de un Sistema de Seguridad Social en Salud especial aplicable a la población negra, afro-raizal y palenquera del país, teniendo en cuenta sus condiciones sociales, económicas, geográficas, y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”.</u>	JHON MURILLO ARLEY	NO AVALADA

NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<u>“ARTÍCULO NUEVO. Las personas naturales o jurídicas que sean socios o tengan participación a cualquier título en empresas o sociedades que sean propietarias, accionistas o inversionistas en fondos de pensiones, no podrán ser propietarios o accionistas ni tener ningún tipo de participación en entidades promotoras de salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces.”</u>	JHON MURILLO	ARLEY	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<u>Artículo Nuevo. Responsabilidad subsidiaria de la matriz o controlante respecto de las obligaciones de la entidad objeto de intervención forzosa administrativa para liquidar ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud. Cuando la intervención forzosa administrativa para liquidar haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones que haya realizado la matriz o controlante en virtud de la subordinación y en interés de esta o de cualquiera de sus subordinadas y en contra del beneficio de la entidad objeto de liquidación, la matriz o controlante responderá en forma subsidiaria por las obligaciones de aquella. Se presumirá que la circunstancias que dieron origen a la intervención forzosa administrativa para liquidar se produjeron por las actuaciones derivadas del control, a menos que la matriz o controlante o sus vinculadas, según el caso, demuestren que la intervención fue ocasionada por una causa diferente.</u> <u>El Juez Civil del Circuito conocerá a solicitud de parte de la presente acción; la cual se tramitará mediante el proceso verbal previsto en el Título I del Libro III del Código General del Proceso.</u> <u>Parágrafo 1. La legitimación en la causa para el ejercicio de esta acción estará en cabeza de los acreedores titulares de las obligaciones insolutas una vez terminado el proceso de liquidación. El término de caducidad para el ejercicio de la acción será de dos (2) años contados a partir de la terminación del proceso liquidatorio.</u> <u>Parágrafo 2. Habrá lugar a la desestimación de la personalidad jurídica o levantamiento del velo corporativo de la sociedad matriz o controlante cuando se advierta que sus actuaciones constituyen fraude a la ley o a terceros. La declaratoria de nulidad de los actos defraudatorios así como la acción indemnizatoria a que haya lugar por los posibles perjuicios será de competencia de los jueces civiles del circuito especializados mediante el trámite del proceso verbal previsto en el Título I del Libro III del Código General del Proceso.</u> <u>Parágrafo 3. En los procesos de liquidación las obligaciones de la EPS con las personas naturales o jurídicas que pertenecen al conglomerado deberán ser atendidas una vez se hayan cancelado los demás créditos, deudas u obligaciones, respetando las reglas de prelación legal</u>	H.S MILLA ROMERO		AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<u>Artículo Nuevo. Responsabilidad Civil de los Socios, Asociados, Cooperados, Administradores, Revisores Fiscales y Empleados de las EPS. Cuando la prenda común de los acreedores de una EPS sea desmejorada con ocasión de conductas dolosas o culposas de los socios, asociados, cooperados, administradores, revisores fiscales, y empleados, los mismos</u>	H.S MILLA ROMERO		AVALADA

		<p>serán responsables civilmente del pago del faltante del pasivo externo hasta el monto en el cual se desmejoró la prenda general de los acreedores. No estarán sujetos a dicha responsabilidad los socios, asociados y cooperados que no hayan tenido conocimiento de la acción u omisión o hayan votado en contra, siempre y cuando no la ejecuten. En los casos de incumplimiento o extralimitación de funciones, violación de la ley o de los estatutos, será presumida la culpa del interviniente. Igualmente, serán tenidas por no escritas las cláusulas contractuales que tiendan a absolver a los socios, asociados, cooperados, administradores, revisores fiscales, y empleados de las responsabilidades antedichas o a limitarlas al importe de las cauciones que hayan prestado para ejercer sus cargos. Si el socio o administrador es persona jurídica, la responsabilidad respectiva será de ella, sus accionistas y de quien actúe como su representante legal. La demanda deberá promoverse por cualquier acreedor de la deudora y será tramitada por el proceso verbal regulado en el Código General del Proceso, ante el juez Civil del Circuito y en trámite independiente. Cuando el deudor sea una sociedad, la demanda también podrá presentarse ante la Superintendencia de Sociedades. La responsabilidad aquí establecida será exigible sin perjuicio de las demás sanciones a que haya lugar y sin consideración al tipo organizativo del deudor</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo al capítulo VII de Talento Humano	<p>ARTICULO NUEVO. En el marco de la responsabilidad social y el retorno social de inversión, las cajas de compensación familiar promoverán programas, planes y proyectos dirigidos a establecer beneficios sociales y financieros diferenciales en favor de los afiliados que hagan parte de Talento Humano en Salud que ha prestado su servicio en primera línea durante la emergencia sanitaria con ocasión al COVID 19.</p>	H.S. NADIA BLEFF SCAFF	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo al capítulo VII de Talento Humano	<p>ARTICULO NUEVO: POLÍTICA PÚBLICA DE DIGNIFICACIÓN Y RESPETO POR EL TALENTO HUMANO EN SALUD. En el término de 2 años contados a partir de la expedición de la presente ley, el MSPS formulará la Política Publica de Dignificación y Respeto por el Talento Humano en Salud; para tal efecto, adelantará mesas de concertación con las distintas agremiaciones, sindicatos y asociaciones de representación de los trabajadores del área de la salud.</p> <p>Serán criterios orientadores de la política publica: 1. Garantizar el cumplimiento de las obligaciones de seguridad social y factores salariales para el personal del talento humano en salud derivados de la vinculación de las distintas modalidades de contratación. 2. Promover sistemas de vigilancia y control sobre las formas de vinculación y condiciones de ejercicio de talento humano en salud entre otras: pago oportuno de la remuneración, jornadas</p>	NADIA BLEL SCAFF	AVALADA

		<p>laborales máximas; con el fin de verificar el cumplimiento de la legislación interna y lineamientos de la Organización Internacional del trabajo OIT.</p> <p>3. Formulación de plan de beneficios e incentivos académicos, investigativos y económicos para el talento humano en salud en zonas rurales dispersas, de difícil acceso y zonas de conflicto.</p> <p>4. Implementar medidas intersectoriales de prevención de la violencia contra el talento humano en salud, garantizando la protección de la vida e integridad en el ejercicio de sus labores.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo al capítulo VII de Talento Humano	<p>ARTICULO NUEVO. Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas del talento humano en salud bajo criterios de equidad y mérito. El Ministerio de Educación articulado con el Ministerio de Salud y Protección Social en el término de 2 años contados a partir de la expedición de la presente ley, formularán el mecanismo unificado de ingreso y selección de aspirantes a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina en el territorio nacional, para determinar la preeminencia de los aspirantes en la aplicación a especialidades basada en criterios de equidad, mérito y calificación.</p> <p>En la definición del mecanismo unificado de ingreso y selección de aspirantes a especialidades médicas, se garantizará la participación activa de las Instituciones de Educación Superior que oferten estos programas académicos.</p>	NADIA BLEL SCAFF	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<p>Artículo nuevo. Ningún agente del sector salud, prestador, entidad pública o privada, podrá exigir al talento humano del sector salud, la constitución o entrega de una póliza de responsabilidad civil para ser vinculado o permanecer en la institución o entidad prestadora de servicios de salud.”</p>	JAIRO CRISTANCHO	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<p>ARTICULO NUEVO. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS. El gobierno nacional en un plazo máximo de un (1) año, en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural – SISPI- y en uso de los espacios legítimos de concertación y consulta, reglamentará con los pueblos indígenas de Colombia el modelo diferencial, aplicable a la presente ley, teniendo en cuenta los siguientes criterios:</p> <p>a. Articulación, indemnidad y/o diálogo respetuoso de las medidas establecidas en la presente ley con los avances, transición e implementación del modelo del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural –SISPI-.</p> <p>b. Implementación de esquemas de operación, redes integradas y regionalización en salud concertadas y adecuadas a las particularidades geográficas, organizativas y culturales de los pueblos indígenas.</p> <p>c. Garantía de que en la prestación y atención de salud a población indígena se priorizará la prestada por EAPB – EPS- IPS y redes integradas indígenas.</p> <p>d. Forma de operación, financiamiento y control del sistema de salud aplicable a la población</p>	H.S BITERVO	MANUEL NO AVALADA

		indígena concertada en observancia de los saberes ancestrales- culturales y el modelo político organizativo en salud indígena.		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	Artículo nuevo. Gastos de administración. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el porcentaje de la prima de aseguramiento que podrá ser usada en gastos de administración, a través de una metodología basada en criterios de eficiencia, estudios actuariales, financieros y criterios técnicos, así como los conceptos que conforman dicho gasto. Sin perjuicio de lo anterior, esta prima deberá respetar el porcentaje de la UPC dedicado a la atención en salud.	NORMA HURTADO, FABIÁN CASTILLO Y JAIRO CRISTANCHO	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	El artículo 239° de la Ley 1955 de 2019 quedará así: “Artículo 239°: Giro directo. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES en nombre de las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar, realizará el giro directo de los recursos de las Unidades de Pago por Capitación - UPC de los regímenes contributivo y subsidiado destinadas a la prestación de servicios de salud, a todas las instituciones, y entidades y redes integradas e integrales de servicios de salud que presten dichos servicios y que provean tecnologías incluidas en el plan de beneficios, así como a los proveedores, de conformidad con los porcentajes y condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. También aplicará transitoriamente el giro directo de los recursos asociados al pago de los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC para los regímenes contributivo y subsidiado, según lo dispuesto en el presente artículo. Parágrafo Primero. La información de este mecanismo será de consulta pública. Parágrafo Segundo. Sin perjuicio de las funciones de Inspección Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social realizará el seguimiento permanente a la oportunidad del giro de los recursos, así como a su programación, destinación y ejecución por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, instituciones prestadoras y proveedores de tecnologías en salud, últimos responsables de	H.R. HURTADO NORMA	NO AVALADA

		<p>estos procesos. Parágrafo Tercero. Lo dispuesto en el presente artículo en lo referente a los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado comenzará a operar a partir del 1 de enero de 2020. Parágrafo Cuarto. No estarán sujetas a lo dispuesto en este artículo las EPS adaptadas del Estado y aquellas que en su desempeño financiero cumplan con el patrimonio adecuado.”</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<p>ARTICULO NUEVO. Flujo de información del aseguramiento: El Ministerio de Salud y Protección Social actualizará periódicamente el aplicativo definido para el reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Esta actualización deberá evidenciar la dinámica del gasto en salud a través de los mecanismos de gestión y reconocimiento de dichas tecnologías en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, especialmente de lo estipulado en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019.</p> <p>De igual forma, las entidades rectoras y de vigilancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud definirán un plan de incentivos hacia aquellas EAPB que entreguen información necesaria y suficiente para el cálculo de la UPC, en los términos que establezca el Gobierno nacional. Dentro del plan de incentivos, se podrá contemplar la aprobación del aumento en las primas de aseguramiento para aquellas EAPB que reporten información adecuada y superen las mallas de validación de calidad que para el efecto se definan.</p> <p>Parágrafo 1°. Sin perjuicio de las acciones de supervisión que los organismos de control ejerzan, la Superintendencia Nacional de Salud deberá presentar al Congreso de la República el plan de vigilancia del flujo de información de prestaciones de servicios y tecnología en salud. En dicho plan deberá fijar una línea base en la cual mida qué proporción del gasto anual liquidado por los diferentes mecanismos se encuentra soportado y reportado al Ministerio de Salud y Protección Social. En todo caso, la Superintendencia Nacional de Salud deberá implementar acciones de acompañamiento a los diferentes agentes del sector para superar las barreras que afectan dicho flujo de información.</p> <p>Parágrafo transitorio. En un plazo de un año contados a partir de la expedición de la presente Ley, el Ministerio de Salud y Protección Social lanzará la nueva versión tecnológica del MIPRES, de manera que se cuente con información de prescripciones, suministro y facturación electrónica, logrando que el flujo de la información que soporta cada prescripción de</p>	H.R. NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO Y FABIÁN CASTILLO	AVALADA

		prestaciones o tecnologías en salud y su costo correspondiente se reporte en un periodo máximo de dos días, una vez se haya facturado.		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo v	<p>Artículo nuevo. El artículo 100 de la Ley 1438 de 2011, quedará así: “Artículo 100. Hospitales Universitarios. El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Salud que proporciona entrenamiento universitario, enfocado principalmente en programas de posgrado, supervisado por autoridades académicas competentes y comprometidas con las funciones de formación, investigación y extensión. El Hospital Universitario es un escenario de práctica con características especiales por cuanto debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:</p> <p>100.1 Estar habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.</p> <p>100.2 Tener convenios de prácticas formativas, en el marco de la relación docencia servicio, con instituciones de educación superior que cuenten con programas en salud acreditados.</p> <p>100.3 Diseñar procesos que integren en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación, a prestación de los servicios asistenciales.</p> <p>100.4 Contar con servicios que permitan desarrollar los programas docentes preferentemente de posgrado.</p> <p>100.5 Obtener y mantener reconocimiento nacional o internacional de las investigaciones en salud que realice la entidad y contar con la vinculación de por lo menos un grupo de investigación reconocido por Colciencias.</p> <p>100.6 Incluir procesos orientados a la formación investigativa de los estudiantes y contar con publicaciones y otros medios de información propios que permitan la participación y difusión de aportes de sus grupos de investigación.</p> <p>100.7 Contar con una vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa.</p> <p>Los Hospitales Universitarios reconocidos conforme a la presente ley, tendrán prioridad en la participación en los proyectos de investigación, docencia y formación continua del Talento Humano financiados con recursos estatales.</p> <p>Parágrafo. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentren en proceso de acreditación ante la entidad competente, podrán acceder a los recursos recaudados por la estampilla pro-hospital universitario, hasta el 31 de diciembre de 2027.</p> <p>Parágrafo transitorio. A partir del 1 de enero del año 2028 solo podrán denominarse Hospitales Universitarios a aquellas instituciones que cumplan con los requisitos definidos en el artículo 100 de la Ley 1438 de 2011”.</p>	HR HURTADO	NORMA AVALADA

NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo iv	<p>Artículo nuevo. Criterios de selección de las EAPB para cada región de aseguramiento. Las EAPB que estén interesadas en participar o continuar participando en una región de aseguramiento serán seleccionadas de acuerdo con la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la evaluación de resultados previsto en el artículo 2o de la Ley 1122 de 2007. Sin perjuicio de lo anterior, se deberán incorporar las siguientes consideraciones en la metodología de evaluación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los indicadores deberán ser medidos por región y no de manera agregada nacional, de manera tal que la renovación de la autorización es independiente para cada EAPB en cada región. 2. Se deberán incorporar indicadores de gestión y resultado sobre las siguientes poblaciones prioritarias: población infantil menor de 5 años, indígenas y población desplazada. 3. Se darán puntajes adicionales a las EAPB que se encuentren operando con un modelo de administración del riesgo en salud que le permita identificar los principales factores de riesgo y de concentración de estos en su población asegurada y adelanten programas para su mitigación en el marco de sus competencias. Para tal efecto el Ministerio de Salud y Protección Social contará con un máximo de diez (10) meses contados a partir de la vigencia de esta Ley, para hacer público los parámetros de evaluación, efectuar los cálculos necesarios para la asignación de puntajes cuyos resultados se harán públicos en la página web del Ministerio para que los interesados presenten sus observaciones y por último publique el listado de las EAPB seleccionadas en cada región. <p>Parágrafo 1°. Cuando una EAPB desee participar en la evaluación para la autorización de operación en una región de aseguramiento y esta no posea experiencia en el régimen donde aspira a operar, la calificación se realizará sobre sus resultados en la población afiliada del régimen donde ha registrado operación.</p> <p>Parágrafo 2°. Si la EAPB no es habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud por no cumplir con los requisitos para ello, no podrá ser contratada y deberá darse paso a la siguiente EAPB en el orden de la lista de elegibilidad para la región. En todo caso, la EAPB saliente deberá conciliar y pagar la cartera adeudada con las instituciones prestadoras de servicios de salud, redes integradas e integrales de servicios de salud y proveedores.</p>	H.R. HURTADO	NORMA	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo al capítulo v	<p>Artículo nuevo. Prestación de servicios habilitados. El prestador de servicios de salud asociado a una red integral e integrada de servicios de salud sólo podrá ofertar y brindar los servicios que éste tenga habilitados en el en el REPS y en el Sistema Único de Habilitación, lo que será su aporte para poder ofertar un paquete integral de servicios de salud dentro de la asociación de varios prestadores conformados en una Región de la Prestación de Servicios de Salud.</p>	H.R. HURTADO	NORMA	CONSTANCI A

		Parágrafo. La participación de cada prestador dentro de una red integrada de servicios de salud no es excluyente para que éste oferte servicios de salud en forma individual, por lo que esta acción no será incompatible con la participación del prestador dentro del consorcio o unión temporal, siempre y cuando deje explícito qué servicios prestará de forma individual a la hora de asociarse a la red.		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo al capítulo v	Artículo nuevo. Figura de asociación. La asociación de las redes integradas de servicios de salud se realizará conforme a lo dispuesto en el artículo 62° de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 7° de la Ley 80 de 1993, o aquellas normas que los modifiquen, sustituyan o adicionen. En todo caso, el consorcio o unión temporal que sea convenido por los prestadores de servicios de salud, debe definir las obligaciones de cada uno de éstos frente a los usuarios, las entidades contratantes y las responsabilidades de cada miembro al interior del consorcio o unión temporal.	H.R. HURTADO	NORMA CONSTANCI A
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo v	Artículo nuevo. Estudios de conformación, organización y gestión. Previo a la conformación de una red integral e integrada de servicios de salud, cada ente territorial del nivel departamental, en cabeza de su secretaría de salud, aseguradores y prestadores de servicios de salud, deben realizar un estudio de las condiciones del sistema salud existentes dentro de su jurisdicción, para lo cual tendrán que tener en cuenta los siguientes elementos que deben ser garantizados en la constitución de la red: a) La definición, determinación, identificación, caracterización y cuantificación de la demanda de salud de la población a nivel territorial, demográfico, social, económico, cultural y con enfoque diferencial, tanto de la demanda inducida por las EAPB, por dolencias o malestar que genere pérdida de bienestar en salud, citas médicas, consulta externa, urgencias, dinámica de afiliación, precisando las prioridades en salud acorde con el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE; b) Realizar la identificación y caracterización del riesgo de la población a partir de los mecanismos previstos en el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE. Esta caracterización es individual y deberá actualizarse periódicamente teniendo en cuenta, al menos, las características demográficas, sociales, económicas, culturales, de pertenencia étnica y de enfoque diferencial prevista por las	H.R. HURTADO	NORMA NO AVALADA

	<p>disposiciones normativas vigentes o aquellas que las modifiquen, sustituyan o adicionen;</p> <p>c) Realizar una evaluación de accesibilidad geográfica de sus afiliados a los servicios de salud ofertados, debiendo establecer los procesos y procedimientos que garanticen la atención en salud de servicios de carácter primario como complementario.</p> <p>d) La definición, identificación, caracterización y cuantificación del portafolio de servicios que se podrá garantizar en el territorio ofertado tanto a nivel primario como complementario, las modalidades de atención, la capacidad instalada a partir de los servicios y los prestadores habilitados, según lo reportado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS y en el Sistema Único de Habilitación;</p> <p>e) La precisión de los déficits de oferta de servicios en el territorio a partir de las necesidades de la población a cargo que deban ser cubiertos mediante nuevas inversiones o convenios y los instrumentos que promoverán su desarrollo, generando estrategias e incentivos para ampliar o incrementar la oferta de conformidad con los criterios de demanda insatisfecha o por las modificaciones en la demanda atendida por razones de orden epidemiológico y de nuevas necesidades en salud;</p> <p>f) La formulación, adopción y adaptación de políticas y estrategias para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud en lo correspondiente a capacidad instalada, recurso humano, dotación de insumos, procesos asistenciales, administrativos y logísticos en coordinación con los actores involucrados.</p> <p>g) La adecuación de los procesos y procedimientos de atención en salud de los prestadores, de manera que resulten concordantes con los requerimientos de la red integral e integrada de prestadores de servicios;</p> <p>h) Realizar evaluación y seguimiento de la gestión de los servicios de salud provistos por cada uno de los prestadores dentro de la jurisdicción territorial, llevando registro de si cada servicio se presta</p>		
--	--	--	--

		<p>bajo los atributos de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad y resolutivez, con la suficiencia y completitud de la oferta necesaria, en el marco del Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE. Según los resultados obtenidos, se diseñará e implementará los procedimientos, instrumentos y sistemas de información requeridos, dentro de los cuales se incluye la aplicación de la Metodología sobre Trazabilidad.</p> <p>Parágrafo. Corresponde a la Secretaría Departamental o Distrital de Salud, en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud, evaluar bajo los criterios expuestos en este artículo el cumplimiento de las condiciones del sistema de salud territorial durante cada anualidad, a fin de renovar habilitación de la conformación de redes integrales e integradas de servicios de salud.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo iv	<p>Artículo nuevo. En zonas de grave perturbación de orden público y ZOMAC, donde no existan EAPB habilitadas para la región, a solicitud de la primera autoridad administrativa de la entidad territorial, el MSPS autorizará la aplicación de mecanismos alternativos hasta por un año, que garanticen el aseguramiento en salud de la población, a través de convocatoria pública a diferentes entidades públicas y privadas de manera independiente o a través de asociaciones, uniones temporales o consorcios. Las entidades que participen de esta convocatoria deberán cumplir los requisitos excepcionales de habilitación establecidos en la reglamentación vigente.</p> <p>Parágrafo. Las condiciones que motivaron la autorización por parte MSPS deberán ser evaluadas anualmente con el propósito de determinar su prórroga o normalizar la forma de operación del aseguramiento en salud.</p>	H.R. HURTADO	NORMA CONSTANCIA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo iv	<p>Artículo nuevo. Las EAPB seleccionadas para operar en una región deberán establecer mecanismos que garanticen de manera ágil y oportuna la atención de usuarios, prestadores y proveedores como mínimo</p>	H.R. HURTADO	NORMA CONSTANCIA

		<p>en los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Información y orientación al usuario sobre servicios ofrecidos. 2. Procesos de afiliación. 3. Base de datos de afiliados. 4. Contratación y negociación con las IPS y la red integrada e integral de prestadores de servicios de salud. 5. Radicación y reconocimiento de facturas. 6. Pago a IPS y proveedores. 7. Auditoría integral del proceso de atención. 8. Red de prestadores de servicios y sistemas de referencia y contrarreferencia. 		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo v	<p>Artículo nuevo. La máxima autoridad de la Unión Temporal o Consorcio es la Asamblea de Miembros de la Región de Salud, la cual estará integrada por los actores involucrados según el tipo de regionalización de prestación de servicios de salud acogido por la red integral e integrada de servicios de salud, así:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El gobernante municipal, distrital o departamental, quien la presidirá. 2. El secretario municipal, distrital o departamental, quien ejercerá la secretaría técnica. 3. Los gerentes de los prestadores de servicios de salud asociados a la red. 4. Los demás que sean invitados a discreción de sus miembros principales, quienes tendrán la facultad de otorgarle voz y voto. <p>La Asamblea de Miembros de la Región de Salud delegará en una Junta Directiva la conducción de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud para los siguientes términos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Direccionamiento de políticas generales. b) Revisión y adopción de la carta estratégica. c) Procesos y procedimientos. d) Delimitación de responsabilidades del director de la Región de Salud. e) Contratación del equipo de trabajo. f) Esquemas de trabajo. g) Revisión y aprobación de estados financieros e informes de gestión. h) Las demás que le asigne la Asamblea de Miembros de la Región de Salud. <p>Parágrafo. Las funciones, derechos y deberes de la Asamblea de Miembros de la Región de Salud y de la Junta Directiva se establecerán en los Estatutos de la Red Integrada de Servicios de Salud</p>	H.R HURTADO	NORMA AVALADA

<p>NUEVO</p>	<p>Adiciona un artículo nuevo en el capítulo iv</p>	<p>Artículo nuevo. Aseguramiento de Pacientes de Enfermedades Raras-Huérfanas. El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará un modelo especial de aseguramiento para los pacientes de Enfermedades Raras-Huérfanas que esté diferenciado y sea complementario del modelo de aseguramiento actual y que garantice la cobertura y financiación de los servicios en salud y tecnologías en salud que requiere esta población.</p> <p>Para el desarrollo del modelo de aseguramiento para Enfermedades Raras-Huérfanas el Ministerio de Salud y Protección Social considerará la información proveniente de al menos las siguientes fuentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Registro Nacional de Enfermedades Huérfanas -RNEH del Ministerio de Salud 2. Informe más reciente de la prevalencia de Enfermedades Raras reportadas por Orphanet. 3. El Reporte sobre enfermedades huérfanas como eventos de interés en salud pública captados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, del Instituto Nacional de Salud. 4. Listado de Medicamentos Huérfanos registrados como Vitales No Disponibles. 5. Escaneo de horizonte de agencias de referencia como la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA). 6. Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud –RIPS. 7. Reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiados con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y servicios complementarios- MIPRES. 8. Sistema Integrado de Información de la Protección Social en Colombia- SISPRO. 9. Información reportada por asociaciones científicas y organizaciones de pacientes de Enfermedades Raras. <p>Parágrafo: El Ministerio de Salud deberá diseñar, desarrollar e implementar el modelo en un plazo no mayor a un (1) año.</p>	<p>H.R. JAIRO CRISTANCHO Y NORMA HURTADO</p>	<p>AVALADA</p>
<p>NUEVO</p>	<p>Adiciona un artículo nuevo en el capítulo iv</p>	<p>Artículo nuevo. El funcionamiento de la Unión Temporal o Consorcio que aglutine la red integrada e integral de servicios de salud será gestionado por un director de la región de prestación de servicios de salud, será la encargada de los procesos de negociación con las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios interesadas en contratar con la Red Integrada de Servicios de Salud, por lo que tendrá a su cargo el monitoreo del desarrollo de los</p>	<p>H.R. NORMA HURTADO</p>	<p>NO AVALADA</p>

