



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVI - N° 1200

Bogotá, D. C., viernes, 22 de diciembre de 2017

EDICIÓN DE 72 PÁGINAS

DIRECTORES:	GREGORIO ELJACH PACHECO	JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
	SECRETARIO GENERAL DEL SENADO www.secretariasenado.gov.co	SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 72 DE 2017 SENADO

por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 22 de noviembre de 2017

Honorable Senadora

Nadia Blél Scaff

Presidente Comisión Séptima Constitucional

Senado de la República

E. S. D.

Asunto: Informe de Ponencia para Primer Debate al Proyecto de ley número 72 de 2017 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Respetada señora Presidente:

En cumplimiento del encargo hecho por la honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional del Senado de la República y de conformidad con lo establecido en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, procedemos a rendir **Informe de Ponencia para Primer Debate al Proyecto de ley número 72 de 2017 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**, en los siguientes términos:

La presente Ponencia se desarrollará de la siguiente manera:

1. Antecedentes de la iniciativa
2. Justificación y consideraciones del proyecto.
 - A. Marco Jurídico
 - B. Aspectos generales
 1. Análisis de la salud en Colombia

2. Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).
3. Audiencias públicas
4. Consideraciones de los ponentes
5. Pliego de modificaciones
6. Proposición

1. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

El proyecto de ley es de iniciativa del honorable Senador Édinson Delgado Ruiz, el cual fue radicado ante la Secretaría General del Senado de la República el 8 de agosto de 2017 con el número 72 y publicado en la *Gaceta del Congreso* número 669 de la misma anualidad.

Posteriormente el proyecto fue enviado a la Comisión Séptima de Senado y fueron designados ponentes para primer debate, los honorable Senadores Édinson Delgado Ruiz (Coordinador), Jesús Alberto Castilla Salazar, Jorge Iván Ospina, Antonio José Correa Jiménez, Luis Évelis Andrade Casamá, Eduardo Enrique Pulgar Daza y Mauricio Delgado Martínez.

2. JUSTIFICACIÓN Y CONSIDERACIONES DEL PROYECTO

A. MARCO JURÍDICO

La Constitución Política de 1991 establece que la seguridad social es un derecho y un servicio público obligatorio y por tal razón está a cargo del Estado quien debe garantizarlo, de conformidad con lo establecido en el artículo 48, según el cual “*La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley*”.

De conformidad con lo establecido por la honorable Corte Constitucional en Sentencia

C-828 de 2001 con Ponencia del Magistrado Jaime Córdoba Triviño, la seguridad social se ubica dentro de los principios constitucionales considerados como necesarios para la efectividad de la igualdad material. En este sentido no se trata de un derecho judicialmente exigible, sino de un mandato social que el constituyente de 1991 atribuye al Estado Social de Derecho. Por ello, las reglas y leyes en general, relacionadas con la seguridad social no se configuran para restringir el derecho, sino para el desarrollo normativo que oriente y ordene su optimización.

El desarrollo normativo de la salud en Colombia, se ha presentado en varias normas, entre las que se resaltan las siguientes:

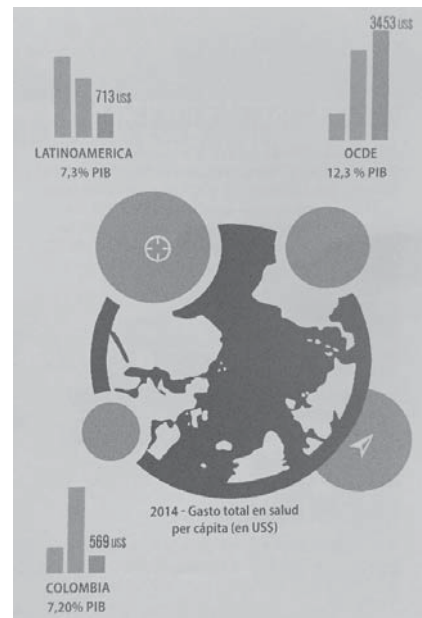
1. Ley 100 de 1993: “Por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral”; Está compuesto por el Sistema de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales y otros Servicios Complementarios.
2. Ley 715 de 2001: a través de la cual se reforma el sistema de financiación del régimen subsidiado y se deroga la meta de universalización fijada por la Ley 100 de 1993.
3. Ley 1122 de 2007: “por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” con la que se busca mejorar algunos aspectos del sistema como dirección, control, y vigilancia, la prestación de los servicios de salud, la universalización, financiación y equilibrio del sistema.
4. Ley 1393 de 2010: por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones, por medio de la cual se definen fuentes de recursos para la financiación de la salud y se dictan medidas contra la evasión de aportes.
5. Ley 1164 de 2011: Ley de talento humano en salud.
6. Ley 1438 de 2011: por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, en la que se realizan algunas modificaciones relacionadas con en el principio de eficiencia en la prestación de los servicios salud, a fin de mejorar aspectos como la calidad, atención, acceso al sistema.
7. Ley 1751 de 2015: Consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección.
8. Ley 1797 de 2016: establece directrices para el saneamiento de las deudas del sector salud y el mejoramiento del flujo de recursos

y de la calidad de la prestación de servicios de salud.

B. ASPECTOS GENERALES

1. ANÁLISIS DE LA SALUD EN COLOMBIA

Colombia se encuentra en niveles promedio respecto a países con similar PIB por habitante, sobrepasando los valores mínimos de referencia mundial.



Fuente: Revolución del Sistema de Salud. Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales

En un panorama mundial, la siguiente gráfica evidencia la inversión en el Producto Interno Bruto (PIB) de la salud en diferentes países:

PAIS	%PIB					POBLACION 2014 /MILL.
	2010	2011	2012	2013	2014	
COLOMBIA	6.76	6.64	6.93	6.84	7.2	47.666
ALEMANIA	11.2	10.9	10.9	11.1	11.2	80.051
ARGENTINA	6.5	5.8	5.0	4.9	4.7	41.961
AUSTRALIA	9.0	9.1	9.3	9.4	9.5	23.599
BOLIVIA	5.4	5.4	5.5	5.9	6.3	11.246
CHINA	4.8	5.0	5.2	5.3	5.5	1.367.520
ESPAÑA	9.5	9.4	9.3	9.09	9.03	46.507
ESTADOS UNIDOS	17.07	17.05	17.01	16.8	17.1	318.523
MEXICO	6.3	6.0	6.2	6.295	6.96	119.581
FRANCIA	11.1	11.3	11.4	11.56	11.54	63.951
NIGERIA	3.4	3.6	3.2	3.7	3.6	173.938
CHILE	6.96	7.0	7.2	7.5	7.7	17.711
BRASIL	8.2	8	8.2	8.4	8.3	202.450
SUDAFRICA	8.5	8.6	8.7	8.7	8.7	53.699

1.1. Estructura poblacional¹

La pirámide poblacional de Colombia es regresiva, e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad, con un estrechamiento en su base para el año 2014, comparado con el año 2005; los grupos de edad en los que hay mayor cantidad de población son los intermedios, y a medida que avanza la edad se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además del descenso en la

¹ Informe Nacional de calidad de la Atención en Salud 2015. Ministerio de Salud y Protección Social.

mortalidad (Gráfica 1). Se proyecta que para 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas.

Gráfica 1. Pirámide poblacional



Fuente: ASIS 2014, MSPS, DANL. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a 30 de junio de 2012.

1.2 Natalidad

La tendencia de la natalidad en Colombia ha sido decreciente. Entre los quinquenios 1985-1990 y 2010-2015, se proyecta que la tasa bruta pase de 28,80 a 18,88. Esto significa una reducción de 9,92 nacimientos por cada mil habitantes. Entre 2005 y 2012 se produjeron en promedio 694.483 nacimientos anuales. El 75% de los nacimientos ocurrieron en mujeres menores de 30 años, el 23,29% en menores de 19 años, y el 0,95% en menores de 15 años (ídem).

Para 2015, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, se reportaron 660.999 nacimientos en el total nacional, de los cuales 51,4% correspondió a hombres y 48,6% a mujeres. De acuerdo con los datos preliminares de 2016, los nacimientos en el país llevan un acumulado de 644.305, con igual distribución porcentual por sexos. La razón de masculinidad al nacer fue de 1,06, lo que indicó que por cada 100 mujeres nacieron 106 hombres.

1.3 Esperanza de vida

La esperanza de vida sigue aumentando en Colombia y ha llegado a 76 años para los hombres y 83 para las mujeres, lo que significa que los colombianos han ganado una media de 8,5 años de vida desde 1990, según las nuevas estadísticas mundiales de salud presentadas en Ginebra por la Organización Mundial de la Salud. (Ver infografía [Estadísticas mundiales de salud 2014](#)).

Estas cifras sitúan al país en el segundo lugar con mayor expectativa de vida en toda América Latina, después de Chile y revelan que Colombia es solo igualado en Latinoamérica por Cuba y Costa Rica, con un promedio de 79 años de vida para ambos sexos. Les siguen República Dominicana, Uruguay, Perú y Panamá con 77 años, y Venezuela, Argentina y México con 76.

De acuerdo con el estudio anual sobre la Carga Mundial de la Enfermedad (GBD) existen nuevas tendencias en las enfermedades, las muertes y los factores de riesgo que conducen a una mala salud. Según la investigación, la esperanza de vida continúa creciendo en Colombia, pero la violencia

interpersonal sigue siendo la principal causa de muerte prematura, especialmente para adolescentes y adultos jóvenes.

Un hombre colombiano nacido en 2016 puede esperar vivir 75,4 años, un aumento en la esperanza de vida de 3,4 años en la última década. Una mujer tiene una esperanza de vida de 81,1 años, hasta 2,8 años a partir de 2006.

Las cinco principales causas de muerte prematura en Colombia son la violencia interpersonal, la cardiopatía isquémica, las lesiones en la carretera, los accidentes cerebrovasculares y los defectos congénitos.

1.4 Mortalidad

Entre 2005 y 2012, en Colombia se produjeron en promedio 195.719 defunciones anuales, con una desviación estándar de 3.757. En general, la tendencia ha sido decreciente; durante este periodo, la tasa de mortalidad ajustada por edad disminuyó en un 11%, al pasar de 524,60 a 467,54 muertes por cada 100.000 habitantes.

Durante este periodo, el 57,29% (897.009) de las muertes ocurrió en los hombres y el restante 42,70% (668.505), en las mujeres. La brecha en la mortalidad por sexos se ha mantenido constante, siendo un 53% más alta en hombres que en mujeres, lo cual indica una diferencia absoluta de entre 199 y 223 muertes por cada 100.000 habitantes.

En 2015 se reportaron 219.472 defunciones no fetales en el país. La distribución por sexo mostró que el 55,3% correspondió a hombres y el 44,7% a mujeres. El año 2016 lleva un acumulado de 213.949 defunciones.

En 2015, por grupos de edad del fallecido, la mayor proporción se concentró entre los 65 y los 84 años con el 40,6% (89.149 defunciones) del total, y la menor en el grupo de 100 años y más con 0,6% (1.361 defunciones). En 2016 estos grupos de edad han participado en el total nacional con las mismas proporciones (87.576 y 1.355 defunciones, respectivamente).

Por departamento de residencia del fallecido, el mayor número de defunciones en 2015 se presentó en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca con el 39,5%, y para el acumulado de 2016 han concentrado el 42,5%. Las menores proporciones en 2015 se presentaron en los departamentos de Guainía, Vaupés y Vichada con el 0,2%, y en 2016 con igual proporción.

1.5 Entidades habilitadas

Según la base de vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud, actualmente existen 13 EPS autorizadas para operar en el régimen contributivo y 31 habilitadas para el régimen subsidiado.

Ahora bien, analizando un poco el panorama histórico de las medidas que ha tomado la Superintendencia Nacional de Salud con base en su función de control, según información suministrada

por la misma Entidad, ha impuesto 1.106 sanciones contra las EPS durante los últimos 5 años, así:

SANCIONES CONTRA EPS		
VIGENCIA	NUMERO	MONTO
2012	65	5.958.141.417
2013	55	5.237.608.950
2014	53	9.849.655.171
2015	328	52.250.402.450
2016	515	52.710.989.986
TOTAL	1.016	126.006.797.974

Según la información remitida se destacan las sanciones impuestas por temas de incumplimiento en la prestación del servicio y reportes de información, así como materia de flujo de recursos.

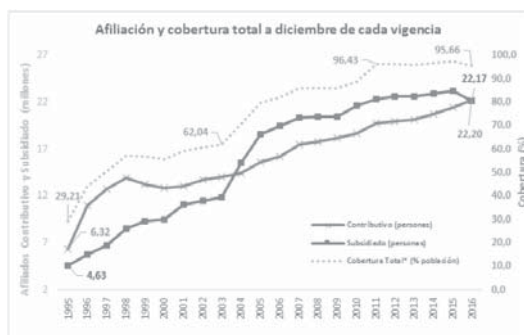
De otra parte y atendiendo la función jurisdiccional y de conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, se han proferido las siguientes sentencias, teniendo en cuenta las terminaciones según fecha de ocurrencia, así:

SENTENCIAS	
VIGENCIA	FALLOS
2012	31
2013	472
2014	490
2015	1212
2016	1616
2017	299
TOTAL	4120

1.6 Comportamiento histórico de la afiliación al SGSSS²

El indicador base para el seguimiento de la dinámica del aseguramiento en salud es la agregación del total de afiliados al sistema. El seguimiento al comportamiento histórico del número de personas pertenecientes a los regímenes subsidiado y contributivo comprende la recopilación de información contenida en registros administrativos para los años anteriores a 2009 y la consulta de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) en las vigencias posteriores para los niveles municipal, departamental y nacional.

El número de afiliados al SGSSS a nivel nacional se ha incrementado a lo largo de los últimos 20 años, generando un aumento proporcional para la cobertura del sistema, con el cubrimiento del 29,21% en 1995 hasta el 95,66% registrado al cierre del año 2016, como se aprecia en la siguiente gráfica:

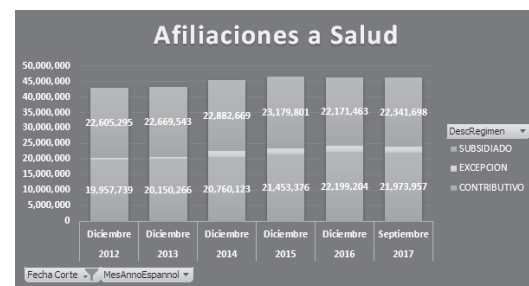


² <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimenesubsidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>

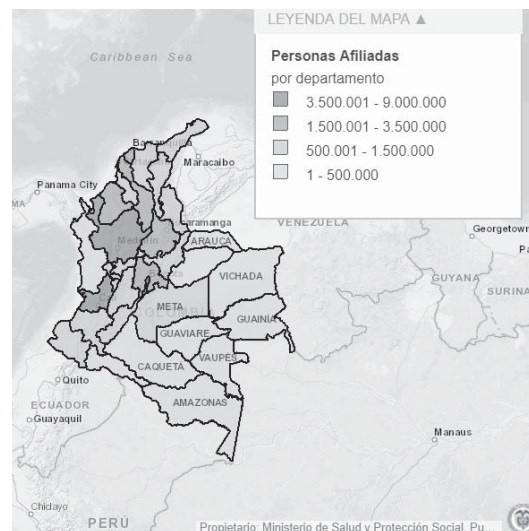
La gráfica muestra el comportamiento histórico para la afiliación y la cobertura, entre los años 1995 y 2016. Las cifras referentes para los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, corresponden al segmento que se encuentra de color naranja y las cifras referentes a la Cobertura se encuentran delimitadas por el color verde.

En general, el crecimiento del número de afiliados al sistema de salud ha sido continuo y generalizado a la totalidad del territorio nacional en el periodo citado. Se presenta el histórico para la dinámica local en los niveles departamental y municipal, con la disposición de los datos por régimen y niveles de agregación territorial.

Al 30 de septiembre de 2017 los afiliados a salud en Colombia son 46.350.287 de los cuales 22.341.698 son del régimen subsidiado, 21.973.957 del régimen contributivo y 2.034.632 del régimen de excepción.



El mapa muestra el número de personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por departamento, según el reporte de las administradoras al Administrador Fiduciario del Fosyga.



1.7 Satisfacción en la atención

De conformidad con la información suministrada por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud en respuesta a la petición que formulara como parlamentario, las quejas en cada entidad han aumentado tal como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

QUEJAS DE LAS E.P.S.				
VIGENCIA	MINISTERIO DE SALUD	SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	DEFENSORIA DEL PUEBLO	TOTAL
2012	474.907	203.941	1.669	680.517
2013	536.690	238.718	4.028	779.436
2014	787.154	211.664	4.626	1.003.444
2015	939.858	302.962	6.615	1.249.435
2016	N/A	436.171	7.448	443.619
2017	N/A	62.996	N/A	62.996
TOTAL	2.738.609	1.456.452	24.386	4.219.447

En el siguiente cuadro se presentan las entidades prestadoras de salud que más han recibido quejas por parte de los usuarios ante la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social:

QUEJAS POR E.P.S.		
REGIMEN	EPS	TOTAL 2012 A FEBRERO 2017
CONTRIBUTIVO	SALUDCOOP	179.465
	CAFESALUD	175.496
	NUEVA EPS	159.618
	COOMEVA EPS	131.086
	SALUD TOTAL	99.553
SUBSIDIADO	SAVIA SALUD	49.526
	CAPRECOM	42.565
	CAPITAL SALUD	29.804
	EMSSANAR	21.816

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud

QUEJAS POR E.P.S.	
EPS	TOTAL 2012 A 2015
SALUD TOTAL	410.998
SANITAS	239.190
COMPENSAR	219.028
SURA	343.401
COOMEVA	196.915
NUEVA EPS	137.060
SALUDCOOP	114.431

Fuente: Ministerio de Salud

Ahora bien, en los siguientes cuadros se aprecian las causales por las que más se presentan las quejas discriminadas por vigencias 2016 y 2017, estableciéndose como causa principal en el año 2016 la falta de oportunidad en la asignación de consulta médica especializada, seguida de la falta de oportunidad para la prestación de servicio de imagenología y siguiendo con la falta de oportunidad en la entrega de medicamentos:

2016				
CIUDAD	EPS	Falta de oportunidad en la asignación de consulta médica especializada	Falta de oportunidad para la prestación de servicio de imagenología de II y III nivel	Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos NO POS
BOGOTA	CAFESALUD	6.311	3.229	2.264
	FAMISANAR	3.178	804	254
	CRUZ BLANCA	2.512	686	687
ANTIOQUIA	CAFESALUD	3.214	1.871	1.784
	COOMEVA	3.354	1.440	549
	SAVIA SALUD	2.303	617	1.670
VALLE	CAFESALUD	1.181	491	943
	COOMEVA	1.451	650	312
	SOS	1.509	622	233

Durante los meses de enero a marzo de 2017, los motivos más recurrentes por los que se presentaron las quejas fueron la falta de oportunidad en la asignación de consulta médica especializada, seguido de la falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no POS y demora en la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos:

2017				
CIUDAD	EPS	Falta de oportunidad en la asignación de consulta médica especializada	Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos NO POS	Demora en la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos
BOGOTA	SALUD TOTAL	306	21	781
	CAFESALUD	724	233	102
	COMPENSAR	508	33	19
ANTIOQUIA	COOMEVA	761	154	72
	CAFESALUD	496	200	49
	SAVIA SALUD	390	203	87
VALLE	CAFESALUD	156	167	30
	SOS	172	53	85
	COOMEVA	221	39	41

De conformidad con información suministrada por la Defensoría del Pueblo, se han instaurado un total de 151.213 tutelas durante el año 2015 para la protección del derecho a la salud, así mismo, durante el año 2015 ha realizado un total de 299.905 solicitudes relacionadas con la atención en salud, siendo la mayor solicitud la autorización o entrega de tratamientos y medicamentos, tal como se aprecia en los siguientes cuadros:

TUTELAS EN SALUD DE LA DEFENSORIA DEL PUEBLO		
MOTIVOS	2014	2015
TOTAL TUTELAS EN SALUD	118.281	151.213
SOLICITUDES EN SALUD DE LA DEFENSORIA DEL PUEBLO		
MOTIVOS	2014	2015
Tratamientos	55.799	76.899
Medicamentos	37.621	51.795
Citas medicas especializadas	29.038	34.140
Protesis ortesis e insumos medicos	23.903	34.005
Cirugias	22.308	28.324
Imágenes diagnosticas	12.654	17.020
Exámenes paraclínicos	10.716	8.310
Procedimientos	2.841	2.715
Otras relacionadas con el sistema	31.830	41.667
Otras	6.763	5.030
TOTAL SOLICITUDES	233.473	299.905

De conformidad con el Informe Nacional de Calidad en la Atención de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, la satisfacción global de los usuarios con la EPS, fue de 68% (0,68) en 2013 y de 70% (0,70), en 2014. Esto significa que, a grandes rasgos, un 30% de los usuarios tienen una percepción negativa de los servicios de salud.

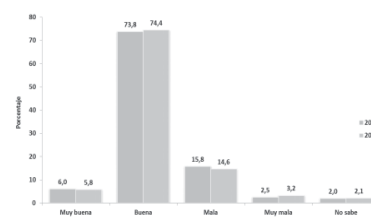
El servicio peor calificado en 2014 fue urgencias, con un indicador de 65% (0,65), lo que significa que alrededor de una tercera parte de los usuarios están inconformes con este servicio. También resalta que no existe un progreso estadísticamente significativo en la satisfacción de los usuarios para ninguno de los servicios entre 2013 y 2014, salvo por los programas de promoción de la salud y prevención. En general, la satisfacción global fue más alta para el RS que para el RC.