	<p>contratos en términos de cumplimiento, celeridad en el flujo de recursos, indicadores y calidad del servicio.</p> <p>La Dirección de la Región de Salud mantendrá bajo su tutela los procesos de referencia, contrarreferencia y auditoría concurrente a través de un equipo administrativo interdisciplinario escogido por el director de la Región de Salud, para lo cual deberán asegurar el manejo de la información mediante sistemas de alta tecnología, que le permitan llevar a cabo las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubicación de prestadores de servicios de salud asociados, así como de los establecimientos encargados de las pruebas diagnósticas. 2. Capacidad instalada de los prestadores, apoyo diagnóstico, procesos de rehabilitación, promoción y prevención, consulta externa, urgencias. 3. Ubicación de médicos y demás personal del área misional por especialidad. 4. Red de ambulancias. 5. Afiliados EPS. 6. Gestión de usuarios, documentación clínica y administrativa. 7. Articulación de recursos para lograr los objetivos asistenciales de la Red. 8. Garantizar la articulación de los servicios de salud prestados en el nivel primario y complementario. 9. Organización del sistema de referencia y contrarreferencia que permita el envío y recepción de pacientes entre los diferentes niveles de atención, incluyendo aquellos usuarios que sean asistidos por un prestador de servicios de salud privado. 10. Garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para el correcto desarrollo de la función de prestación de servicios ofertados por parte de los asociados a la Red Integrada de Servicios de Salud. 11. Gestionar Alianzas Estratégicas a las que haya lugar ante la insuficiencia o desborde de capacidad de los prestadores de servicios de salud asociados a la red. 12. Garantizar la disponibilidad y rigor de la información, epidemiológica, asistencial, administrativa y económica para la Asamblea de Miembros de la Región de Salud y la Secretaría de Salud Departamental. 13. Gestionar con agilidad y eficiencia los procedimientos de salud de la mano con la eficiencia administrativa, de recursos humanos, de información y equipamiento adecuado. 		
--	---	--	--

		<p>14. Representar institucionalmente a la Red Integrada de Servicios de Salud en cuanto a sus resultados asistenciales, administrativos y financieros, así como del cumplimiento de los derechos de los usuarios de la red en equidad, accesibilidad, atención, continuidad e información. 15. Responsabilizarse de todos los aspectos relacionados con la actividad y producción clínica, de los recursos humanos y materiales de trabajo necesarios para dicho fin. 16. Encargarse de la administración de los temas relacionados con la selección y contratación del personal, confección de nóminas, procedimientos de adquisición, control, evaluación, seguimiento de obras, instalaciones, servicios y suministros.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo al capítulo iv	<p>Artículo nuevo. Modernización y Actualización del Programa Ampliado de Inmunizaciones. De conformidad con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, a partir de la vigencia de la presente ley, se incluirán en el Programa Ampliado de Inmunizaciones todas las tecnologías en salud disponibles en Colombia para prevenir enfermedades inmunoprevenibles, para los patógenos respectivos, en todas sus variantes, linajes o cepas. El Gobierno nacional garantizará el acceso a las vacunas correspondientes.</p>	HR HURTADO	NORMA NO AVALADA
NUEVO	ADICIONA UN ARTÍCULO NUEVO EN EL CAPÍTULO VII	<p>Artículo nuevo. Definiciones. Para efectos de la presente ley entiéndase por:</p> <p>Talento humano del sistema de salud: Todo el personal misional y de apoyo que bajo cualquier forma de vinculación preste servicios en las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas o privadas, del Sistema de Salud en el territorio colombiano. Se exceptúa el personal misional y de apoyo que se rijan por normas especiales por pertenecer a los regímenes de excepción del artículo 279 de la Ley 100 de 1993.</p> <p>Es personal misional el talento humano que realiza actividades o funciones directamente relacionadas con la prestación de servicio de salud o con el objeto social de la institución prestadora de servicio de salud o entidad que haga parte del sistema de seguridad social en salud o con cualquier otra que realice labores asistenciales o cuidado en salud, por lo tanto se entienden incluidos quienes realizan actividades de atención primaria, familiar y comunitaria promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación de la enfermedad de todos y atención al final de la vida de los habitantes del territorio nacional , así como quienes participan directamente en la prestación directa de servicios médicos, odontológicos, quirúrgicos, hospitalarios y actividades paramédicas, dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud o</p>	HH.RR HURTADO, CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	NORMA JAIRO AVALADA

		<p>en entidades .</p> <p>Personal administrativo y de apoyo logístico. El talento humano que realiza actividades relacionadas con la dirección, organización, coordinación, administración, control y apoyo logístico u operativo al buen funcionamiento, producción y prestación del servicio de salud por parte de la institución prestadora de servicio de salud o entidad que haga parte del sistema de seguridad social en salud o con cualquier otra que realice labores asistenciales o cuidado en salud.</p> <p>Trabajadores del Estado del Sector Salud: Es el Talento humano de las Empresas Sociales del Estado que no sea de libre nombramiento y remoción, de período o que tengan normas especiales para su vinculación. Se regirán por lo establecido en el artículo 6 de la presente ley y constituyen una nueva categoría de servidores públicos.</p> <p>Artículo nuevo. Definiciones. Vinculación y Régimen de los Trabajadores del Sector Salud. El personal que se vincule a las instituciones prestadoras de los servicios de salud del sector privado se regirá en materia laboral por Código Sustantivo del Trabajo, por los principios y normas generales consagradas en la presente ley.</p> <p>Las personas que sean vinculadas a las Empresas Sociales del Estado a nivel nacional y territorial, se regirán por las normas contenidas en el artículo sexto (6) de la presente ley.</p> <p>Está prohibida cualquier forma de vinculación del talento humano del área de la salud que permita, contenga o encubra prácticas o facilite figuras de intermediación o tercerización laboral a través de contratos civiles o comerciales, cooperativas o cualquier otra forma que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes.</p> <p>La institución contratante no podrá exigir al talento humano del sector salud, la constitución o entrega de una póliza de responsabilidad civil para ser vinculado o permanecer en la institución o entidad prestadora de servicios de salud.</p> <p>El empleador o contratante deberán respetar las jornadas máximas legales establecidas dentro de las diferentes modalidades de contratación vigentes en el ordenamiento jurídico colombiano; en todo caso se deben evitar jornadas extenuantes que puedan poner en peligro el correcto desarrollo del ejercicio, la calidad en el servicio, la seguridad, la salud, así como la dignidad del talento humano.</p>		
--	--	--	--	--

		<p>El Ministerio de Trabajo y la Superintendencia de Salud ejercerán la inspección, vigilancia y control sobre la forma de vinculación y condiciones de ejercicio del talento humano.</p> <p>Parágrafo. Cada institución deberá organizar como mínimo dos (2) veces al año actividades complementarias en promoción y prevención y deberán contemplar acompañamiento en casos de violencia intrafamiliar, adicciones, burnout y demás condiciones en salud mental que afecten el desempeño laboral y social del personal de salud.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	<p>Artículo nuevo. Régimen del talento humano del sector salud en las Empresas Sociales del Estado.</p> <p>Las personas vinculadas en las Empresas Sociales del Estado a nivel nacional y territorial, se registrarán por las siguientes normas:</p> <p>Los servidores públicos que cumplen funciones de dirección, conducción y orientación institucional y los empleos de especial confianza que tengan asignadas funciones de asesoría institucional, asistenciales o de apoyo, que estén al servicio directo del Director o Gerente de la Empresa Social del Estado, se clasificarán como empleados de libre nombramiento y remoción, su relación será legal y reglamentaria y se registrarán por las normas generales que aplican para estos servidores en las entidades del orden nacional y territorial, respectivamente. Los cargos de gerentes o directores serán de periodo y se vincularán de acuerdo a lo definido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016.</p> <p>La designación del Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces se registrará por lo señalado en la Ley 87 de 1993 y en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.</p> <p>Los demás servidores tendrán la calidad de Trabajadores del Estado del Sector Salud, su vinculación se hará mediante contrato de trabajo a tiempo indefinido, definido y por obra o labor. Se registrarán por lo pactado en el contrato de trabajo, y en el reglamento interno de trabajo, en el pacto colectivo, si lo tuvieran, y por lo señalado en el presente artículo.</p> <p>En las plantas de personal se señalarán los empleados de libre nombramiento y remoción y el número global de cargos en los cuales se vincularán los Trabajadores del Estado del Sector Salud, de acuerdo con la viabilidad y sostenibilidad financiera.</p> <p>La vinculación del talento humano se realizará previa verificación del cumplimiento de los requisitos de formación académica y experiencia previstos para cada denominación del cargo y la evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública, de lo cual se dejará evidencia.</p>	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	AVALADA

	<p>En materia de administración de personal los servidores públicos se regirán por lo contemplado en el Decreto Ley 2400 de 1968, la Ley 909 de 2004 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o reglamenten. Tendrán derecho a que se les confiera comisión interinstitucional especial de servicios entre Empresas Sociales del Estado, hasta por el término de un (1) año, prorrogables por razones de servicio hasta por dos (2) años más. La remuneración y prestaciones sociales que se generen en virtud de la comisión interinstitucional especial de servicios serán asumidos por la entidad en la cual se encuentre en comisión, así como el seguimiento al cumplimiento a las actividades.</p> <p>El régimen disciplinario será el dispuesto en la Ley 734 de 2002, Ley 1952 de 2019 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.</p> <p>El retiro del servicio de quienes estén desempeñando empleos de libre nombramiento y remoción se producirá por las causales señaladas en el artículo 41 de la Ley 909 de 2004 o por las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. El retiro de los Trabajadores del Estado del Sector Salud se producirá, además de las causales pactadas, por el cumplimiento del término o labor contratada.</p> <p>En materia de la jornada laboral se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978, por las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.</p> <p>En materia de negociación se regirán por lo señalado para los empleados públicos.</p> <p>El Gobierno señalará los límites mínimos y máximos salariales, con las escalas salariales correspondientes, dentro de las cuales se deberá tener en cuenta nivel de formación, zona geográfica en la que se encuentra prestando el servicio y formación continua</p> <p>Parágrafo 1. Se prohíbe cualquier forma de vinculación del talento humano del sistema de salud que permita, contenga o encubra prácticas o facilite figuras de intermediación o tercerización laboral a través de cooperativas o cualquier otra forma que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes.</p> <p>Parágrafo 2. A ningún Trabajador del estado del sector salud que preste sus servicios a las Empresas Sociales del Estado, podrá exigírsele exclusividad. Todo servidor del sector salud podrá laborar para otro empleador del sector privado o por cuenta propia en labores similares o conexas a las de su profesión y/o especialidad.</p> <p>El Trabajo del estado del Sector Salud estará cobijado por las excepciones del artículo 19 de</p>		
--	---	--	--

		<p>La Ley 4ª de 1992 que estableció las excepciones generales a la prohibición constitucional de recibir más de una asignación del erario público, La exclusividad podrá pactarse de común acuerdo en los contratos que se suscriban.</p> <p>Parágrafo 3. Las situaciones administrativas se regirán por lo establecido por la normatividad aplicable a los empleados públicos.</p> <p>Parágrafo Transitorio. Los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente ley se encontraban vinculados en calidad de trabajadores oficiales quedarán automáticamente incorporados como Trabajadores del Estado del Sistema de Salud, sin solución de continuidad, y sus contratos se ajustarán a lo previsto en la presente ley.</p> <p>Los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente ley tengan la calidad de empleados públicos con derechos de carrera administrativa, quedarán automáticamente incorporados como Trabajadores del Estado del Sector Salud, con contrato a término indefinido sin solución de continuidad, con el fin de garantizar su estabilidad laboral. En caso de supresión de su cargo, se indemnizarán aplicando la tabla establecida en la Ley 909 de 2004 o en las normas que la modifiquen.</p> <p>A los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente Ley se encuentren vinculados mediante nombramiento provisional se le ajustará su vinculación laboral al nuevo régimen.</p> <p>Para todos los efectos legales, el tiempo de servicio de los empleados vinculados mediante relación legal y reglamentaria o como trabajador oficial, la nueva vinculación se computará desde la fecha de ingreso a la Empresa Social del Estado, sin solución de continuidad.</p> <p>Los procesos de selección para proveer empleos de carrera que a la entrada en vigencia de la presente ley se encuentren en curso y que aún no tengan listas de elegibles se terminarán en el estado en que se encuentren. Dichos empleos deberán ajustarse a la nueva naturaleza y proveerse siguiendo el procedimiento señalado en la presente Ley.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	Artículo nuevo. La vinculación de los especialistas del área de conocimiento de ciencias de la salud podrá realizarse tanto en el sector público como el privado a través de las distintas modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo.	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	AVALADA