Experiencia global de salud con la EPS	2013	2014	2015	2016	2017
Regimen Contributivo	0,68	0,70	0,62	Buena	Buena
Regimen Subsidiado	0,68	0,66	0,62	Buena	Buena
Diferencia	0,00	0,04***	0,00***	Buena	Buena

Según la Encuesta de Calidad de Vida, en 2016, el 74,4% de las personas que manifestaron estar afiliadas a seguridad social en salud opinaron que la calidad del servicio de la entidad a la que están afiliadas es buena. Por su parte las personas que tienen una opinión negativa de la calidad del servicio de salud alcanzó el 17,8% (mala 14,6% y muy mala 3,2%). A continuación se muestra la información:

Según la Encuesta de Calidad de Vida, en 2016, el 74,4% de las personas que manifestaron estar afiliadas a seguridad social en salud opinaron que la calidad del servicio de la entidad a la que están afiliadas es buena. Por su parte las personas que tienen una opinión negativa de la calidad del servicio de salud alcanzó el 17,8% (mala 14,6% y muy mala 3,2%). A continuación se muestra la información:

Distribución porcentual de personas según opinión sobre la calidad del servicio de la entidad de seguridad social en salud a la que está afiliado (2015 - 2016)
Total nacional



Fuente: DANE- ECV
*Las variaciones 2015-2016 son estadísticamente significativas para las opciones "Buena" y "Mala"

2. **Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ADRES**

El artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 creó la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ADRES, como una Entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, encargada de administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), los que financian el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP).

En virtud de lo anterior, el Gobierno Nacional, expidió el Decreto número 1429 de 2016 modificado por el Decreto número 546 de 2017, en el cual determinó la estructura interna y el periodo de transición de las funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

3. **AUDIENCIAS PÚBLICAS**

De conformidad con una proposición aprobada por los miembros de la Comisión Séptima del Senado, se realizaron dos audiencias públicas en las que participaron los diferentes actores del Sistema de Salud, así:

1. Ministro de Salud
2. Superintendente Nacional de Salud
3. ACEMI
4. Gestarsalud
5. Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales
6. ANDI
7. Representantes de los prestadores de servicios públicos y privados
8. Representantes de los trabajadores
9. Representantes de los usuarios
10. Representantes de la Academia
11. Todas aquellas organizaciones que tengan algún interés en el trámite del proyecto de ley.

Dichas audiencias se realizaron el 12 de octubre del presente año en la ciudad de Bogotá y el 19 de octubre en la ciudad de Cali, con amplia representación de todos los sectores en los que se realizaron diversos aportes que coadyuvaron en la elaboración de la presente ponencia.

4. **CONSIDERACIONES DE LOS PONENTES**

La presente propuesta legislativa tiene por objeto reformar el Sistema General de Seguridad

Social en Salud. Propone cambios de fondo en la participación estatal y los roles de los diferentes actores del sistema, estableciendo en el Estado la administración y manejo del Sistema de Salud en Colombia.

La estructura del presente proyecto se plantea de la siguiente manera:

Se plantea como fundamento del Sistema la Administración Regulada, la cual está dirigida a la satisfacción del Derecho a la Salud de los afiliados, constituye fundamento de la prestación del servicio público de seguridad social en salud, para la administración y gestión eficiente de los recursos que financian el Sistema, lo mismo que para la gestión especializada del riesgo en salud y la prestación de los servicios de salud, mediante la realización especializada de cada una de dichas actividades o funciones, por parte de las respectivas entidades, en las condiciones previstas en la presente ley y demás disposiciones vigentes

Se pretende modificar y fortalecer la Administradora de los Recursos del SGSSS – ADRES, otorgándole las funciones de afiliar, recaudar, administrar y girar los recursos destinados al pago de los servicios de salud y el recaudo de las cotizaciones, además de las funciones contempladas en la Ley 1753 de 2015 y en el Decreto número 1429 de 2016 modificado por el Decreto número 546 de 2017.

De otra parte, se crean los Gestores de Servicios de Salud, cuya función principal será garantizar a los usuarios las prestaciones individuales de salud. La diferencia de estos gestores con las actuales entidades promotoras de salud es el manejo de los recursos, los cuales no serán administrados por los Gestores. Estas entidades tendrán un nuevo esquema de incentivos de manera que sus acciones se orienten a la gestión y resultados en salud, lo que marca una diferencia con el esquema actual, donde predominan los incentivos a la gestión financiera de la UPC.

Para la prestación del servicio se señalan unas áreas de gestión sanitaria, entendidas estas como zonas del territorio en las cuales la población accede a las prestaciones individuales. En estas áreas de gestión sanitaria deberán converger los prestadores de servicios de salud. Se conforma una Comisión de Área de Gestión Sanitaria la cual está encargada de conformar la red de prestación de servicios de salud en el área de gestión sanitaria.

La presente propuesta prohíbe la integración entre los gestores y prestadores de servicios de salud o proveedores de medicamentos o insumos. Estas inhabilidades son claves para evitar la desviación de riesgos y los conflictos de interés. Antes de entrar en la descripción detallada del articulado, se presenta un corto análisis de los resultados de las EPS, de los

problemas prevalecientes que justifican los cambios propuestos.

Además de lo anterior, se pretenden establecer unas medidas tendientes al fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, en aras de poder tener mayor control sobre todos los actores y tomar medidas drásticas cuando se cometan actos que afecten el sistema general.

Por último, se señalan unas disposiciones transitorias que garantizan la entrada en vigencia de la presente norma.

Estos cambios permitirán avanzar en recuperar la legitimidad del sistema de salud y la confianza entre los actores, reducir la intermediación financiera que no genera valor, disminuir las barreras de acceso que resultan de la organización actual de los servicios de salud y fortalecer la inspección, vigilancia y control.

5. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Se proponen las siguientes modificaciones en aras de mejorar la presentación del proyecto de ley:

- a) Se suprimen unos apartes del artículo primero inciso segundo, teniendo en cuenta que son temas que no se contemplan en la presente ley.
- b) Se propone la eliminación del artículo tercero, toda vez que el Capítulo III del presente proyecto de ley se encarga de tratar lo relacionado con el manejo unificado de los recursos del SGSSS.
- c) Se modifica la redacción del artículo 7°, en el sentido de adicionar 3 numerales al artículo 153 de la Ley 100 de 1993 y mejorar la redacción del mismo.
- d) Se adiciona la expresión “además de las funciones contempladas en la legislación vigente” en el artículo 13 para integrar las funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) contempladas en la Ley 1753 de 2015 y en el Decreto número 1429 de 2016.
- e) Se elimina el literal C) del artículo 13, toda vez que mediante la presente ley no se creará el fondo de garantías.
- f) Se adiciona un literal relacionado con el pago de las licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general.
- g) Se incluye la expresión “adicionales a los contemplados en la legislación vigente”, con el fin de integrar la normatividad actual al presente proyecto de ley.
- h) Se elimina el literal E) del artículo 14 atendiendo los argumentos expuestos por Asocajas en las audiencias públicas.
- i) Se elimina el literal F) del artículo 14, toda vez que el impuesto sobre la renta para equidad CREE fue eliminado con la reforma tributaria.
- j) Se elimina el literal J) del artículo 15 teniendo en cuenta que es el mismo señalado en el literal A) del mismo artículo.
- k) Se elimina parágrafo 2° del artículo 15, en el entendido que esta función se le asignó a la ADRES.
- l) Se elimina la expresión “complementarios” y se sustituye por la expresión “hospitalarios”.
- m) Se eliminan los párrafos 2° y 3° del artículo 18 del proyecto de ley, toda vez que en la legislación vigente se encuentran temas relacionados con lo establecido en los mismos.
- n) Se sustituye la expresión “Mi Plan” del artículo 22 del presente proyecto de ley por “plan de beneficios”.
- o) Se elimina el parágrafo del artículo 23, teniendo en cuenta que lo establecido en este se encuentra contemplado en el artículo 48 del presente proyecto de ley.
- p) Se elimina el literal “o” y “s” del artículo 24 del presente proyecto de ley.
- q) Se elimina la expresión “de los gestores de servicios de salud” y “o a la insolvencia”, en el entendido que las gestoras de servicios de salud se están creando con este proyecto de ley y no existirán gestoras en liquidación.
- r) Se elimina el artículo 29 del presente proyecto de ley.
- s) Se elimina la expresión “en cuyo caso las sumas no giradas serán propiedad de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).”
- t) Se sustituye la entidad ADRES por las gestoras de servicios de salud en el parágrafo 2° del artículo 32 del presente proyecto.
- u) Se elimina el Capítulo VI del proyecto de ley relacionado con inspección, vigilancia y control, que comprende los artículos 36 al 45, toda vez que estas medidas son similares a las establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y del Código de Procedimiento Administrativo.
- v) Se eliminan los artículos 49 al 53, toda vez que las disposiciones allí contenidas son similares a las contenidas en el artículo 9° de la Ley 1797 del 13 de julio de 2016.
- w) Se elimina el fondo de garantías para el sector salud creado en el presente proyecto de ley y se eliminan las facultades extraordinarias de minorías étnicas ya que este último requiere trámite consulta previa.
- x) Se eliminan las facultades otorgadas a los personeros.

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>PROYECTO DE LEY NÚMERO 72 DE 2017 SENADO <i>por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.</i></p> <p>El Congreso de Colombia</p> <p>DECRETA:</p>	<p>PROYECTO DE LEY NÚMERO 72 DE 2017 SENADO <i>por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.</i></p> <p>El Congreso de Colombia</p> <p>DECRETA:</p>
<p style="text-align: center;">CAPÍTULO I</p> <p style="text-align: center;">Disposiciones generales</p>	<p style="text-align: center;">CAPÍTULO I</p> <p style="text-align: center;">Disposiciones generales</p>
<p>Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el propósito de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, mejorando las condiciones de acceso de la población al servicio público de seguridad social en salud, en todos los niveles de atención, con calidad, oportunidad, continuidad y seguimiento de los servicios; y la sostenibilidad y el equilibrio financiero mediante el esquema de Administración Regulada.</p> <p>Para tal efecto, se redefinen las funciones de administración de recursos financieros del Sistema, de aseguramiento y de prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud, el oportuno y adecuado flujo de recursos que financian el mismo y su correcta destinación. Establece los principios del Sistema, los instrumentos para la gestión de la salud pública y la atención primaria en salud, el marco a partir del cual se regulan los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control, el fortalecimiento de la gestión del talento humano en salud, el régimen laboral aplicable a los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y su fortalecimiento y un régimen de transición para la aplicación de lo dispuesto en la presente ley.</p>	<p>Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el propósito de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, mejorando las condiciones de acceso de la población al servicio público de seguridad social en salud, en todos los niveles de atención, con calidad, oportunidad, continuidad y seguimiento de los servicios; y la sostenibilidad y el equilibrio financiero mediante el esquema de Administración Regulada.</p> <p>Para tal efecto, se redefinen las funciones de administración de recursos financieros del Sistema, de aseguramiento y de prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud, el oportuno y adecuado flujo de recursos que financian el mismo y su correcta destinación. Establece los principios del Sistema, los instrumentos para la gestión de la salud pública y la atención primaria en salud, el marco a partir del cual se regulan los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control; el fortalecimiento de la gestión del talento humano en salud; el régimen laboral aplicable a los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y su fortalecimiento y un régimen de transición para la aplicación de lo dispuesto en la presente ley.</p>
<p>Artículo 3°. Administración de los recursos del SGSSS. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), se encargará del Manejo de los Recursos de la salud, estará encargada de su recaudo y administración, de efectuar los pagos a que hubiere lugar y de la gestión del riesgo financiero; así mismo, en el Sistema General de Seguridad Social existirán unas entidades que se dediquen a la gestión especializada de la salud, a las actividades de organización y logística necesarias para la prestación de los servicios en salud, incluidos los de promoción y prevención y los que resulten necesarios en virtud de la estrategia de Atención Primaria en Salud. La regulación estará a cargo del Gobierno Nacional y del Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a las competencias legales vigentes y a las que se asignan a través de la presente ley. En ningún caso las entidades encargadas de la organización del SGSSS, tendrán a cargo el recaudo de las cotizaciones o recursos del SGSSS.</p>	<p>SE ELIMINA</p>
<p>Artículo 4°. Fundamento de la Administración Regulada. Además de los principios que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Administración Regulada, que se entiende dirigida a la satisfacción del Derecho a la Salud de los afiliados, constituye fundamento de la prestación del servicio público de seguridad social en salud, para la administración y gestión eficiente de los recursos que financian el Sistema, lo mismo que para la gestión especializada del riesgo en salud y la prestación de los servicios de salud, mediante la realización especializada de cada una de dichas actividades o funciones, por parte de las respectivas entidades, en las condiciones previstas en la presente ley y demás disposiciones vigentes.</p> <p>La Administración Regulada se desarrollará e integrará con el modelo de Atención Primaria en Salud, y propenderá por la acción coordinada de los diferentes actores del Sistema, con el fin de mejorar la salud de la población y propiciar un ambiente sano.</p>	<p>Artículo 4°. Fundamento de la Administración Regulada. Además de los principios que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Administración Regulada, que se entiende dirigida a la satisfacción del Derecho a la Salud de los afiliados, constituye fundamento de la prestación del servicio público de seguridad social en salud, para la administración y gestión eficiente de los recursos que financian el Sistema, lo mismo que para la gestión especializada del riesgo en salud y la prestación de los servicios de salud, mediante la realización especializada de cada una de dichas actividades o funciones, por parte de las respectivas entidades, en las condiciones previstas en la presente ley y demás disposiciones vigentes.</p> <p>La Administración Regulada se desarrollará e integrará con el modelo de Atención Primaria en Salud <u>con énfasis en salud y medicina familiar y comunitaria</u> y propenderá por la acción coordinada de los diferentes actores del Sistema, con el fin de mejorar la salud de la población y propiciar un ambiente sano.</p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>Artículo 5°. <i>Objetivo y características.</i> El objetivo del Sistema es lograr el mejor estado de salud posible de la población por medio de acciones colectivas e individuales de promoción de la salud, prevención, atención y paliación de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas.</p> <p>El Sistema tendrá las siguientes características:</p> <p>a) Estará dirigido, regulado, controlado y vigilado por el Estado;</p> <p>b) 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 efecto;</p> <p>c) Dispondrá de un modelo conformado por beneficios colectivos y prestaciones individuales;</p> <p>d) Incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con las Leyes 9ª de 1979 y 715 de 2001 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan, incorporados en Plan Decenal de Salud Pública y en sus planes territoriales;</p> <p>e) Tendrá atención primaria y complementaria garantizada por los Gestores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, a través de un esquema de aseguramiento social al cual se afilien todos los residentes del territorio colombiano. La gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno y la representación del usuario corresponde a los Gestores de Servicios de salud;</p> <p>f) Contará con un Régimen Contributivo y un Régimen Subsidiado, diferenciados, en forma exclusiva, por los reconocimientos económicos que la Ley defina para quienes coticen al mismo.</p> <p>g) Contará con una entidad que será la responsable de administrar la información de la afiliación, adelantar el recaudo, administración, pago, giro directo a prestadores y proveedores, o transferencia de los recursos destinados a la financiación del servicio;</p> <p>i) Operará mediante esquemas de integración territorial y redes integradas. Para el efecto se conformarán Redes de Prestación de Servicios de Salud que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención;</p> <p>j) Dispondrá de esquemas diferenciados de atención para poblaciones especiales y aquellas localizadas en zonas dispersas;</p> <p>k) Contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud;</p> <p>l) Permitirá a los afiliados elegir libremente a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud, y a los profesionales, dentro de las condiciones de la presente ley.</p>	<p>Artículo 5°. <i>Objetivo y características.</i> El objetivo del Sistema es lograr el mejor estado de salud posible de la población por medio de acciones colectivas e individuales de promoción de la salud, prevención, atención y paliación de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas.</p> <p>El Sistema tendrá las siguientes características:</p> <p>a) Estará dirigido, regulado, controlado y vigilado por el Estado;</p> <p>b) 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 efecto;</p> <p>c) Dispondrá de un modelo conformado por beneficios colectivos y prestaciones individuales;</p> <p>d) Incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con las Leyes 9ª de 1979 y 715 de 2001 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan, incorporados en Plan Decenal de Salud Pública y en sus planes territoriales;</p> <p>e) Tendrá atención primaria y <u>complementaria hospitalaria</u> garantizada por los Gestores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, a través de un esquema de aseguramiento social al cual se afilien todos los residentes del territorio colombiano. La gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno y la representación del usuario corresponde a los Gestores de Servicios de salud;</p> <p>f) Contará con un Régimen Contributivo y un Régimen Subsidiado, diferenciados, en forma exclusiva, por los reconocimientos económicos que la ley defina para quienes coticen al mismo.</p> <p>g) Contará con una entidad que será la responsable de administrar la información de la afiliación, adelantar el recaudo, administración, pago, giro directo a prestadores y proveedores, o transferencia de los recursos destinados a la financiación del servicio;</p> <p>i) Operará mediante esquemas de integración territorial y redes integradas. Para el efecto se conformarán Redes de Prestación de Servicios de Salud que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención;</p> <p>j) Dispondrá de esquemas diferenciados de atención para poblaciones especiales y aquellas localizadas en zonas dispersas;</p> <p>k) Contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud;</p> <p>l) Permitirá a los afiliados elegir libremente a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud, y a los profesionales, dentro de las condiciones de la presente ley.</p> <p><u>m) Desarrolla un modelo intra y extramural, interconectado a una red de información y comunicación que garanticen la referencia, contrarreferencia y cierre de ciclos.</u></p>
<p>Artículo 7°. <i>Principios del sistema.</i> El artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011, quedará así:</p> <p>“Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:</p> <p>Universalidad. El Sistema cubre a todos los residentes en el territorio colombiano, en todas las etapas de la vida;</p>	<p>Artículo 7°. <i>Principios del sistema.</i> Adiciónese los siguientes numerales al El artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011, quedará así:</p> <p>3.22) <u>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 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;</u></p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>Solidaridad. El Sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, sectores económicos y comunidades para garantizar el acceso y la sostenibilidad de los servicios de salud;</p>	<p><u>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.</u></p>
<p>Eficiencia. El Sistema optimiza la relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y la calidad de vida de la población;</p>	<p><u>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:”.</u></p>
<p>Igualdad. El Sistema ofrece la misma protección y trato a todas las personas habitantes en el territorio colombiano, quienes gozarán de iguales derechos, sin discriminación por razones de cultura, minoría étnica, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad, capacidad económica y situación de discapacidad, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños y niñas y de las acciones afirmativas;</p>	<p>“Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:</p>
<p>Obligatoriedad. Todos los residentes en el territorio colombiano estarán afiliados al Sistema;</p>	<p>a) <u>Universalidad. El Sistema cubre a todos los residentes en el territorio colombiano, en todas las etapas de la vida;</u></p>
<p>Equidad. El Sistema garantiza políticas públicas tendientes al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;</p>	<p>b) <u>Solidaridad. El Sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, sectores económicos y comunidades para garantizar el acceso y la sostenibilidad de los servicios de salud;</u></p>
<p>Calidad. El Sistema garantiza que los agentes, servicios y tecnologías de salud se centran en los residentes del territorio colombiano, sean apropiados desde el punto de vista médico y técnico y respondan a estándares aceptados científicamente, con integralidad, seguridad y oportunidad. La calidad implica que el personal de la salud sea competente y que se evalúen los establecimientos, servicios y tecnologías ofrecidos;</p>	<p>c) <u>Eficiencia. El Sistema optimiza la relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y la calidad de vida de la población;</u></p>
<p>Participación social. El Sistema propende por la intervención de la comunidad en su organización, gestión y fiscalización, así como en las decisiones que la afectan o interesan;</p>	<p>d) <u>Igualdad. El Sistema ofrece la misma protección y trato a todas las personas habitantes en el territorio colombiano; quienes gozarán de iguales derechos, sin discriminación por razones de cultura, minoría étnica, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad, capacidad económica y situación de discapacidad, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños y niñas y de las acciones afirmativas;</u></p>
<p>Progresividad. El Sistema promueve la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora de la prestación, la ampliación de la capacidad instalada y la cualificación del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas, de conformidad con la capacidad administrativa y económica del Estado;</p>	<p>e) <u>Obligatoriedad. Todos los residentes en el territorio colombiano estarán afiliados al Sistema;</u></p>
<p>Libre elección. El Sistema permite que los afiliados tengan la libertad de elegir a su Gestor de Servicio de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud dentro de la oferta disponible, según las normas de habilitación;</p>	<p>f) <u>Equidad. El Sistema garantiza políticas públicas tendientes al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;</u></p>