		Esta disposición también aplicará para profesionales de la salud habilitados conforme a la normatividad vigente como prestadores independientes.		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	<p>Artículo nuevo. Pago justo y oportuno: El talento humano del sistema de salud tendrá derecho a una remuneración justa, digna y oportuna por su trabajo cualquiera que sea la forma de vinculación y contratación, la cual hace parte de los recursos del sistema de salud colombiano.</p> <p>Los agentes del sistema de salud, independientemente de su naturaleza, tienen la obligación de girar de manera oportunamente los valores por los servicios prestados a las instituciones prestadores de servicios de salud, para que éstas efectúen el pago de las obligaciones laborales y/o contractuales del talento humano las cuales tendrán prioridad sobre cualquier otro pago, so pena de las sanciones por parte de las autoridades competentes.</p> <p>En los casos del pago oportuno para especialistas del área de conocimiento de ciencias de la salud o profesionales independientes, la remuneración correspondiente se debe realizar dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la prestación del servicio o realización del trabajo o actividades.</p> <p>En los casos de incumplimiento el contratante estará obligado a reconocer de manera automática los intereses moratorios a la tasa equivalente a una y media veces el interés bancario corriente, certificado por la Superintendencia Financiera.</p> <p>En ningún caso, se podrá superar la tasa superior a la fijada por la ley como límite de usura.</p>	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	<p>Artículo nuevo. Reglas para el pago de acreencias: Para el reconocimiento y pago al talento humano del sistema de salud se deberán tener en cuenta los siguientes requisitos:</p> <p>El agente del sistema de salud responsable del pago al talento humano, deberá entregar al personal en salud el comprobante del pago correspondiente, especificando el periodo al que corresponde el pago, la fecha en que se realizó el mismo y el medio por el cual lo realizó.</p> <p>El solicitante deberá presentar al contratante únicamente la solicitud de pago de las acreencias atrasadas, que podrá ser verbal o escrita independientemente de la naturaleza jurídica del contrato. A la entidad correspondiente le quedará la carga de la prueba de desvirtuar las afirmaciones realizadas en la solicitud.</p>	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	NO AVALADA

		No podrán existir ningún tipo de barreras o limitaciones para el pago de las remuneraciones, servicios o trabajo del talento humano del sistema de salud.		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	Artículo nuevo. Sanción por incumplimiento. Los agentes del sistema de salud responsables de la prestación del servicio, bien sean de naturaleza pública o privada, que contraríen las normas y principios establecidos en la presente ley, respecto del talento humano del sistema de salud, serán sancionados por el Ministerio del Trabajo, la Superintendencia Nacional de Salud o las Secretarías, Direcciones, Institutos o Unidades Administrativas Departamentales o Distritales de Salud, según sus competencias previo el cumplimiento del debido proceso. Las sanciones a imponer serán las definidas en la Ley 9 de 1979.	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	Artículo nuevo. Garantías de la prestación del servicio de salud: Las Instituciones Prestadoras de Salud tanto públicas como privadas, 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. Los agentes del sistema de salud, que contraten Talento Humano en Salud deben realizar periódicamente un diagnóstico organizacional orientado al análisis del clima laboral y/o organizacional, el cual le servirá de insumo para la planificación de incentivos de mejora en dichos ámbitos que deberán ser implementadas con especial énfasis.	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	Artículo nuevo. 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 y 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 y privadas y demás organizaciones que vinculen talento humano del sistema de salud deben desarrollar los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo conforme lo dispuesto en la Ley 1562 de 2012, el Decreto Ley 1295 de 1994 o las que las modifiquen o adicionen y demás normas concordantes. Para tal efecto deben destinar los recursos suficientes de acuerdo con el número de trabajadores y la complejidad de la organización. Dicho sistema deberá incluir las acciones dirigidas el mejoramiento de la calidad de vida 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,	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	NO AVALADA

		académicos, deportivos y familiares. Parágrafo 1. 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. perspectiva de integralidad y trato digno, abarcando aspectos laborales, económicos, culturales, académicos, deportivos y familiares.		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	Artículo nuevo. Régimen prestacional y salarial de las Empresas Sociales del Estado. El régimen prestacional de los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado será fijado por el Gobierno Nacional, con base en las normas, criterios y objetivos contenidos en la Ley 4ª de 1992 o en las normas que la modifiquen. En consecuencia, no podrán las corporaciones públicas territoriales arrogarse esta facultad. El Gobierno señalará el límite máximo salarial de estos servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado.	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	Artículo nuevo. Política Pública de trabajo digno y decente para el Talento Humano del Sistema de Salud. Con el fin de dignificar las condiciones laborales del Talento Humano del Sistema de Salud el Gobierno Nacional deberá en un plazo no mayor a seis (6) meses formular e implementar una política pública de carácter nacional, que posteriormente se desarrollará en la las entidades territoriales, con la participación de los representantes de los empleadores, trabajadores, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud y Protección Social, y el Observatorio de Talento Humano en Salud, organizaciones sindicales y colegios profesionales del sector de la salud en la que se tendrán en cuenta por los principios y normas establecidos en la presente ley.	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	Artículo nuevo. Adiciónese al artículo 3 de la ley 1949 de 2019 que modificó el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, e inclúyase el siguiente numeral: “22. El incumplimiento de las disposiciones legales relacionadas con las jornadas de prestación de servicios del talento humano del sistema de salud, especialmente el pago oportuno al Talento Humano del sistema de Salud, será sancionado por el Ministerio del Trabajo, las Secretarías, Direcciones, Institutos o Unidades Administrativas Departamentales o Distritales de Salud o la Superintendencia Nacional de Salud, según corresponda”.	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	Artículo nuevo. Criterios de suficiencia patrimonial. El Ministerio de Salud y Protección Social, incluirá dentro de las condiciones de habitación de suficiencia patrimonial y financiera, los criterios relacionados con el cumplimiento oportuno de la obligación contractual al talento humano del sistema de salud, las formas de vinculación y contratación del talento humano del sector salud de conformidad con la presente ley , así como las quejas presentadas ante la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio del Trabajo y las Secretarías, Direcciones,	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	NO AVALADA

		<p>Institutos o Unidades Administrativas Departamentales o Distritales de Salud por el incumplimiento de lo dispuesto en la presente ley y las sanciones impuestas por estas entidades.</p> <p>El Ministerio del Trabajo y la Superintendencia Nacional de Salud certificará con destino a las Secretarías, Direcciones, Institutos o Unidades Administrativas Departamentales o Distritales de Salud en los periodos que defina el Ministerio de Salud y Protección, la siguiente información:</p> <p>Nombre del Prestador. Nit Código de habilitación del prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Número de quejas por el no pago de las obligaciones laborales y/ o contractuales con el talento humano. Periodos de mora en el pago al talento humano en salud. Fecha de las quejas. Sanciones impuestas.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	<p>Artículo nuevo. Formación continua: las instituciones que contraten talento humano del sistema de salud deberán formular anualmente y conforme a los lineamientos que emita el gobierno nacional planes institucionales de formación continua del personal vinculado, considerando como objetivos:</p> <p>mejorar el desempeño laboral del talento humano del sistema de salud mediante la adquisición de nuevas competencias o el desarrollo de las ya existentes, integrando sus dimensiones técnicas, sociales, de equidad, de calidad, de participación y de ética;</p> <p>satisfacer las necesidades de desarrollo personal, profesional y ocupacional del talento humano del sistema de salud durante su ciclo laboral;</p> <p>responder a las necesidades y problemáticas en salud de la población, así como a los requerimientos para la atención en salud, en coherencia con los avances del conocimiento y la tecnología, priorizando aspectos y temáticas que fortalezcan la atención primaria en salud, el enfoque diferencial y la gestión integral del riesgo.</p> <p>Implementar procesos de adquisición y actualización de conocimiento sobre el sgsss, los objetivos y metas en salud, mejoramiento de la calidad de la atención y trato al usuario y /o</p>	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	NO AVALADA

		<p>paciente, actualización respecto a tecnologías de la información vinculada al sector, entre otros aspectos que establezca el ministerio de salud y protección social en la reglamentación del sistema de formación continua para el talento humano en salud.</p> <p>Reconocer la necesidad de respaldar el ejercicio de la misionalidad del talento humano del sistema, lo cual exige adoptar medidas que propendan por su permanencia y continuidad en el ejercicio de esta vocación.</p> <p>Parágrafo: las instituciones que contraten talento humano del sistema de salud fomentarán y fortalecerán el funcionamiento de las instancias de participación institucional existentes, donde se incluyan representantes institucionales y miembros del talento humano en salud, para que participen en la formulación de los planes institucionales de formación continua.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	<p>Artículo nuevo. Cooperación Internacional Académica y Profesional. El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Ministerio de Relaciones Exteriores y el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior — ICETEX e instituciones académicas y de investigación, realizarán las gestiones necesarias para acordar el reconocimiento y otorgamiento de facilidades de movilidad académica e intercambios profesionales temporales en el exterior del Talento Humano en el área de la Salud.</p>	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	<p>Artículo nuevo. Planificación del Talento Humano. El Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo del Consejo Nacional del Talento Humano en salud, determinará las necesidades de personal que permita establecer las brechas de personal nacional y territorial para el cumplimiento de los objetivos del SGSSS, basado en antecedentes sanitarios, de prestación de servicios, y en el desarrollo y aplicación de metodologías para la estimación de necesidades actuales y futuras.</p> <p>El proceso de planificación de Talento Humano se realizará bajo los siguientes lineamientos generales:</p> <p>Se desarrollará de manera sistemática considerando en forma integral las relaciones existentes entre las diferentes profesiones y ocupaciones de la salud, con especial atención a la mezcla de habilidades entre profesiones y ocupaciones de la salud y el equilibrio geográfico en su distribución, sin perjuicio de la concesión de incentivos para el Talento Humano que adhiera el cambio en ese sentido.</p> <p>Contemplará mecanismos de participación activa de las regiones, con asociaciones, agremiaciones del sector salud y de actores sociales relevantes, los cuales proveerán</p>	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	NO AVALADA

		<p>información en forma oportuna. Se apoyará en el Sistema de información para la gestión, planificación y formación del Talento Humano y de los análisis y estudios que se emitan en el Observatorio del Talento Humano en Salud.</p> <p>Comprenderá la realización de estudios de carga laboral del Talento Humano, la proyección de necesidades de personal requerido para realizar actividades de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, paliación; el diseño de estrategias de cierre de brechas e inequidades laborales; los análisis más prevalentes de salud y de las intervenciones más efectivas y la consideración del conjunto de competencias requeridas para resolver la demanda en salud existente.</p> <p>Tendrá un enfoque multidisciplinario y buscará la complementariedad de diferentes perfiles de competencia.</p> <p>En esa línea, el trabajo del Talento Humano en la red asistencial deberá considerar especialmente la formación y desarrollo en medicina familiar y comunitaria, en un contexto de envejecimiento de la población y de la creciente carga de enfermedades crónicas, incluyendo la atención a pacientes con comorbilidades, cuyo modelo de atención se construye sobre interacción entre el paciente, la comunidad y los prestadores de salud.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	<p>Artículo nuevo. Plazo de reglamentación: El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo máximo de seis (6) meses, a partir de la vigencia de la presente ley, para reglamentar y establecer los mecanismos adecuados para garantizar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el Título III de la presente ley.</p>	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	<p>Artículo nuevo. Estrategia Nacional contra la Violencia al talento humano del sistema de Salud. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará una estrategia intersectorial con el objeto principal de identificar, cuantificar y plantear soluciones efectivas para la protección de la vida, buen nombre e integridad del Talento Humano en el ejercicio de sus labores. La elaboración de esta Estrategia propenderá por el cumplimiento de los siguientes objetivos:</p> <p>Prevenir de forma efectiva la violencia contra el talento humano mediante medidas eficaces en el ámbito laboral, social, económico y jurídico. Para ello, los directivos de las instituciones prestadoras de servicio de salud deberán implementar acciones pedagógicas pertinentes.</p> <p>Promover el trabajo interinstitucional y colaborativo con todos los actores del Estado</p>	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	AVALADA

		<p>colombiano para garantizar la seguridad e integridad del talento humano. Así mismo, las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas deberán implementar acciones para garantizar a través de sus servicios de seguridad y en coordinación con las autoridades pertinentes la protección del talento humano Salud.</p> <p>Implementar marcos de información y de seguimiento que permitan identificar plenamente las causas, modalidades, particularidades regionales y las consecuencias de la violencia contra el talento humano.</p> <p>Promover el ejercicio de la profesión y ocupación en salud a partir del desarrollo de una cultura que valora y reconoce el esfuerzo y compromiso de los miembros del Talento Humano en el desarrollo de tareas y procesos que tienen como fin mejorar la calidad de vida y de salud de los pacientes.</p> <p>Los demás que el Comité Interinstitucional considere necesarios y pertinentes. La Estrategia Nacional desarrollará indicadores y metas que permitan medir periódicamente la eficacia en el cumplimiento de los objetivos aquí definidos.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	<p>Artículo nuevo. Indicadores cuantitativos de violencia contra el talento humano. El Ministerio de Salud y Protección Social, con el acompañamiento del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), diseñará e implementará un mecanismo de seguimiento y medición sobre los casos de violencia al talento humano, como política pública de registro e información, en el plazo máximo de un (1) año a partir de la promulgación de la presente ley.</p>	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	<p>Artículo nuevo. Comité Interinstitucional de lucha contra la violencia contra el talento humano. Créase con carácter permanente y adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, el "Comité Interinstitucional de Lucha contra la Violencia contra el talento humano", como organismo consultivo del Gobierno Nacional y ente coordinador de las acciones que se desarrollen para combatir actos de violencia contra el talento humano</p> <p>Parágrafo. El Gobierno Nacional contará con un periodo de doce (12) meses para la consolidación de la estrategia y creación del comité, a partir de la expedición de la presente ley.</p>	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	<p>Artículo nuevo. Del Comité y sus integrantes. El Comité estará integrado por los siguientes miembros:</p> <p>Ministro de Salud y Protección Social, Viceministro o Director de Talento Humano en Salud, o sus delegados. Superintendente Nacional de Salud o Superintendente Delegado.</p>	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	NO AVALADA