<p>Sostenibilidad. El Sistema financiará, con los recursos destinados por la ley, los servicios y tecnologías en salud y las prestaciones económicas que este reconoce, los cuales deberán tener un flujo efectivo. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal.</p>	<p>g) <u>Calidad. El Sistema garantiza que los agentes, servicios y tecnologías de salud se centran en los residentes del territorio colombiano, sean apropiados desde el punto de vista médico y técnico y respondan a estándares aceptados científicamente, con integralidad, seguridad y oportunidad. La calidad implica que el personal de la salud sea competente y que se evalúen los establecimientos, servicios y tecnologías ofrecidos;</u></p>
<p>Transparencia. El Sistema establece que las condiciones de prestación del servicio, la relación entre los distintos agentes del Sistema, la definición de políticas y la información en materia de salud deben ser públicas, claras y visibles, considerando la confidencialidad y protección de datos a que haya lugar;</p>	<p>h) <u>Participación social. El Sistema propende por la intervención de la comunidad en su organización, gestión y fiscalización, así como en las decisiones que la afectan o interesan;</u></p>
<p>Descentralización administrativa. El Sistema se organiza de manera descentralizada administrativamente por mandato de la ley y de él harán parte las Entidades Territoriales;</p>	<p>i) <u>Progresividad. El Sistema promueve la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora de la prestación, la ampliación de la capacidad instalada y la cualificación del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas, de conformidad con la capacidad administrativa y económica del Estado;</u></p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>Complementariedad y concurrencia. El Sistema propicia que las autoridades y los diferentes agentes, en los distintos niveles territoriales, colaboren entre sí con acciones y recursos dirigidos al logro de sus objetivos y se articulen adecuadamente sin perjuicio de sus competencias;</p>	<p>j) Libre elección. El Sistema permite que los afiliados tengan la libertad de elegir a su Gestor de Servicio de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud dentro de la oferta disponible, según las normas de habilitación;</p>
<p>Corresponsabilidad. El Sistema promueve que todas las personas propendan por su autocuidado, por el cuidado de su familia y de la comunidad, por un ambiente sano, por el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema y por el cumplimiento de los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Los agentes del Sistema difundirán, apropiarán y darán cumplimiento a este principio;</p>	<p>k) Sostenibilidad. El Sistema financiará, con los recursos destinados por la ley, los servicios y tecnologías en salud y las prestaciones económicas que este reconoce, los cuales deberán tener un flujo efectivo. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal.</p>
<p>Irrenunciabilidad. El Sistema garantiza que las personas no sean privadas u obligadas a prescindir de sus derechos, ni a disponer de los mismos. El derecho a la Seguridad Social en Salud es de orden público y, por tanto, irrenunciable;</p>	<p>l) Transparencia. El Sistema establece que las condiciones de prestación del servicio, la relación entre los distintos agentes del Sistema, la definición de políticas y la información en materia de salud deben ser públicas, claras y visibles, considerando la confidencialidad y protección de datos a que haya lugar;</p>
<p>Intersectorialidad. El Sistema promueve que los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afecten los determinantes sociales y el estado de salud de la población, actúen mediante acciones conjuntas y coordinadas;</p>	<p>m) Descentralización administrativa. El Sistema se organiza de manera descentralizada administrativamente por mandato de la ley y de él harán parte las Entidades Territoriales;</p>
<p>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 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>n) Complementariedad y concurrencia. El Sistema propicia que las autoridades y los diferentes agentes, en los distintos niveles territoriales, colaboren entre sí con acciones y recursos dirigidos al logro de sus objetivos y se articulen adecuadamente sin perjuicio de sus competencias;</p>
<p>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>o) Corresponsabilidad. El Sistema promueve que todas las personas propendan por su autocuidado, por el cuidado de su familia y de la comunidad, por un ambiente sano, por el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema y por el cumplimiento de los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Los agentes del Sistema difundirán, apropiarán y darán cumplimiento a este principio;</p>
<p>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>	<p>p) Irrenunciabilidad. El Sistema garantiza que las personas no sean privadas u obligadas a prescindir de sus derechos, ni a disponer de los mismos. El derecho a la Seguridad Social en Salud es de orden público y, por tanto, irrenunciable;</p>
	<p>q) Intersectorialidad. El Sistema promueve que los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afecten los determinantes sociales y el estado de salud de la población, actúen mediante acciones conjuntas y coordinadas;</p>
	<p>r) 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 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>s) 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>t) 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>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>Artículo 13. Funciones de la ADRES. Para desarrollar el objeto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) tendrá adicionalmente las siguientes funciones:</p> <p>a) Administrar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los residentes en el territorio colombiano;</p> <p>b) Recaudar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Contributivo de salud y las demás que la ley determine;</p> <p>c) Administrar el Fondo de Garantías para el sector salud que se crea a través de la presente ley;</p> <p>d) Ordenar los pagos que correspondan, efectuar los giros directos en nombre de los Gestores de Servicios de Salud 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) 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 para el recaudo de las mismas procedan.</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 los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud depurar la información financiera en los términos que para el efecto señale el reglamento.</p>	<p>Artículo 13. Funciones de la ADRES. Para desarrollar el objeto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) tendrá, <u>además de las funciones contempladas en la legislación vigente,</u> las siguientes funciones:</p> <p>a) Administrar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los residentes en el territorio colombiano;</p> <p>b) Recaudar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Contributivo de salud y las demás que la ley determine;</p> <p>c) Administrar el Fondo de Garantías para el sector salud que se crea a través de la presente ley;</p> <p>d) Ordenar los pagos que correspondan, efectuar los giros directos en nombre de los Gestores de Servicios de Salud 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><u>i). Realizar el proceso de pago al beneficiario de licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general previa verificación realizada por los Gestores de Servicios de Salud.</u></p> <p>i) 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 para el recaudo de las mismas procedan.</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 los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud depurar la información financiera en los términos que para el efecto señale el reglamento.</p>
<p>Artículo 14. Recursos que recaudará y administrará. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) recaudará y administrará los siguientes recursos:</p> <p>a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud;</p> <p>b) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar que explota, administra y recauda Coljuegos o quien haga sus veces;</p>	<p>Artículo 14. Recursos que recaudará y administrará. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES); La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) recaudará y administrará los siguientes recursos, <u>adicionales a los contemplados en la legislación vigente:</u></p> <p>a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud;</p> <p>b) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar que explota, administra y recauda Coljuegos o quien haga sus veces;</p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>c) Las cotizaciones de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Contributivo de salud 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>	<p>c) Las cotizaciones de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Contributivo de salud 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>
<p>d) El aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales a que hacen referencia los artículos 279 de la Ley 100 de 1993 y 2° de la Ley 647 de 2001;</p>	<p>d) El aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales a que hacen referencia los artículos 279 de la Ley 100 de 1993 y 2° de la Ley 647 de 2001;</p>
<p>e) Los recursos correspondientes al monto de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 y los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011. Estos recursos se girarán directamente desde el responsable del recaudo;</p>	<p>e) Los recursos correspondientes al monto de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 y los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011. Estos recursos se girarán directamente desde el responsable del recaudo;</p>
<p>f) Los recursos del Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE) que se destinan al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos previstos en la Ley 1607 de 2012 los cuales serán transferidos a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), entendiéndose así ejecutados;</p>	<p>f) Los recursos del Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE) que se destinan al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos previstos en la Ley 1607 de 2012 los cuales serán transferidos a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), entendiéndose así ejecutados;</p>
<p>g) Recursos del Presupuesto General de la Nación que se requieran para garantizar la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios. Estos recursos se girarán directamente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, entendiéndose así ejecutados;</p>	<p>g) Recursos del Presupuesto General de la Nación que se requieran para garantizar la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios. Estos recursos se girarán directamente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, entendiéndose así ejecutados;</p>
<p>h) Recursos por recaudo del IVA definidos en la Ley <u>1393</u> de 2010;</p>	<p>h) Recursos por recaudo del IVA definidos en la Ley <u>1393</u> de 2010;</p>
<p>i) Los recursos del Fonsat creado por el Decreto-ley 1032 de 1991;</p>	<p>i) Los recursos del Fonsat creado por el Decreto-ley 1032 de 1991;</p>
<p>j) Los correspondientes a la contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobrará en adición a ella;</p>	<p>j) Los correspondientes a la contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobrará en adición a ella;</p>
<p>k) Los recursos recaudados por Indumil correspondientes al impuesto social a las armas, de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009;</p>	<p>k) Los recursos recaudados por Indumil correspondientes al impuesto social a las armas, de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009;</p>
<p>l) Las rentas cedidas y demás recursos generados a favor de las Entidades Territoriales destinadas a la financiación del Régimen Subsidiado. Estos recursos serán girados directamente por los generadores y por el Fondo Cuenta de Impuestos al consumo de productos extranjeros a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). La Entidad Territorial titular de los recursos verificará que la transferencia se realice conforme a la ley;</p>	<p>l) Las rentas cedidas y demás recursos generados a favor de las Entidades Territoriales destinadas a la financiación del Régimen Subsidiado. Estos recursos serán girados directamente por los generadores y por el Fondo Cuenta de Impuestos al consumo de productos extranjeros a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). La Entidad Territorial titular de los recursos verificará que la transferencia se realice conforme a la ley;</p>
<p>m) Los rendimientos financieros que se generen por la administración que haga la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) de los recursos a que se refiere el presente artículo;</p>	<p>m) Los rendimientos financieros que se generen por la administración que haga la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) de los recursos a que se refiere el presente artículo;</p>
<p>n) Los recursos que la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) recaude como consecuencia del cobro coactivo los cuales transferirá directamente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) sin operación presupuestal;</p>	<p>n) Los recursos que la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) recaude como consecuencia del cobro coactivo los cuales transferirá directamente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) sin operación presupuestal;</p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>o) los copagos, cuotas moderadoras y rendimientos financieros de los usuarios del sistema.</p> <p>p) Los demás recursos nacionales y territoriales que se destinen a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con la ley o el reglamento.</p> <p>Parágrafo 1°. Los recursos a que hacen referencia los literales a), b) y n) se contabilizarán individualmente a nombre de las Entidades Territoriales.</p> <p>Parágrafo 2°. La totalidad de los recursos señalados en los literales k) y l) se destinarán para los fines previstos en el presente artículo, sin perjuicio de lo definido en el artículo 113 del Decreto-ley 019 de 2012.</p> <p>Parágrafo 3°. Los recursos de las Entidades Territoriales y su ejecución deberán presupuestarse sin situación de fondos en el respectivo fondo local, distrital o departamental de salud según sea el caso.</p> <p>Parágrafo 4°. Los recursos de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y los recursos del subsidio familiar no harán parte del Presupuesto General de la Nación.</p>	<p>o) los copagos, cuotas moderadoras y rendimientos financieros de los usuarios del sistema.</p> <p>p) Los demás recursos nacionales y territoriales que se destinen a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con la ley o el reglamento.</p> <p>Parágrafo 1°. Los recursos a que hacen referencia los literales a), b) y n) se contabilizarán individualmente a nombre de las Entidades Territoriales.</p> <p>Parágrafo 2°. La totalidad de los recursos señalados en los literales k) y l) se destinarán para los fines previstos en el presente artículo, sin perjuicio de lo definido en el artículo 113 del Decreto-ley 019 de 2012.</p> <p>Parágrafo 3°. Los recursos de las Entidades Territoriales y su ejecución deberán presupuestarse sin situación de fondos en el respectivo fondo local, distrital o departamental de salud según sea el caso.</p> <p>Parágrafo 4°. Los recursos de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y los recursos del subsidio familiar no harán parte del Presupuesto General de la Nación.</p>
<p>Artículo 15. Destinación de los recursos administrados. Los recursos que administra la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) se destinarán a:</p> <p>a) Pago por los gastos de administración de los Gestores de Servicios de Salud;</p> <p>b) Pago por licencias de maternidad o paternidad o incapacidades por enfermedad general de los afiliados cotizantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud;</p> <p>c) Indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de eventos terroristas o eventos catastróficos;</p> <p>d) Gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011;</p> <p>e) Gastos derivados de la atención en salud inicial a las víctimas de eventos terroristas y eventos catastróficos de acuerdo con el plan y modelo de ejecución que se defina;</p> <p>f) Inversión en salud en casos de eventos catastróficos. Estos eventos deberán ser declarados por el Ministerio de Salud y Protección Social;</p> <p>g) Gastos financiados con recursos del impuesto social a las armas, de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 que financiarán exclusivamente los usos definidos en la normatividad vigente;</p> <p>h) 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;</p> <p>i) Acciones de salud pública o programas nacionales de promoción y prevención adicionales a los financiados con recursos del Sistema General de Participaciones;</p> <p>j) Pago por los gastos de administración de los Gestores de Servicios de Salud;</p> <p>k) Administración, funcionamiento y operación de la entidad;</p> <p>l) Recursos destinados a la inspección, vigilancia y control de conformidad con lo establecido en el artículo 119 de la Ley 1438 de 2011;</p>	<p>Artículo 15. Destinación de los recursos administrados. Los recursos que administra la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) se destinarán a:</p> <p>a) Pago por los gastos de administración de los Gestores de Servicios de Salud;</p> <p>b) Pago por licencias de maternidad o paternidad o incapacidades por enfermedad general de los afiliados cotizantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud;</p> <p>c) Indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de eventos terroristas o eventos catastróficos;</p> <p>d) Gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011;</p> <p>e) Gastos derivados de la atención en salud inicial a las víctimas de eventos terroristas y eventos catastróficos de acuerdo con el plan y modelo de ejecución que se defina;</p> <p>f) Inversión en salud en casos de eventos catastróficos. Estos eventos deberán ser declarados por el Ministerio de Salud y Protección Social;</p> <p>g) Gastos financiados con recursos del impuesto social a las armas, de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 que financiarán exclusivamente los usos definidos en la normatividad vigente;</p> <p>h) 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;</p> <p>i) Acciones de salud pública o programas nacionales de promoción y prevención adicionales a los financiados con recursos del Sistema General de Participaciones;</p> <p>j) Pago por los gastos de administración de los Gestores de Servicios de Salud;</p> <p>k) Administración, funcionamiento y operación de la entidad;</p> <p>l) Recursos destinados a la inspección, vigilancia y control de conformidad con lo establecido en el artículo 119 de la Ley 1438 de 2011;</p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>m) Pago a prestadores de servicios de salud y proveedores;</p> <p>n) Las demás destinaciones que la ley expresamente haya definido su financiamiento con cargo a los recursos del Fosyga.</p>	<p>m) Pago a prestadores de servicios de salud y proveedores;</p> <p>n) Las demás destinaciones que la ley expresamente haya definido su financiamiento con cargo a los recursos del Fosyga.</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.</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.</p>
<p>Parágrafo 2°. El proceso de pago al beneficiario de licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general será efectuado por los Gestores de Servicios de Salud con los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).</p>	<p>Parágrafo 2°. El proceso de pago al beneficiario de licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general será efectuado por los Gestores de Servicios de Salud con los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).</p>
<p>Artículo 18. Prestadores de Servicios de Salud. Los Prestadores de Servicios de Salud son los agentes responsables de la atención individual en salud y serán de dos tipos:</p>	<p>Artículo 18. Prestadores de Servicios de Salud. Los Prestadores de Servicios de Salud son los agentes responsables de la atención individual en salud y serán de dos tipos:</p>
<p>a) Los Prestadores de Servicios de Salud Primarios a través de los cuales los usuarios acceden en primera instancia como puerta de entrada al Sistema. Les corresponde la caracterización e intervención sobre los riesgos en salud a través de actividades preventivas, de protección específica y detección temprana y búsqueda activa de personas con enfermedades prevalentes.</p>	<p>a) Los Prestadores de Servicios de Salud Primarios a través de los cuales los usuarios acceden en primera instancia como puerta de entrada al Sistema. Les corresponde la caracterización e intervención sobre los riesgos en salud a través de actividades preventivas, de protección específica y detección temprana y búsqueda activa de personas con enfermedades prevalentes, <u>en un enfoque extramural y complementario.</u></p>
<p>Igualmente, ofrecen las prestaciones individuales en medicina general, medicina familiar y especialidades básicas, orientadas a la resolución de las condiciones más frecuentes que afectan la salud. Incluye el manejo de los eventos agudos, en su fase inicial y los crónicos para evitar complicaciones. Estos prestadores deben estar ubicados en el lugar más cercano a la población.</p>	<p>Igualmente, ofrecen las prestaciones individuales en medicina general, medicina familiar y especialidades básicas, orientadas a la resolución de las condiciones más frecuentes que afectan la salud. Incluye el manejo de los eventos agudos, en su fase inicial y los crónicos para evitar complicaciones. Estos prestadores deben estar ubicados en el lugar más cercano a la población.</p>
<p>b) Los Prestadores de Servicios de Salud Complementarios son los agentes responsables de las prestaciones individuales de salud que requieren de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura de mayor tecnología y especialización. Dentro de estos, se encuentran aquellos Prestadores de Servicios de Salud orientados a garantizar las prestaciones individuales cuya atención requiere de tecnología no disponible en todas las Áreas de Gestión Sanitaria y que se pueden constituir en centros de referencia nacional.</p>	<p>b) Los Prestadores de Servicios de Salud <u>Complementarios hospitalarios</u> son los agentes responsables de las prestaciones individuales de salud que requieren de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura de mayor tecnología y especialización. Dentro de estos, se encuentran aquellos Prestadores de Servicios de Salud orientados a garantizar las prestaciones individuales cuya atención requiere de tecnología no disponible en todas las Áreas de Gestión Sanitaria y que se pueden constituir en centros de referencia nacional.</p>
<p>Parágrafo 1°. La atención inicial de urgencias se seguirá ofreciendo en los términos definidos por la ley.</p>	<p>Parágrafo 1°. La atención inicial de urgencias se seguirá ofreciendo en los términos definidos por la ley.</p>
<p>Parágrafo 2°. En los servicios provistos a través de Prestadores de Servicios de Salud Primarios queda prohibido el cobro de copagos y cuotas moderadoras a los usuarios del Régimen Subsidiado, y a los del contributivo cuando se trate de atención en medicina general y en los programas de promoción, prevención y protección específica definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. En los servicios provistos por Prestadores de Servicios de Salud Complementarios, el Ministerio de Salud y Protección Social regulará el cobro de copagos y cuotas moderadoras, de acuerdo con la capacidad de pago del usuario, que no constituirán barreras o límites para su debida atención.</p>	<p>Parágrafo 2°. <u>Se establecen redes intramurales y extramurales conectadas a través de equipos de medicina y salud familiar acoplados con sistemas de conectividad.</u></p>
<p>Parágrafo 3°. Todos los Prestadores de Servicios de Salud que ofrezcan atención de emergencia o electiva de cualquier tipo dispuestos para las niñas, niños y adolescentes deberán contar con servicios diferenciados de acuerdo con su nivel de complejidad.</p>	<p>Parágrafo 2°. En los servicios provistos a través de Prestadores de Servicios de Salud Primarios queda prohibido el cobro de copagos y cuotas moderadoras a los usuarios del Régimen Subsidiado, y a los del contributivo cuando se trate de atención en medicina general y en los programas de promoción, prevención y protección específica definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. En los servicios provistos por Prestadores de Servicios de Salud Complementarios, el Ministerio de Salud y Protección Social regulará el cobro de copagos y cuotas moderadoras, de acuerdo con la capacidad de pago del usuario, que no constituirán barreras o límites para su debida atención.</p>
<p>Parágrafo 3°. Todos los Prestadores de Servicios de Salud que ofrezcan atención de emergencia o electiva de cualquier tipo dispuestos para las niñas, niños y adolescentes deberán contar con servicios diferenciados de acuerdo con su nivel de complejidad.</p>	<p>Parágrafo 3°. Todos los Prestadores de Servicios de Salud que ofrezcan atención de emergencia o electiva de cualquier tipo dispuestos para las niñas, niños y adolescentes deberán contar con servicios diferenciados de acuerdo con su nivel de complejidad.</p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>Artículo 19. Red de Área de Gestión Sanitaria y Red de Prestación del Gestor. Las Comisiones de Área de Gestión sanitaria son los responsables de conformar la red de prestación de servicios de Salud de la respectiva Área de Gestión Sanitaria. Esta debe garantizar de manera integral y suficiente la prestación de servicio y tecnologías en salud que no se encuentren excluidas.</p>	<p>Artículo 19. Red de Área de Gestión Sanitaria y Red de Prestación del Gestor. Las Comisiones de Área de Gestión sanitaria son los responsables de conformar la red de prestación de servicios de Salud de la respectiva Área de Gestión Sanitaria. Esta debe garantizar de manera integral y suficiente la prestación de servicio y tecnologías en salud que no se encuentren excluidas.</p>
<p>El Gestor de Servicios de Salud conformará su propia Red de Prestación de Servicios a partir de la Red de Área de Gestión Sanitaria.</p>	<p>El Gestor de Servicios de Salud conformará su propia Red de Prestación de Servicios a partir de la Red de Área de Gestión Sanitaria, <u>conformando equipos de atención familiar y comunitaria, un equipo por cada 2.500 familias en cada núcleo de la red de prestación.</u></p>
<p>Para estos efectos, se deben tener en cuenta los criterios que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Para estos efectos, se deben tener en cuenta los criterios que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>
<p>Los Gestores de Servicios de Salud no podrán cancelar ni modificar unilateralmente dentro del término de su duración mínima, los contratos con los Prestadores de Servicios de Salud de su Red de Prestación de Servicios de Salud. Tampoco podrán modificar la Red de Prestación de Servicios de Salud que les fue aprobada dentro del término de la duración mínima establecida para su contratación, salvo por las causas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Los Gestores de Servicios de Salud no podrán cancelar ni modificar unilateralmente dentro del término de su duración mínima, los contratos con los Prestadores de Servicios de Salud de su Red de Prestación de Servicios de Salud. Tampoco podrán modificar la Red de Prestación de Servicios de Salud que les fue aprobada dentro del término de la duración mínima establecida para su contratación, salvo por las causas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>
<p>Los contratos entre los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud tendrán una duración mínima de un (1) año. Dicha duración solo podrá modificarse por problemas de habilitación y desempeño de los Prestadores de Servicios de Salud, previo concepto del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	<p>Los contratos entre los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud tendrán una duración mínima de un (1) año. Dicha duración solo podrá modificarse por problemas de habilitación y desempeño de los Prestadores de Servicios de Salud, previo concepto del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud.</p>
<p>Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo. Su desconocimiento será considerado causal de revocatoria de la autorización de operación del Gestor de Servicios de Salud en la respectiva Área de Gestión Sanitaria. Igualmente, esta entidad dirimirá los conflictos que se presenten en cumplimiento de lo aquí dispuesto.</p>	<p>Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo. Su desconocimiento será considerado causal de revocatoria de la autorización de operación del Gestor de Servicios de Salud en la respectiva Área de Gestión Sanitaria. Igualmente, esta entidad dirimirá los conflictos que se presenten en cumplimiento de lo aquí dispuesto.</p>
<p>Artículo 22. Áreas de Gestión Sanitaria Especial. En aquellas zonas en las cuales, por su baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, flujo de servicios, accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, entre otros, no se garanticen los servicios y tecnologías de Mi-Plan, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá Áreas de Gestión Sanitaria especiales en las cuales operará un modelo de atención diferenciado para atender las condiciones específicas locales, en cuyo caso la organización y operación de la atención en salud podrá ser complementada con la oferta disponible de servicios de otras áreas. En las zonas de difícil acceso los Prestadores de Servicios de Salud y los Gestores de Servicios de Salud deberán contar con los elementos técnicos y los recursos necesarios para la incorporación y funcionamiento de la telemedicina.</p>	<p>Artículo 22. Áreas de Gestión Sanitaria Especial. En aquellas zonas en las cuales, por su baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, flujo de servicios, accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, entre otros, no se garanticen los servicios y tecnologías del plan de beneficios Mi-Plan, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá Áreas de Gestión Sanitaria especiales en las cuales operará un modelo de atención diferenciado para atender las condiciones específicas locales, en cuyo caso la organización y operación de la atención en salud podrá ser complementada con la oferta disponible de servicios de otras áreas. En las zonas de difícil acceso los Prestadores de Servicios de Salud y los Gestores de Servicios de Salud deberán contar con los elementos técnicos y los recursos necesarios para la incorporación y funcionamiento de la telemedicina.</p>