		<p>Fiscal General de la Nación o su delegado. Defensor del Pueblo o su delegado. Director de la Policía Nacional. Cinco representantes que para el efecto designe el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud conforme al artículo 7 de la Ley 1164 de 2007.</p> <p>Parágrafo. El comité deberá sesionar como mínimo (3) veces al año, deberá adoptar su propio reglamento, podrá sesionar por iniciativa de cualquiera de los integrantes. Así mismo, deberán rendir informe a las Comisiones Séptima del Congreso de la República, donde se evidencie el cumplimiento del objeto y alcance de la presente ley.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	<p>Artículo nuevo. Ruta de atención y denuncia de la Violencia contra el talento humano del área de la Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social en apoyo con la Fiscalía General de la Nación, y en coordinación con la Defensoría del Pueblo, diseñarán un canal de comunicación para atender y dar respuesta efectiva de las denuncias atinentes a episodios de violencia en contra el talento humano adelantando asistencia y acompañamiento a la víctima para la correspondiente presentación de la denuncia. Igualmente brindarán asistencia y acompañamiento a la víctima para la correspondiente presentación de la denuncia.</p> <p>Todos los actores de la presente ley deberán garantizar la divulgación y cumplimiento efectivo del uso adecuado de la ruta de atención y de la información que se genere del reporte del uso de la ruta.</p> <p>En casos de grave afectación a la salud pública, pandemias, epidemias y / o similares, se deberá de generar una ruta de atención especial para proteger la integridad del Talento Humano del área de la Salud y la de sus familiares, igualmente se diseñará una estrategia, política, plan o programa para prevenir contagios de su núcleo familiar y sociedad.</p>	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	<p>Artículo 26°. Protección del buen nombre del talento humano del sistema de salud. El talento humano tiene derecho a que se preserve su buen nombre, el debido proceso y se otorguen las garantías necesarias para la protección de sus derechos.</p> <p>Las personas naturales o jurídicas que generen, publiquen o difundan información relacionada con los títulos, desempeño, o ejercicio del talento humano, deberán informar de manera completa, veraz e imparcial los hechos, sin generar confusión en la opinión pública ni afectar el derecho al buen nombre del talento humano del sistema de salud.</p> <p>Las personas que publiquen o difundan información relacionada con investigaciones, procesos judiciales o administrativos relacionados con el ejercicio profesional del personal del talento</p>	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	NO AVALADA

		humano del sistema salud, deben publicar y difundir los fallos o decisiones que resulten favorables a este personal, en los mismos términos y por los mismos medios de la publicación inicial.		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	<p>Artículo nuevo. Trato digno en la formación del talento humano del sistema de salud. El Gobierno Nacional promoverá la creación de una política integral con el fin principal de combatir todas las formas de violencia física, sexual y psicológica que pueden afectar al talento humano, en los procesos de formación de programas académicos del área de la salud y ejercicio de la profesión del talento humano o en cualquier otro ámbito que considere pertinente.</p> <p>Parágrafo. En un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley, los Ministerios competentes solicitarán información detallada en materia de atención y control de violencia física, psicológica y sexual del talento humano del sistema de salud a todas las instituciones de educación superior con programas académicos de formación del talento humano, a los Hospitales Universitarios y a las demás instituciones que se constituyan en escenarios de práctica.</p>	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo en el capítulo vii	<p>Artículo nuevo. Modifíquese el artículo 8° de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así.</p> <p>Artículo 8o. Del Observatorio Del Talento Humano del Sistema de Salud. Créase el Observatorio del Talento Humano, como una instancia del ámbito nacional y regional, cuya administración y coordinación estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. Estará encargado del análisis de la información y generación de datos sobre el Talento Humano buscando con ello identificar los principales retos, desafíos y dificultades que se presentan en el sector.</p> <p>Asimismo, deberá disponer y generar de forma colaborativa, información y conocimientos que aporten al fortalecimiento y desarrollo del talento humano, en los ámbitos laborales, académicos, de gestión y planificación, y dirigidos a respaldar los procesos de toma de decisiones a nivel nacional y regional, y al mejoramiento de la calidad y sus condiciones laborales</p>	HH.RR NORMA HURTADO, JAIRO CRISTANCHO, CARLOS ACOSTA	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	Artículo nuevo. Afiliación del talento humano en la salud. Al talento humano en salud, cuyas fuentes de ingresos sumadas no excedan de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes, no se les descontará porcentaje por concepto de afiliación a salud, este porcentaje será cubierto en su totalidad por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	BANCADA MIRA	NO AVALADA

NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<p>Artículo nuevo. Investigación, Formación y Divulgación en Enfermedades Huérfanas. El Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el Ministerio de Ciencia y Tecnologías, desarrollarán líneas permanentes de investigación en materia de enfermedades huérfanas y raras, que permitan brindar insumos y evidencia a organizaciones de pacientes en procesos de inclusión de nuevas patologías al registro nacional de enfermedades huérfanas, avanzar en la identificación de tecnologías en la salud aplicables, entre otras, que permitan un diagnóstico y tratamiento oportuno. Así mismo, se impulsarán espacios de divulgación del conocimiento y estado de avance sobre enfermedades huérfanas, que den lugar a participación de pacientes, familias, organizaciones de pacientes, centros de investigación y universidades, entre otros. Se destinarán incentivos y estímulos a centros de investigación, universidades y profesionales en salud accedan a formación posgradual e investigación en estas áreas.</p>	BANCADA MIRA	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<p>Artículo nuevo. Ajustes para la atención integral de personas con cáncer. Se garantizará la atención integral y humanizada de las personas con cáncer en todas sus etapas, garantizando, además de lo consagrado en normatividad anterior, lo siguiente:</p> <p>a) El acceso a los servicios de salud de forma ágil, evitando exigencias administrativas injustificadas o fragmentación de autorizaciones, con prioridad en la asignación de turnos, incluidos los de especialistas.</p> <p>b) El uso de telesalud, y acceso a medicamentos de forma domiciliaria en los casos que sea posible y sin disminuir los estándares de atención y calidad.</p> <p>c) El acceso a servicios de salud cercanos a su residencia, mediante la habilitación de Unidades Funcionales (UFCA o UACAI), conformadas por IPS en virtud de acuerdos de voluntades con otros prestadores. Las IPS conservan la responsabilidad sobre el cumplimiento de todos los estándares y criterios que les sean aplicables a las unidades funcionales.</p> <p>d) Prelación en el pago de la facturación de los servicios prestados a los pacientes con cáncer, cuando la Entidad Promotora de Salud – EPS o las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB encargadas de garantizar la disponibilidad de tratamientos, medicamentos y atención integral a los pacientes con cáncer, no cuenten con la capacidad suficiente para financiar dichos servicios y por tanto, se encuentren categorizadas en riesgo financiero alto y riesgo medio.</p> <p>e) Ampliación de fuentes de financiación para los servicios de apoyo en salud, que incluyan entre otras, donaciones, recursos de cooperación internacional, recaudo de multas por concepto del artículo 4° de la Ley 1388 de 2010, este último para pacientes con cáncer infantil.</p> <p>Parágrafo. Esta disposición se desarrollará en observancia de las normas en materia de</p>	BANCADA MIRA	NO AVALADA

		racionalización de trámites que le sean aplicables, y sin perjuicio de aquellas que establezcan mayores estándares de atención y protección para los pacientes con cáncer.		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<p>Artículo nuevo. Desconcentración de la Superintendencia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de su misión, objetivos y funciones en desarrollo de las disposiciones consagradas en la Constitución Política y en la ley, el nivel desconcentrado está constituido por las dependencias de la Superintendencia de Salud o la entidad que haga sus veces, ubicadas fuera de la sede del Distrito Capital y se configura con observancia de los principios de la función administrativa. Es función especial del nivel central, coordinar y controlar todas las actividades de la Superintendencia en el ámbito nacional, incluyendo las que desarrolla el nivel desconcentrado, así como ejercer funciones especiales asignadas por la Constitución y la ley, cuya naturaleza no implique su ejercicio desconcentrado. El Sistema de Salud debe funcionar bajo estándares de calidad definidos para todos los actores del SGSSS y deberá contar con un sistema de vigilancia, seguimiento, control e inspección en cada entidad territorial donde se presente el servicio integral de salud. Parágrafo. El Gobierno Nacional en el término de seis (6) meses, reglamentará la estructura orgánica y funcional de la Superintendencia Nacional de Salud en las regiones donde se preste el servicio de salud.</p>	BANCADA MIRA	NO AVALADA
NUEVO	ADICIONA UN ARTÍCULO NUEVO	Artículo nuevo. Fortalecimiento Prestadores de Servicios de Salud Públicos. El Ministerio de Salud y Protección Social en el término de un (1) año, estructurará e implementará un programa de acompañamiento y fortalecimiento para los Prestadores de Servicios de Salud de naturaleza pública, con el fin de diagnosticar, evaluar y ejecutar planes de mejoramiento.	BANCADA MIRA	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	<p>Artículo Nuevo: Sistema de Dispensación de medicamentos y asignación de citas a pacientes con enfermedades crónicas: Las entidades promotoras de salud EPS, tendrán un registro de pacientes con enfermedades crónicas, que facilite la planeación para la entrega oportuna de los medicamentos y asignación de citas, estas adoptarán mecanismos de adquisición y administración eficiente de medicamentos. Las EPS reportarán el número, la enfermedad o enfermedades, género, edad, territorio e información necesaria para que el Ministerio de Salud y Protección Social pueda tomar decisiones e intervenir factores determinantes de la salud con los agentes del sistema, esta cartera definirá el mecanismo de reporte y la periodicidad de reporte, privilegiando mecanismos de reporte en tiempo real. El Ministerio de Salud y Protección Social dictará en el término de 6 meses parámetros para depurar y hacer más eficientes la entrega de medicamentos y asignación de citas para pacientes con enfermedades crónicas, que deberán adoptar las EPS, en todo caso, los parámetros deberán contemplar que</p>	BANCADA MIRA	NO AVALADA

		las personas con enfermedades catastróficas, como el cancer, tendrán prioridad y no les sera imponible la orden de turne en la asignación de citas.		
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	Artículo Nuevo. Apropiación digital para la atención en telesalud. Para garantizar la efectividad de la interoperabilidad en línea y la telesalud, se realizará un trabajo articulado del Ministerio de Salud y Protección Social con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en todo el territorio nacional, con el propósito de asegurar el acceso progresivo a la conectividad. Así mismo, se realizarán programas para fortalecer la apropiación digital en el talento humano en salud y los pacientes que hagan uso de esta modalidad.	BANCADA MIRA	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo nuevo	Artículo Nuevo_. Protección en salud para el cesante. Modifíquese el parágrafo segundo del artículo 242 de la Ley 1955 de 2019, parágrafo adicionado por el artículo 6 del Decreto 800 del 2020, en los siguientes términos: Parágrafo segundo. Los cotizantes al régimen contributivo y sus beneficiarios, podrán acceder temporalmente al régimen subsidiado de salud, mediante el mecanismo de contribución solidaria de este artículo, cuando el cotizante (i) no cumpla con las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, (ii) haya finalizado contrato laboral, contrato de prestación de servicios e independientes que se puedan ver afectados y (iii) haya aportado al Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre un Ingreso Base de Cotización -IBC- de por lo menos un (1) salario mínimo legal mensual vigente - SMLMV-. Los cesantes y sus beneficiarios, podrán seguir afiliados a su EPS y la permanencia en el mecanismo de contribución solidaria no podrá ser mayor a un (1) año contado a partir de la finalización de la relación laboral, contractual o como aportante independiente. Cuando resulte aplicable la protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, se verificará su finalización, para que el cesante ingrese al régimen subsidiado mediante la contribución solidaria. Si la persona da inicio a una nueva relación laboral, contractual o si inicia nuevamente a cotizar dentro de ese año, pasará de nuevo al sistema contributivo. En todos los casos, no podrá exceder el año inicialmente señalado en esta disposición. En caso de enfermedades catastróficas, se garantizará la permanencia en el mecanismo hasta por el término del tratamiento o hasta el inicio de una nueva relación laboral o contractual. En todo caso, se garantizará que no se dará interrupción ni reinicio de los tratamientos. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este mecanismo temporal.	BANCADA MIRA	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo	Artículo Nuevo. Principios. Adiciónese los siguientes numerales al artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011: 3.22) Prevención. El Sistema propende por la aplicación del enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos, a la	H.R. JOSE LUIS CORREA	NO AVALADA