<p>Los servicios de salud en estas áreas serán prestados por un único operador de servicios de salud con condiciones especiales y en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual será seleccionado mediante un proceso objetivo. Definida un Área de Gestión Sanitaria especial y seleccionado el Gestor de Servicios de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social trasladará directamente los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud o Gestores de Servicios de Salud.</p>	<p>Los servicios de salud en estas áreas serán prestados por un único operador de servicios de salud con condiciones especiales y en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual será seleccionado mediante un proceso objetivo. Definida un Área de Gestión Sanitaria especial y seleccionado el Gestor de Servicios de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social trasladará directamente los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud o Gestores de Servicios de Salud.</p>
<p>Parágrafo. La población privada de la libertad estará a cargo de la Unidad Administrativa Penitenciaria y Carcelaria del Ministerio de Justicia y del Derecho o quien haga sus veces, la cual se encargará de desarrollar, dirigir, operar y controlar un sistema propio de atención y prestación de servicios de salud, financiado con los recursos del Presupuesto General de la Nación.</p>	<p>Parágrafo. La población privada de la libertad estará a cargo de la Unidad Administrativa Penitenciaria y Carcelaria del Ministerio de Justicia y del Derecho o quien haga sus veces, la cual se encargará de desarrollar, dirigir, operar y controlar un sistema propio de atención y prestación de servicios de salud, financiado con los recursos del Presupuesto General de la Nación.</p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>Artículo 23. Gestores de Servicios de Salud. Son personas jurídicas de carácter público, privado o mixto, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud responsables de conformar y gestionar su Red de Prestadores de Servicios de Salud dentro de un Área de Gestión Sanitaria para garantizar las prestaciones individuales de atención en salud.</p> <p>Los Gestores de Servicios de Salud privados podrán ser sociedades comerciales, organizaciones solidarias y Cajas de Compensación Familiar.</p> <p>Los Gestores de Servicios de Salud tendrán un órgano colegiado de dirección y contarán con reglas de gobierno corporativo, las cuales deben hacerse públicas.</p> <p>Cada Gestor de Servicios de Salud tendrá una reserva en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), la cual será definida por la Superintendencia Nacional de Salud en función del número de usuarios, el margen de solvencia y su patrimonio.</p> <p>Parágrafo. Las actuales Entidades Promotoras de Salud que se encuentren al día en sus obligaciones con el Sistema, cumplan con los requisitos de habilitación y con lo establecido en la presente ley podrán transformarse en Gestores de Servicios de Salud.</p>	<p>Artículo 23. Gestores de Servicios de Salud. Son personas jurídicas de carácter público, privado o mixto, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud responsables de conformar y gestionar su Red de Prestadores de Servicios de Salud dentro de un Área de Gestión Sanitaria para garantizar las prestaciones individuales de atención en salud.</p> <p>Los Gestores de Servicios de Salud privados podrán ser sociedades comerciales, organizaciones solidarias y Cajas de Compensación Familiar.</p> <p>Los Gestores de Servicios de Salud tendrán un órgano colegiado de dirección y contarán con reglas de gobierno corporativo, las cuales deben hacerse públicas.</p> <p>Cada Gestor de Servicios de Salud tendrá una reserva en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), la cual será definida por la Superintendencia Nacional de Salud en función del número de usuarios, el margen de solvencia y su patrimonio.</p> <p>Parágrafo. Las actuales Entidades Promotoras de Salud que se encuentren al día en sus obligaciones con el Sistema, cumplan con los requisitos de habilitación y con lo establecido en la presente ley podrán transformarse en Gestores de Servicios de Salud.</p>
<p>Artículo 24. Funciones de los Gestores de Servicios de Salud. Son funciones de los Gestores de Servicios de Salud las siguientes:</p> <p>a) Garantizar a sus usuarios las prestaciones individuales de salud dentro del Área de Gestión Sanitaria en la cual opere, así como en todo el territorio nacional cuando requieran transitoriamente servicios por fuera de esta, incluida la referencia y contrarreferencia dentro de las Redes de Prestación de Servicios de Salud que conformen;</p> <p>b) Ofrecer cobertura y atención de prestación de servicios de salud en todos los municipios del área donde fue autorizada su operación;</p> <p>c) Conformar y gestionar sus Redes de Prestación de Servicios de Salud que garantice el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad en la prestación de servicios individuales de salud a sus usuarios;</p> <p>d) Realizar los trámites requeridos para la prestación del servicio. Está prohibido transferir la obligación de realizar trámites administrativos internos del Gestor de Servicios de Salud y de la Red de Prestadores de Servicios de Salud a los usuarios. Su incumplimiento acarreará las sanciones establecidas en la Ley 1438 de 2011;</p> <p>e) Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus usuarios en las fases de identificación, caracterización e intervención;</p> <p>f) Suscribir contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Red de Prestación de Servicios de Salud de conformidad con lo establecido en la presente ley. Los contratos deben estar disponibles para los usuarios y agentes del Sistema en la página web de cada Gestor de Servicios de Salud;</p> <p>g) Coordinar con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en el Área de Gestión Sanitaria en que operen;</p> <p>h) Auditar las facturas por servicios prestados, realizar el reconocimiento de los montos a pagar, y ordenar luego de lo cual los giros directos desde la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) a los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de la Red de Prestación de Servicios de Salud y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos;</p>	<p>Artículo 24. Funciones de los Gestores de Servicios de Salud. Son funciones de los Gestores de Servicios de Salud las siguientes:</p> <p>a) Garantizar a sus usuarios las prestaciones individuales de salud dentro del Área de Gestión Sanitaria en la cual opere, así como en todo el territorio nacional cuando requieran transitoriamente servicios por fuera de esta, incluida la referencia y contrarreferencia dentro de las Redes de Prestación de Servicios de Salud que conformen;</p> <p>b) Ofrecer cobertura y atención de prestación de servicios de salud en todos los municipios del área donde fue autorizada su operación;</p> <p>c) Conformar y gestionar sus Redes de Prestación de Servicios de Salud que garantice el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad en la prestación de servicios individuales de salud a sus usuarios;</p> <p>d) Realizar los trámites requeridos para la prestación del servicio. Está prohibido transferir la obligación de realizar trámites administrativos internos del Gestor de Servicios de Salud y de la Red de Prestadores de Servicios de Salud a los usuarios. Su incumplimiento acarreará las sanciones establecidas en la Ley 1438 de 2011;</p> <p>e) Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus usuarios en las fases de identificación, caracterización e intervención;</p> <p>f) Suscribir contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Red de Prestación de Servicios de Salud de conformidad con lo establecido en la presente ley. Los contratos deben estar disponibles para los usuarios y agentes del Sistema en la página web de cada Gestor de Servicios de Salud;</p> <p>g) Coordinar con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en el Área de Gestión Sanitaria en que operen;</p> <p>h) Auditar las facturas por servicios prestados, realizar el reconocimiento de los montos a pagar, y ordenar luego de lo cual los giros directos desde la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) a los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de la Red de Prestación de Servicios de Salud y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos;</p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
i) Contar con centros de atención permanente en todos los Municipios y Distritos del Área de Gestión Sanitaria en la que operen;	i) Contar con centros de atención permanente en todos los Municipios y Distritos del Área de Gestión Sanitaria en la que operen;
j) Contar con un sistema de información al usuario sobre beneficios, Redes de Prestación de Servicios de Salud, mecanismos de acceso general y de urgencias, trámites, quejas y reclamos, entre otros, disponible en todo el territorio nacional las 24 horas del día y todos los días del año;	j) Contar con un sistema de información al usuario sobre beneficios, Redes de Prestación de Servicios de Salud, mecanismos de acceso general y de urgencias, trámites, quejas y reclamos, entre otros, disponible en todo el territorio nacional las 24 horas del día y todos los días del año;
k) Entregar información trimestral sobre los resultados en salud que determine el Ministerio de Salud y Protección Social;	k) Entregar información trimestral sobre los resultados en salud que determine el Ministerio de Salud y Protección Social;
l) Participar y apoyar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) en los procesos operativos de afiliación;	l) Participar y apoyar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) en los procesos operativos de afiliación;
m) Facilitar que la información clínica de sus usuarios esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud. El Gobierno Nacional definirá los estándares para su recolección, almacenamiento, seguridad y distribución;	m) Facilitar que la información clínica de sus usuarios esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud. El Gobierno Nacional definirá los estándares para su recolección, almacenamiento, seguridad y distribución;
n) Gestionar, garantizar, hacer seguimiento y control de la información de tipo administrativo, financiero, de prestación de servicios, epidemiológico y de calidad que se genere en desarrollo de su actividad y de la de su Red de Prestación de Servicios de Salud;	n) Gestionar, garantizar, hacer seguimiento y control de la información de tipo administrativo, financiero, de prestación de servicios, epidemiológico y de calidad que se genere en desarrollo de su actividad y de la de su Red de Prestación de Servicios de Salud;
o) Garantizar las prestaciones individuales de salud, con cargo al valor de los recursos que reciba para el efecto y a su patrimonio, en caso de no ser suficiente. Con el propósito de soportar las necesidades de financiamiento en la prestación de servicios deberán contar y mantener una reserva en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para respaldar obligaciones con los Prestadores de Servicios de Salud;	o) Garantizar las prestaciones individuales de salud, con cargo al valor de los recursos que reciba para el efecto y a su patrimonio, en caso de no ser suficiente. Con el propósito de soportar las necesidades de financiamiento en la prestación de servicios deberán contar y mantener una reserva en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para respaldar obligaciones con los Prestadores de Servicios de Salud;
p) Cumplir con las condiciones de habilitación de orden financiero, administrativo y técnico que soporten el cumplimiento de sus obligaciones;	p) Cumplir con las condiciones de habilitación de orden financiero, administrativo y técnico que soporten el cumplimiento de sus obligaciones;
q) Contar con una auditoría concurrente e independiente que vigile el cumplimiento de las metas de cobertura, resultado y calidad en el servicio, de los Prestadores de Servicios de Salud de su red;	q) Contar con una auditoría concurrente e independiente que vigile el cumplimiento de las metas de cobertura, resultado y calidad en el servicio, de los Prestadores de Servicios de Salud de su red;
r) Realizar ejercicios de rendición pública de cuentas, cada doce (12) meses, sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio, gestión del riesgo financiero y en salud; utilizando para este efecto medios masivos de comunicación públicos y privados así como las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC).	r) Realizar ejercicios de rendición pública de cuentas, cada doce (12) meses, sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio, gestión del riesgo financiero y en salud; utilizando para este efecto medios masivos de comunicación públicos y privados así como las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC).
s) Tramitar y pagar las incapacidades por enfermedad general y tramitar las licencias de maternidad o paternidad a los afiliados cotizantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las reconocidas a víctimas, de conformidad con la delegación que determine la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).	s) Tramitar y pagar las incapacidades por enfermedad general y tramitar las licencias de maternidad o paternidad a los afiliados cotizantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las reconocidas a víctimas, de conformidad con la delegación que determine la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).
Artículo 27. Habilitación de Gestores de Servicios de Salud en un Área de Gestión Sanitaria. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones mínimas de habilitación de cada Gestor de Servicios de Salud de acuerdo con las condiciones particulares de cada Área de Gestión Sanitaria.	Artículo 27. Habilitación de Gestores de Servicios de Salud en un Área de Gestión Sanitaria. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones mínimas de habilitación de cada Gestor de Servicios de Salud de acuerdo con las condiciones particulares de cada Área de Gestión Sanitaria.
Los criterios de habilitación deben incluir como mínimo respaldo patrimonial, margen de solvencia, reservas y capacidad de gestión administrativa y tecnológica, e integralidad y suficiencia de la Red de Prestación de Servicios de Salud. La exigencia de margen de solvencia y patrimonio técnico se calcularán en función de la gestión de riesgo en salud.	Los criterios de habilitación deben incluir como mínimo respaldo patrimonial, margen de solvencia, reservas y capacidad de gestión administrativa y tecnológica, e integralidad y suficiencia de la Red de Prestación de Servicios de Salud. La exigencia de margen de solvencia y patrimonio técnico se calcularán en función de la gestión de riesgo en salud.