		<p>prestación de los servicios y tecnologías de salud y a toda actuación que pueda afectar la vida, la integridad y la salud de las personas;</p> <p>3.23) Integralidad. El Sistema garantiza la atención en salud a la población en sus fases de educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con oportunidad, calidad y eficiencia. En consecuencia, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Sistema, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada;</p> <p>3.24) Inembargabilidad. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, su destinación es la prestación y pago efectivo de los servicios de salud de los afiliados y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo	<p>Artículo Nuevo. Características generales del Sistema de Salud. El Sistema de Salud es de carácter nacional, universal, solidario, de financiación mixta con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial, con centralización política, descentralización administrativa y con prestación mixta, público y privada; estructurado sobre una concepción integral de la salud, hacia el logro del mejoramiento de la calidad de vida de la población y la disminución de inequidades en salud, con amplia participación y control social.</p> <p>El Sistema de Salud tendrá las siguientes características:</p> <p>a) Rectoría. El Sistema de Salud estará dirigido, orientado, regulado, supervisado, controlado y vigilado por el Estado en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>b) Registro. Todos los habitantes en Colombia deberán estar registrados en el sistema general de seguridad social en salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales.</p> <p>c) Financiación del Sistema de Salud. Estará financiado con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial o tributos de destinación específica que se creen para el</p>	H.R. JOSE LUIS CORREA	NO AVALADA

	<p>efecto y por los demás contemplados en la normatividad vigente.</p> <p>d) Prestaciones de salud. El Sistema de Salud garantizará a todos los residentes en el país el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, acorde a lo establecido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.</p> <p>e) Salud pública. El Sistema de Salud incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con la presente Ley, las Leyes 9ª de 1979, 715 de 2001, 1438 de 2011 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan, incorporadas en el Plan Decenal de Salud Pública vigente y en sus planes territoriales.</p> <p>f) Atención primaria y complementaria. El Sistema de Salud garantizará la atención primaria en salud a través de los entes territoriales, prestada por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS preferencialmente de naturaleza pública o mixta, financiada a través de pagos directos desde el ente territorial correspondiente.</p> <p>g) Redes de servicios. De conformidad con el artículo 13 de la Ley Estatutaria en salud 1751 de 2015, el Sistema de salud operará mediante esquemas de integración territorial y redes integrales e integradas de salud que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención en los Territorios de Salud que se conformen.</p> <p>h) Participación en las decisiones del Sistema de Salud. Acorde con el artículo 12 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Sistema de Salud contará con la participación de los usuarios quienes podrán asociarse para actuar ante las EAPB e IPS y ante las redes de servicios, teniendo en cuenta la georreferenciación en la atención primaria y la disponibilidad de prestadores de servicios en el territorio.</p> <p>i) Enfoque diferencial. El Sistema de Salud reconoce y protege a las poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, discapacidad, tercera edad, poblaciones localizadas en zonas dispersas y víctimas de la violencia; por lo cual diseñará rutas de atención integral y preferencial para estas poblaciones de especial protección constitucional.</p> <p>j) Administrador de Recursos Único. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES, administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de</p>		
--	--	--	--

		<p>los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre registro de los usuarios, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema.</p> <p>k) No habrá intermediación financiera. Los pagos por los servicios de salud prestados serán girados oportuna y directamente a las IPS o a las redes de servicios establecidas, sin intermediación financiera; así como se girarán con oportunidad los valores correspondientes por gastos de administración a las EAPB.</p> <p>l) Población pobre no registrada. La atención en salud y los costos respectivos de la población pobre no registrada, corresponde a la entidad territorial respectiva con recursos de oferta, preferencialmente en los hospitales públicos y en las redes públicas, privadas o mixtas que se requieran para garantizar el derecho a la salud. Las entidades territoriales y las EAPB harán la gestión para afiliar a toda la población. En ningún caso se podrá argumentar la falta de registro como excusa para negar la atención a una persona. El Estado debe garantizar la prestación de servicios a través de la Red de hospitales públicos en aquellos territorios donde la oferta privada no es suficiente o es deficiente.</p> <p>m) Subsidio a la oferta. En los casos de subsidio a la oferta, la ADRES, girará directamente a los hospitales públicos, de acuerdo con los presupuestos globales prospectivos que se establezcan y girará a la entidad territorial lo correspondiente a las actividades de salud pública e intervenciones colectivas, según lo establecido en las normas legales vigentes.</p> <p>n) No habrá integración vertical. Las EAPB, no podrán prestar servicios de salud directamente a sus usuarios, lo harán a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud -IPS, públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados. Se prohíbe la integración vertical en el sistema de salud.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo	<p>Artículo Nuevo. Piso tarifario. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispondrá de un piso tarifario el cual deberá tener un enfoque que garantice precios diferenciados según la región y que aplicará para todos los actores del Sistema, es decir para las redes, los prestadores de servicios públicos, privados o mixtos y los grupos de profesionales independientes. El Sistema Unificado de Tarifas tendrá estímulos hasta un 5%, sobre la facturación mensual, para las IPS públicas o privadas que sean acreditadas por excelencia y para los hospitales universitarios.</p> <p>El piso tarifario tendrá dentro de los modos de pago, un componente importante ligado al</p>	H.R. JOSE LUIS CORREA	NO AVALADA

		<p>cumplimiento de metas que midan las actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Los actores del sistema en ningún caso podrán contratar la prestación del servicio por valores inferiores a los establecidos en el piso tarifario. El Ministerio de Salud, tendrá un (1) año a partir de la aprobación de la presente Ley, para emitir el piso tarifario, el cual deberá ser actualizado anualmente según el IPC.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo	<p>Artículo nuevo. Prohibición de contratar cuando exista un problema económico. Se prohíbe a todos los prestadores públicos, privados y mixtos realizar vinculaciones de personal a través de contratos de prestación de servicios o de servicios temporales, obra o labor en salud cuando el talento humano en salud decida cesar o interrumpir legalmente las actividades fundamentadas en el no pago de acreencias laborales. En todo caso la prestación del servicio de urgencias no podrá verse afectada ni interrumpida por estos motivos.</p>	H.R. JOSÉ LUIS CORREA	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo	<p>Artículo nuevo. Pago de Facturas a las IPS. Para el pago justo y oportuno al Talento Humano en Salud, las Empresas Promotoras de Salud, Entidades Administradoras de planes de beneficios EAPB, los entes territoriales y demás entidades responsables del pago, deberán cancelar en un plazo no mayor de 10 días calendario las facturas o valores que por prestación de servicios les hayan presentado las Instituciones Prestadoras de Salud, o los proveedores del sistema de salud y que no tengan glosa alguna. Sobre las facturas acerca de las que haya algún reparo o glosa por parte de las EPS, EAPB, entidades territoriales y demás entidades encargadas del pago, estas deberán pagarlas en el mismo plazo realizando una retención máxima del 20% de su valor hasta tanto no se llegue a un acuerdo acerca del concepto o el valor de las mismas.</p>	H.R. JORGE GÓMEZ Y CORREA	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo	<p>Artículo Nuevo. Con el fin de gestionar, crear, modificar o suprimir las Redes de Prestadores de Servicios de Salud que garanticen el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez, equidad y calidad en la prestación de servicios, principios basados en la ley estatutaria de salud, se conformará una comisión integrada por 1 miembro de las Gestoras Integrales de Salud, 1 delegado del Ministerio de Salud, 1 delegado de las Clínicas y Hospitales, 1 delegado de los pacientes, 1 delegado de los trabajadores, 1 representante de la ADRES y 1 representante de la secretaria de salud departamental o la Dirección encargada y 1 delegado de la secretaria de salud municipal o Distrital. Dicha comisión se encargará, adicionalmente, de autorizar la suscripción de los convenios o contratos con el voto positivo de las dos terceras partes de sus miembros. Sus decisiones son de carácter obligatorio y sus actuaciones serán ad honorem.</p>	H.R. JOSE LUIS CORREA	NO AVALADA

<p>NUEVO</p>	<p>Adiciona un artículo</p>	<p>Artículo Nuevo. Sistema de pago por resultado. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por resultado que incentive a las EAPB a alcanzar los mayores logros posibles en el mejoramiento del estado de salud de la población, el mejoramiento de la calidad de la atención, la satisfacción y experiencia del usuario y la adecuada utilización de sus recursos.</p> <p>Para el cumplimiento de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología con el fin de lograr la implementación progresiva del sistema y deberá ceñirse a los siguientes indicadores, los cuales serán valorados equitativamente al momento de realizar el pago a la EAPB:</p> <p>a) Satisfacción al usuario el cual se medirá por</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Número de quejas resueltas y tutelas falladas en contra de las entidades, por cada 1.000 usuarios. 2. Encuesta de satisfacción cualitativa y cuantitativa, la cual se realizará una vez al año a los usuarios de cada EAPB. 3. Diseño de planes y programas de atención al usuario que incluyan un enfoque diferencial para poblaciones de difícil acceso, cobertura, resolutivez e interacción con el usuario, garantizando la atención en las regiones que no haya conectividad o tecnologías de la información. <p>b) Cumplimiento y mejora en los indicadores del Plan Decenal de Salud Pública, atendiendo el enfoque diferencial por departamento, ciclo vital y población.</p> <p>c) Aplicación de las guías de atención expedidas por el Ministerio de Salud y su medición de adherencia. Sin detrimento del ejercicio de la autonomía de los profesionales de la salud.</p> <p>d) Cumplimiento de las normas de calidad en la oportunidad de la prestación del servicio establecidas por el Ministerio de Salud.</p> <p>e) Oportunidad en la entrega de medicamentos y en la toma de exámenes para clínicos e imágenes diagnósticas.</p> <p>f) Tiempo de Inicio de tratamientos intervencionistas y de alto costo después del diagnóstico médico.</p> <p>g) Implementación del modelo de atención integral de salud con atención diferenciada basada en atención primaria en salud con enfoque en salud familiar.</p> <p>h) Percepción cualitativa y cuantitativa, el cual se medirá anualmente, con el fin de evaluar las condiciones laborales con la EAPB por parte del personal de la salud.</p> <p>Los anteriores indicadores como mínimo deberán enfocarse en el logro de metas o resultados esperados y en actividades consideradas prioritarias, obligatorias o de interés en salud pública;</p>	<p>H.R. JOSE LUIS CORREA</p>	<p>NO AVALADA</p>
--------------	-----------------------------	---	------------------------------	--------------------------

		<p>en el mejoramiento de la calidad de la atención, la experiencia y satisfacción del usuario; y en la adecuada gestión de los recursos.</p> <p>El Gobierno Nacional reglamentara el pago por resultados descrito en el presente artículo, para lo cual solicitara el acompañamiento de las universidades públicas y privadas y deberá crear un formulario de evaluación el cual arrojará un resultado porcentual sobre cada uno de los indicadores señalados en el presente artículo y que servirá de insumo para calcular el valor a pagar a las EAPB por el resultado obtenido, el cual será del 3% de la UPC como valor fijo y adicional hasta un 5%, el cual será equivalente o proporcional al resultado obtenido y sin exceder el valor total a pagar del 8%.</p> <p>Parágrafo: Para realizar una valoración objetiva y con el fin de determinar el valor o porcentaje de pago por resultados a las EAPB, se conformará una comisión integrada por 1 representante de los hospitales, 2 representante de los trabajadores del sector salud, 1 representante de los pacientes, 1 representante de los gestores, 1 representate del Ministerio de Salud y 1 representante de la ADRES. El Gobierno Nacional reglamentara el funcionamiento de la presente comisión, la cual actuara ad honorem y sus decisiones serán vinculantes.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo	<p>Artículo Nuevo. Evaluación del sistema. A partir del año 2022, cada dos (2) años, el Gobierno Nacional evaluará el Sistema de acuerdo con los siguientes criterios:</p> <p>a) La forma en que los beneficios del Sistema se distribuyen con base en las necesidades de salud de las personas en condiciones de equidad;</p> <p>b) La asignación y flujo de los recursos del Sistema hacia la satisfacción de las necesidades de salud;</p> <p>c) El aporte de las tecnologías en salud; d) La capacidad de la red hospitalaria;</p> <p>e) La calidad de los servicios de salud y los principios que la sustentan;</p> <p>f) Los resultados de las políticas de salud pública;</p> <p>g) La inspección, vigilancia y control;</p> <p>h) Las oportunidades de participación efectiva de los usuarios y su percepción sobre los resultados de salud y la calidad de los servicios;</p> <p>i) La sostenibilidad financiera;</p> <p>j) La percepción de los profesionales de la salud sobre los resultados del Sistema, así como sus condiciones laborales.</p> <p>k) Los impactos y resultados en salud.</p> <p>El informe de evaluación será presentado por el Ministro de Salud y Protección Social al Congreso de la República, previa la revisión que realice una comisión que para el efecto designen las Comisiones Séptimas Permanentes del Congreso de la República. No obstante lo</p>	H.R. JOSE LUIS CORREA	NO AVALADA

		<p>anterior, el Ministro debe presentar informes de seguimiento cada año a las mencionadas comisiones.</p> <p>Los resultados obtenidos del proceso de evaluación servirán de insumo para la elaboración de políticas públicas para el sector tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo	<p>Artículo Nuevo. De conformidad con los estudios y resultados epidemiológicos determinados por el Instituto Nacional de Salud, las EAPB, garantizaran la prestación del servicio en áreas urbanas y rurales; con el objeto de disminuir las brechas sociales y garantizar el principio de equidad en la prestación del servicio, las EAPB que operen en los 10 departamentos o territorios con mejores resultados epidemiológicos, deberán prestar el servicio en los 10 departamentos o territorios con indicadores insatisfactorios, generando el efecto espejo, en donde la EAPB que opere en el primer departamento deberá operar también en el último departamento y así sucesivamente.</p>	H.R. JOSE LUIS CORREA	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo	<p>Artículo Nuevo. Flujo de recursos. El flujo de recursos será directo, sin intermediación financiera y se realizará de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Una vez se preste el servicio de salud o se reciban bienes por parte de las instituciones encargadas, estas deberán presentar ante las EAPB, la cuenta de cobro o factura respectiva, la cual no podrá exceder los quince (15) días calendario desde el momento de la prestación efectiva al usuario. De no presentarse la factura con sus respectivos soportes, en el tiempo señalado, la EAPB ordenará el descuento del 10% del valor de la misma, el cual será administrado por la ADRES y servirá para realizar el pago de los servicios excluidos de conformidad con lo establecido en la ley estatutaria de salud. 2. Una vez recibida la cuenta de cobro o factura, las EAPB, dentro de los quince (15) días calendario siguientes, visarán y autorizarán el pago por servicios prestados por las IPS públicas, privadas o mixtas o Redes. En caso de presentarse glosas en este proceso, las mismas deberán ser resueltas en el término señalado en el presente numeral, el cual solo podrá ser ampliado hasta por 10 diez días calendario siguientes al vencimiento del termino inicial. 3. La ADRES, dentro de los quince (15) días calendario siguientes al recibo de las cuentas de cobro o facturas, girará directamente a las Redes, a los hospitales públicos y a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, el valor autorizado por parte de la respectiva EAPB por los servicios de salud prestados y los bienes entregados. En los casos en que las cuentas se radiquen directamente ante la ADRES, la misma se encargará de auditar la cuenta en un tiempo no superior a cinco (05) días calendario y su giro no podrá exceder de los quince (15) días siguientes. 4. En los ámbitos territoriales con modelos de atención en salud diferenciados, cuyos hospitales funcionen con base en subsidios a la oferta, recibirán el pago por trimestre anticipado, 	H.R. JOSE LUIS CORREA	NO AVALADA

	<p>correspondiente a los presupuestos globales prospectivos aprobados, los primeros diez (10) días hábiles de cada trimestre. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este giro teniendo en cuenta la modulación por resultados de salud del trimestre anterior.</p> <p>5. En caso de conflicto entre las EAPB y una IPS específica o una red de servicios, para efectos del reconocimiento y pago de los servicios prestados y de los bienes entregados, a solicitud de alguna de las partes, intervendrá la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que resolverá las diferencias en un término no superior a 30 días y notificará a la ADRES, para efectos del pago en los siguientes 10 días. La Superintendencia, reglamentará la materia, incluyendo medidas de fondo cuando los conflictos se hagan reiterados por parte de una o varias gestoras integrales de salud o prestadoras del servicio.</p> <p>6. La ADRES, reconocerá un valor anual el cual se pagara gradualmente dentro de los primeros ocho (8) días hábiles de cada mes a las EAPB, los pagos correspondientes al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios señalados en la presente ley y los que se establezcan mediante reglamento. Los ajustes correspondientes a novedades no registradas en el momento del pago, se incluirán en la siguiente cuenta. El primer año de la presente ley se deberá reconocer y pagar a las EAPB el 8% de la UPC y a partir del segundo año, deberá realizarse de manera proporcional de acuerdo al resultado obtenido en la evaluación de desempeño, sin que este porcentaje exceda el valor del 8% la UPC.</p> <p>Parágrafo Primero. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares de las facturas y la codificación para todos los bienes y servicios de salud.</p> <p>Parágrafo segundo: Si las EAPB, realizan maniobras tendientes a no recibir las facturas por parte de los prestadores de servicios o aun recibéndolas excedan el plazo señalado en el numeral 2 de la presente ley para decidir, los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías, podrán radicar la respectiva cuenta, debidamente soportada, ante la ADRES y continuará el procedimiento señalado en el numeral 3 para el respectivo pago o giro directo. En todo caso el valor girado en la respectiva factura, se descontará a la GIS del porcentaje de su administración y se destinará para realizar el pago de los servicios excluidos de conformidad con lo establecido en la ley estatutaria de salud.</p> <p>Parágrafo Tercero: En caso de ser sucesivas dos (2) o más veces dentro de los seis (6) meses en la misma vigencia fiscal, las faltas enunciadas en el parágrafo segundo del presente artículo, la Superintendencia Nacional de Salud, de oficio o a petición de parte, podrá iniciar los procesos sancionatorios respectivos, el cual dará lugar a la pérdida de la habilitación y sus respectivos socios o accionistas no podrán volver a conformar o hacer parte de la junta directiva de ninguna Gestora Integral de Salud.</p>		
--	---	--	--

NUEVO	adiciona un artículo	<p>Artículo Nuevo. Destinación de los recursos administrados. Los recursos administrados se destinarán de conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la ley 1753 de 2015 y adicionalmente</p> <p>a: a) Pago por resultado a las EAPB, de conformidad con los criterios establecidos en la presente ley; b) Recursos para el fortalecimiento y ajuste de la red pública hospitalaria. Este gasto se hará siempre y cuando en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud; c) Acciones de salud pública o programas nacionales de promoción y prevención adicionales a los financiados con recursos del Sistema General de Participaciones; d) Administración, funcionamiento y operación de la entidad; e) Pago a prestadores de servicios de salud y proveedores; f) Las demás destinaciones que la ley expresamente haya definido su financiamiento.</p> <p>Parágrafo 1. Los excedentes financieros que genere la operación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES se destinarán a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud para lo cual se mantendrá su destinación inicial y se distribuirán de la siguiente manera: 1. 15% fortalecimiento de funciones de la ADRES. 2. 30% en la compra progresiva de las instituciones prestadoras de salud que se encuentren integradas. 3. 30% fortalecimiento de los programas de Salud Pública. 4. 15% para garantizar los servicios excluidos de conformidad con la ley estatutaria de salud. 5. 10% para el pago de las deudas acogidas dentro de la ADRES con prioridad de pago a los hospitales públicos.</p>	H.R. JOSE LUIS CORREA	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo	<p>ARTÍCULOS NUEVO. Transformación Institucional. Transfórmese el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia es una Unidad Administrativa Especial con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, técnica y financiera, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, el cual se denominará “Fondo de Pasivo del Sector Social”.</p> <p>El Fondo del Sector Social se encargará de atender la defensa judicial y recaudo de créditos a favor de la Nación, producto de las entidades liquidadas del orden nacional, así como recibir los recursos remanentes de dichas entidades que se destinaron a la finalización del proceso liquidatorio para garantizar el pago de las contingencias judiciales cuando la entidad liquidada o la Nación hubiere sido condenada y esta se encuentre debidamente ejecutoriada, así como de</p>	H.R. JOSE LUIS CORREA	AVALADA

	<p>aquellas entidades productos de fusiones o transformaciones y/o que por conveniencia le sean asignadas por el Gobierno Nacional, cualquiera que sea su vinculación o adscripción.</p> <p>Como EPS adaptada, el Fondo se encargará de la administración del servicio de salud a los pensionados y beneficiarios de la empresa liquidada Ferrocarriles Nacionales y Puertos de Colombia y los demás que le asigne el Gobierno Nacional. Para el cumplimiento de estos fines se sujetará a las condiciones y excepciones descritas por la normatividad vigente para la prestación de servicios de salud, de los regímenes de excepción contemplados en artículo 279 de la Ley 100 de 1993.</p> <p>Parágrafo Transitorio. El Fondo de Pasivo del Sector Social, se encargará de reconocer de manera transitoria las prestaciones económicas legales y convencionales a los ex trabajadores, pensionados y beneficiarios de las liquidadas empresas Ferrocarriles y demás que le han sido asignadas y sean de su competencia al momento de la expedición de la presente ley, hasta tanto el Gobierno Nacional designe entidad a quien deba efectuar el traslado.</p> <p>Parágrafo 1: Funcionamiento. El Gobierno Nacional reglamentará la organización y funcionamiento del Fondo de Pasivo del Sector Social, observando que los actos que realice el Fondo de Pasivo del Sector Social para el desarrollo de sus actividades, estarán sujetos a las disposiciones del derecho público. Los contratos que deba celebrar y otorgar el Fondo de Pasivo del Sector Social como entidad de naturaleza especial, en desarrollo de su objeto, se sujetarán a las disposiciones del derecho privado.</p> <p>Parágrafo 2: Administración. En cuanto a los bienes, activos y derechos patrimoniales, que estén bajo la titularidad de la extinta Ferrocarriles Nacionales de Colombia y del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia serán identificados y transferidos a título gratuito al Fondo de Pasivo del Sector Social del que trata este artículo, quien se encargará de realizar el trámite de registro con ocasión a la expedición de la presente ley.</p> <p>El Fondo de Pasivo del Sector Social continuará atendiendo la totalidad de los asuntos relacionados con la gestión que venía adelantando el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia – FPS - FNC.</p> <p>El Fondo de Pasivo del Sector Social, asumirá la administración y custodia de la totalidad de los fondos documentales que se encontraban a cargo del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.</p>		
--	--	--	--

		<p>Parágrafo 3: Ejecución Contractual. Los contratos y convenios actualmente vigentes, celebrados por el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, se entienden subrogados al Fondo de Pasivo del Sector Social, entidad que continuarán con su ejecución en los mismos términos y condiciones pactados inicialmente.</p> <p>El Fondo de Pasivo del sector social, continuará ejecutando, hasta el final de la presente vigencia fiscal, en lo pertinente, las apropiaciones comprometidas por el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia con anterioridad a la expedición de la presente ley, y suscribirá los contratos que requieran para su correcto funcionamiento. El mismo procedimiento se aplicará para la ejecución de las cuentas por pagar y las reservas presupuestales.</p> <p>El Fondo de Pasivo del Sector Social, seguirá con el trámite de las acciones constitucionales, procesos judiciales, contencioso administrativo, ordinarios y administrativos, en los que sea parte el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia solicitando la re denominación tal como se establece en el artículo precedente de la presente ley.</p> <p>Parágrafo 4. Operatividad Presupuestal. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público adoptará los procedimientos correspondientes al registro y operatividad de la información presupuestal que se derive de la expedición de la presente ley.</p> <p>A partir de la entrada en vigencia de la presente ley, todas las referencias y/o disposiciones vigentes referentes al Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia se entenderán como Fondo de Pasivo del Sector Social.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo	<p>Artículo Nuevo. Recursos que recaudará y administrará. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES, recaudará y administrará los siguientes recursos, además de los contemplados en el artículo 67 de la ley 1753 de 2015 y en las demás normas que lo modifiquen o sustituyan:</p> <p>Las cotizaciones de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Único o quienes tienen la obligación de aportar al Sistema y los aportes del empleador. Estas cotizaciones se recaudarán por dicha entidad a través de un sistema de recaudo y transacciones controlado por ella y podrá contratar los servicios financieros o tecnológicos que requiera para su adecuada operación. El sistema de recaudo se integrará con el de los demás administradores del Sistema de Seguridad Social Integral y con el de las Cajas de Compensación Familiar;</p>	H.R. JOSE LUIS CORREA	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo	<p>Artículo Nuevo. Funciones de la ADRES. Para desarrollar el objeto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES tendrá, además de las</p>	H.R. JOSE LUIS CORREA	NO AVALADA

	<p>funciones contempladas en la legislación vigente, las siguientes funciones:</p> <p>a) Administrar el registro al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los residentes en el territorio colombiano;</p> <p>b) Recaudar y administrar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Único de salud y las demás que la ley determine;</p> <p>c) Ordenar y pagar directamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, previa verificación y aceptación por parte de las EAPB, de acuerdo al procedimiento descrito en la presente ley.</p> <p>d) Efectuar los giros directos en nombre de las EAPB o las Entidades Territoriales y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema;</p> <p>e) Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución de riesgo;</p> <p>f) Administrar la información relativa a la afiliación, cotización, registro de novedades, registro de actividades de facturación y manejo de los recursos del Sistema, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social;</p> <p>g) Implementar métodos de auditoría para verificar la información sobre resultados en salud y mecanismos de ajuste de riesgo;</p> <p>h) Adelantar las auditorías para el reconocimiento y pago de servicios de salud.</p> <p>i) Realizar el proceso de pago al beneficiario de licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general previa verificación y notificación realizada por las EAPB.</p> <p>j) Gestión del riesgo financiero del sector salud;</p> <p>k) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.</p> <p>Parágrafo 1. La determinación de las obligaciones y el cobro coactivo derivados del pago por menor labor o el no pago de las cotizaciones en salud que deben realizar las personas naturales y jurídicas serán adelantados por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) bajo las reglas del Estatuto Tributario. Las cotizaciones en salud son imprescriptibles, al igual que las acciones que procedan para el recaudo de las mismas.</p> <p>Parágrafo 2. El giro a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores por los servicios y tecnologías contenidas en el plan de beneficios individual se harán de manera directa. Será responsabilidad de las EAPB y los Prestadores de Servicios de Salud depurar la información financiera en los términos que para el efecto señale el reglamento.</p> <p>Parágrafo 3. Las funciones descritas en la presente ley para la ADRES, no podrán ser delegadas o subcontratadas con un tercero.</p>		
--	--	--	--

NUEVO	Adiciona un artículo	Artículo Nuevo. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES cuyo objeto es administrar los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre registro de usuarios, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema. Los procesos de registro podrán realizarse a través de terceros, siempre bajo la dirección de la ADRES.	H.R. JOSE LUIS CORREA	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo	El Ministerio de Salud en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud previo análisis de los indicadores de satisfacción de las personas, el cumplimiento de los criterios de habilitación técnica y financiera, y así como los planes de cumplimiento aprobados por la Superintendencia Nacional, implementará de forma periódica un proceso de determinación de la operación y depuración en el Sistema de Salud, de las EAPB y otros actores que así lo ameriten, de forma que se generen las condiciones de competencia y garantía de calidad de los actores.	HS CASTILLO FABIÁN	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo	ARTICULO NUEVO. COMPENSACIÓN DE MATERNIDAD DE LOS AFILIADOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO QUE CONTRIBUYEN SOLIDARIAMENTE AL SGSSS. Para las afiliadas del régimen subsidiado cabeza del núcleo familiar que contribuyan solidariamente al SGSSS, de conformidad con el artículo 242 de la Ley 1955 de 2019, se les reconocerá una compensación de maternidad proporcional a la tarifa de la contribución realizada. Para tal efecto, el Gobierno Nacional reglamentará los términos y condiciones en los que operará este reconocimiento.	HS CASTILLO FABIÁN	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo	Artículo nuevo. Conformación de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos - CNPMD. En adelante la CNPMD de que trata el artículo 245 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 87 de la Ley 1438 de 2011, estará conformada por el Ministro de Comercio, Industria y Turismo, o su delegado, y el Ministro de Salud y Protección Social, o su delegado. De igual forma, harán parte el Ministro de Hacienda y Crédito Público, o su delegado, y un comisionado experto designado por el Presidente de la República, con voz pero sin voto.	HS CASTILLO FABIÁN MOTOA HR ECHAVARRIA Y CRSIANCHO	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo	ARTICULO NUEVO. Artículo 37. Asociaciones Público Privadas en Salud. Para el desarrollo de proyectos de infraestructura en salud o de la prestación de servicios de salud por parte de las Entidades Territoriales o la Nación, el Estado promoverá la realización de Asociaciones Público Privadas a través de las siguientes modalidades: a) Bata gris-verde. Está a cargo del inversionista privado la financiación de todos o alguno de los siguientes conceptos según el alcance del proyecto: diseño, construcción, remodelación, adecuación, reposición y mantenimiento de la infraestructura en salud, así	HR JAIRO CRISTO Y CIA	AVALADA

		<p>como su equipamiento y mantenimiento. Adicionalmente puede incluir la financiación y operación de los servicios de apoyo como vigilancia, aseo, alimentación, lavandería, esterilización y sistemas de información, entre otros. La remuneración al contratista en los casos que se acuerde, se efectuará mediante pagos soportados en vigencias futuras de la entidad territorial o nacional competente y utilizando indicadores de desempeño en función de la disponibilidad y calidad de la infraestructura y los servicios.</p> <p>b) Bata Blanca. Está a cargo del inversionista privado las obligaciones definidas en la modalidad Bata gris-verde a las cuales se le adiciona la prestación de servicios de salud. La remuneración al contratista en los casos que se acuerde, se efectuará mediante pagos soportados en vigencias futuras de la entidad territorial o nacional competente o los ingresos recibidos por venta de servicios de salud conforme a la estructuración financiera del proyecto y utilizando indicadores de desempeño en función de la disponibilidad y calidad de la infraestructura y los servicios de salud. Para el desarrollo de los proyectos de Asociación Público Privada en Salud se requiere previamente una estructuración técnica legal y financiera de acuerdo a los lineamientos conjuntos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación.</p> <p>Parágrafo 1. Con el fin de promover el desarrollo de las Asociaciones Público Privadas en salud se crea un fondo de cofinanciación para estructurar proyectos con un aporte inicial por parte del gobierno nacional equivalente al 0,2% de las transferencias del Sistema General de Participaciones en Salud del subcomponente de Subsidio a la Oferta, así como los aportes del Sistema general de regalías. Este fondo servirá para apalancar los recursos que destinen las entidades territoriales para ese propósito.</p> <p>Parágrafo 2. En los contratos para la ejecución de Proyectos de Asociación Público Privada se deberán especificar los bienes muebles e inmuebles del Estado o de los particulares, afectos a la prestación del servicio o a la ejecución del proyecto, que revertirán al Estado a la terminación del contrato y las condiciones en que lo harán.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo	<p>Artículo Nuevo. Aseguramiento como garantía en favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Para la celebración de contratos de prestación de servicios, las Instituciones Prestadoras de salud podrán exigir la constitución póliza de garantía a fin de amparar las obligaciones que pudiesen ser contraídas por las Empresas Promotoras de salud, las cuales se harán exigibles ante el incumplimiento definitivo en el pago por la prestación de los servicios.</p>	HS LAURA FORTICH	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo	<p>ARTÍCULO NUEVO: RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DE LOS CONTROLANTES. Cuando sea decretada una medida de Intervención Forzosa Administrativa para Administrar o una medida de Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de una Entidad Promotora de Salud (EPS) del</p>	HS LAURA FORTICH	NO AVALADA

		<p>Sistema General de Seguridad Social en Salud, a raíz o con ocasión de las actuaciones que haya realizado la persona natural o jurídica matriz o controlante en virtud de la subordinación y en interés de esta o de cualquiera de sus subordinadas y en contra del beneficio de la entidad objeto de la medida de intervención, la matriz o controlante responderá en forma subsidiaria por las obligaciones de la controlada.</p> <p>Se presumirá que la Entidad Promotora de Salud (EPS) ha sido objeto de la medida administrativa, por las actuaciones derivadas del control, a menos que la matriz o controlante o sus vinculadas, según el caso, demuestren que esta fue ocasionada por una causa diferente. Parágrafo. La situación de subordinación, en los términos de los artículos 26 y siguientes de la ley 222 de 1995, podrá ser ejercida respecto de Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud que tengan la naturaleza de sociedad comercial o de entidad sin ánimo de lucro.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo	<p>ARTÍCULO NUEVO: DESESTIMACIÓN DE LA PERSONALIDAD JURÍDICA. Cuando se utilice la personería jurídica de una Entidad Promotora de Salud (EPS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud o de una sociedad comercial o de una entidad sin ánimo de lucro que directa o indirectamente sea propietaria o realice operaciones jurídicas con una Entidad Promotora de Salud (EPS), en fraude a la ley o en perjuicio de terceros, los accionistas, administradores o controlantes que hubieren realizado, participado o facilitado los actos defraudatorios, responderán solidariamente por las obligaciones nacidas de tales actos y por los perjuicios causados. El afectado podrá solicitar judicialmente la declaratoria de nulidad de los actos defraudatorios y la indemnización de los perjuicios sufridos.</p> <p>La acción de desestimación de la personalidad jurídica prescribirá dentro de los 10 años siguientes a la fecha en que se haya realizado el acto defraudatorio.</p>	HS LAURA FORTICH	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo	<p>ARTÍCULO NUEVO: FUERO JURISDICCIONAL. Las acciones de responsabilidad establecidas en los artículos 2º, 3º y 4º de la presente ley podrán ser promovidas por cualquier acreedor, tercero interesado, agente del ministerio público o por el agente interventor de la Entidad Promotora de Salud (EPS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud respecto de la cual se pretende sea declarada la responsabilidad de su controlante, matriz, socio, administrador o empleado.</p> <p>La demanda será tramitada por el proceso verbal establecido en el artículo 368 del Código General del Proceso ante la Superintendencia de Sociedades en ejercicio de facultades jurisdiccionales, con competencia a prevención de los jueces civiles del circuito del domicilio del principal del demandado.</p>	HS LAURA FORTICH	NO AVALADA

		<p>Las acciones jurisdiccionales establecidas en la presente ley prescribirán dentro de los 10 años siguientes a la fecha en que se haya decretado la última medida de intervención forzosa, con excepción de lo establecido en el artículo 4°.</p> <p>Parágrafo. Las funciones jurisdiccionales a que se refiere este artículo serán ejercidas por la Superintendencia de Sociedades, con fundamento en lo previsto en el artículo 116 de la Constitución Política.</p>		
NUEVO	Adiciona un artículo	<p>ARTÍCULO NUEVO: DEBER DE LOS AGENTES INTERVENTORES. Quienes sean designados como agentes interventores de Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el marco de una medida de Intervención Forzosa Administrativa para Administrar o una medida de Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, tienen el deber de iniciar las acciones jurisdiccionales establecidas en la presente ley cuando existan indicios graves de que las actuaciones dolosas o culposas de los socios, administradores, administradores de hecho, revisores fiscales, empleados, matrices o controlantes de la entidad objeto de la medida administrativa, afectaron la estabilidad financiera de la entidad o la prenda general de los acreedores de esta.</p>	HS LAURA FORTICH	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo	<p>ARTÍCULO 1°. ARTÍCULO NUEVO: INTERVENCIÓN JUDICIAL DEL MINISTERIO PÚBLICO. Los procuradores judiciales con funciones de intervención en los procesos civiles actuarán ante la Superintendencia de Sociedades en el trámite jurisdiccional de las acciones de responsabilidad establecidas en los artículos 2°, 3° y 4° de la presente ley, para garantizar la defensa del orden jurídico, el patrimonio público, las garantías y derechos fundamentales, individuales, colectivos y la prestación de los servicios de salud y la estabilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud</p>	HS LAURA FORTICH	NO AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo	<p>Artículo nuevo. Artículo nuevo. Cálculo de la UPC. La UPC se calculará con base en la información reportada por las EAPB al MSPS, en los formatos que este último defina. La prima o per cápita se calcula por los ajustadores de riesgo y será reconocida a las EAPB según sus afiliados en cada ajustador de riesgo. En todo caso, la EAPB que no reporte información o no supere las mallas de validación de calidad de la información que para el efecto se definan defina solo se le reconocerá como máximo la inflación causada. Parágrafo: A partir de la vigencia 2022, en caso de que las EAPB de alguno de los regímenes no superen, de manera conjunta, las mallas de validación de calidad de la información que para el efecto se definan, de manera tal que no se puede calcular actuarialmente la UPC, el crecimiento de la UPC de dicho régimen no podrá superar la inflación causada. La Comisión Asesora de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud podrá recomendar al MSPS</p>	HS CARLOS MOTOA	NO AVALADA

		la fijación de una UPC diferenciada para aquellas EAPB que entreguen información de calidad, cuando la información reportada conjuntamente por las EAPB de un régimen determinado no permitan el cálculo de la UPC. Parágrafo 2. El cálculo del crecimiento de la UPC por efecto de las inclusiones de servicios y tecnologías consultará, entre otros, las frecuencias de uso observadas en los techos o presupuestos máximos, recobros, o el mecanismo que los sustituya y podrá ser diferenciada para cada uno de los regímenes. Lo anterior sin perjuicio de la actualización integral de los planes de beneficios en salud de que trata el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, para lo cual deberá determinarse un mecanismo de ajuste presupuestal que permita compensar las diferencias que existan en el valor de la UPC estimada entre el momento de la programación de una vigencia y su determinación final por parte de la Comisión Asesora.		
NUEVO	Adiciona un artículo	ARTÍCULO 22. DEL EJERCICIO ILEGAL DE LAS PROFESIONES Y OCUPACIONES DEL ÁREA DE LA SALUD. Ninguna persona podrá realizar actividades de atención en salud o ejercer competencias para las cuales no está autorizada sin los requisitos establecidos en la presente ley. Parágrafo. En razón de lo establecido en el presente artículo, en el territorio nacional no podrán prestarse servicios relacionados con especialidades médicas sin que se cuente con la formación debidamente certificada por la autoridad competente. ”	HR JHON ARLEY MURILLO	AVALADA
NUEVO	Adiciona un artículo	ARTÍCULO NUEVO. Planes de Reorganización Institucional. Adiciónese al artículo 68 de la Ley 1753 de 2015 el siguiente parágrafo: Parágrafo 2. En la aprobación de los planes de reorganización institucional presentados por las EPSS constituidas como ESAL, el Superintendente Nacional de Salud hará uso de las facultades otorgadas en el presente artículo dando aplicación al principio de prevalencia del derecho sustancial sobre las formas, de modo que se pronuncien de fondo sobre las solicitudes de reorganización dentro de los dos meses siguientes a la radicación del plan. Las Superintendencias delegadas brindarán todo el apoyo técnico a las EPSS solicitantes de modo que se acelere el cumplimiento de los requisitos.	FABIÁN CASTILLO	AVALADA