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>La verificación permanente del cumplimiento de las condiciones de habilitación y su cumplimiento continuo que determinen su permanencia en el Área de Gestión Sanitaria, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, para lo cual se tendrán en cuenta las recomendaciones que para el efecto señalen las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria en sus informes periódicos de evaluación y seguimiento a estas entidades.</p> <p>Los propietarios, socios, accionistas o corporados, miembros de junta directiva, representantes legales y gerentes, sean personas naturales o jurídicas, de las Entidades Promotoras de Salud y de los Gestores de Servicios de Salud, que hayan sido liquidadas o intervenidas para liquidar por causales diferentes al retiro voluntario o a la insolvencia para pagar sus deudas con la Red de Prestadores de Salud, no podrán conformar o hacerse parte de los Gestores de Servicios de Salud. Esto mismo aplicará para sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero civil, primero de afinidad o cónyuge o compañero(a) permanente.</p>	<p>La verificación permanente del cumplimiento de las condiciones de habilitación y su cumplimiento continuo que determinen su permanencia en el Área de Gestión Sanitaria, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, para lo cual se tendrán en cuenta las recomendaciones que para el efecto señalen las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria en sus informes periódicos de evaluación y seguimiento a estas entidades.</p> <p>Los propietarios, socios, accionistas o corporados, miembros de junta directiva, representantes legales y gerentes, sean personas naturales o jurídicas, de las Entidades Promotoras de Salud y de los Gestores de Servicios de Salud, que hayan sido liquidadas o intervenidas para liquidar por causales diferentes al retiro voluntario o a la insolvencia para pagar sus deudas con la Red de Prestadores de Salud, no podrán conformar o hacerse parte de los Gestores de Servicios de Salud. Esto mismo aplicará para sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero civil, primero de afinidad o cónyuge o compañero(a) permanente.</p>
<p>Artículo 29. Gestores de Servicios de Salud con participación pública. Los Departamentos, Distritos y Ciudades Capitales, presentes en un Área de Gestión Sanitaria, de manera individual o asociados entre sí o con un tercero, y en cuya jurisdicción se encuentre más de un millón (1.000.000) de habitantes, podrán constituirse como Gestores de Servicios de Salud, siempre y cuando cumplan con los requisitos de habilitación. En cada Área de Gestión Sanitaria solo podrá operar un Gestor de Servicios de Salud de estas características.</p>	<p>SE ELIMINA</p>
<p>Artículo 32. Pago a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores. Los Gestores de Servicios de Salud definirán con cada uno de los Prestadores de Servicios de Salud que integran su red y los Proveedores los mecanismos y las formas de pago.</p> <p>Los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud podrán pactar al momento de la contratación indicadores de desempeño e incentivos sujetos a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) podrá retener una porción del giro al Prestador de Servicios de Salud cuando este no remita en la forma, oportunidad y periodicidad la información solicitada, en cuyo caso las sumas no giradas serán propiedad de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres).</p> <p>Parágrafo 1°. Las obligaciones derivadas de las prestaciones de servicios de salud prescribirán en doce (12) meses contados a partir de la fecha de finalización de la prestación del servicio. Estos valores deberán provisionarse contablemente.</p> <p>Parágrafo 2°. Los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores deberán enviar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) todas las facturas de los bienes entregados y servicios de salud prestados. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) girará el valor correspondiente previa autorización del Gestor de Servicios de Salud. 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>Artículo 32. Pago a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores. Los Gestores de Servicios de Salud definirán con cada uno de los Prestadores de Servicios de Salud que integran su red y los Proveedores los mecanismos y las formas de pago.</p> <p>Los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud podrán pactar al momento de la contratación indicadores de desempeño e incentivos sujetos a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) podrá retener una porción del giro al Prestador de Servicios de Salud cuando este no remita en la forma, oportunidad y periodicidad la información solicitada, en cuyo caso las sumas no giradas serán propiedad de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres).</p> <p>Parágrafo 1°. Las obligaciones derivadas de las prestaciones de servicios de salud prescribirán en doce (12) meses contados a partir de la fecha de finalización de la prestación del servicio. Estos valores deberán provisionarse contablemente.</p> <p>Parágrafo 2°. Los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores deberán enviar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) a los gestores de servicios de salud todas las facturas de los bienes entregados y servicios de salud prestados. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) girará el valor correspondiente previa autorización del Gestor de Servicios de Salud. 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>Artículo 33. Sistema de pago por desempeño. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por desempeño que incentive a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud 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>Artículo 33. Sistema de pago por desempeño. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por desempeño que incentive a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud 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>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología, el conjunto de indicadores de desempeño y el esquema de incentivos para la implementación progresiva del sistema. Estos 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; 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 nivel de cumplimiento de estos indicadores por un Gestor de Servicios de Salud afectará un porcentaje de los gastos de administración de la forma como lo defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Los resultados del sistema estarán disponibles para consulta pública.</p> <p>La información relativa a los indicadores y demás necesaria para lo dispuesto en el presente artículo será suministrada, entre otros, por los Gestores de Servicios de Salud. Para estos últimos, la falta de veracidad, oportunidad, suficiencia o claridad será sancionada conforme los literales b), c), d), e) y f) del artículo que trata sobre sanciones incluido en la presente ley, sin perjuicio de las acciones fiscales, disciplinarias y penales a que haya lugar.</p> <p>Parágrafo. Dentro del diseño de indicadores de desempeño se tendrán en cuenta las acciones y los resultados en salud de las niñas, los niños y adolescentes, así como la calidad de atención en salud para esta población.</p>	<p>El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología, el conjunto de indicadores de desempeño y el esquema de incentivos para la implementación progresiva del sistema. Estos 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; 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 nivel de cumplimiento de estos indicadores por un Gestor de Servicios de Salud afectará un porcentaje de los gastos de administración de la forma como lo defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Los resultados del sistema estarán disponibles para consulta pública.</p> <p>La información relativa a los indicadores y demás necesaria para lo dispuesto en el presente artículo será suministrada, entre otros, por los Gestores de Servicios de Salud. Para estos últimos, la falta de veracidad, oportunidad, suficiencia o claridad será sancionada conforme los literales b), c), d), e) y f) del artículo que trata sobre sanciones incluido en la presente ley, sin perjuicio de las acciones fiscales, disciplinarias y penales a que haya lugar.</p> <p>Parágrafo. Dentro del diseño de indicadores de desempeño se tendrán en cuenta las acciones y los resultados en salud de las niñas, los niños y adolescentes, así como la calidad de atención en salud para esta población.</p>
<p>Artículo 36. Naturaleza jurídica de las medidas especiales, de la toma de posesión y de los procesos sancionatorios de la Superintendencia Nacional de Salud. Las medidas especiales y la toma de posesión a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud son de carácter preventivo y correctivo, su propósito es garantizar la prestación del servicio y se regirán por lo previsto en la presente ley.</p> <p>El proceso administrativo sancionatorio será el establecido por la presente ley y en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y su propósito es sancionar las conductas que vulneren las normas que rigen el Sistema.</p>	SE ELIMINA
<p>Artículo 37. Objeto, finalidades y causales de la toma de posesión. La toma de posesión, bajo la modalidad de intervención forzosa administrativa para administrar o intervención forzosa administrativa para liquidar, tiene por objeto y finalidad salvaguardar la prestación del servicio público de salud que realizan los Gestores de Servicios de Salud, Prestadores de Servicios de Salud y las direcciones territoriales de salud, cualquiera sea la denominación que se le otorgue.</p> <p>El Superintendente Nacional de Salud ordenará la toma de posesión a las entidades vigiladas, bajo cualquiera de sus modalidades, en los siguientes casos:</p> <p>a) Cuando las entidades vigiladas no prestan el servicio público de salud con la continuidad y calidad debidas;</p> <p>b) Cuando persista en violar, en forma grave, las normas a las que deben estar sujetos o incumplir sus contratos;</p> <p>c) Cuando incumpla, en forma reiterada, las órdenes e instrucciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud;</p> <p>d) Cuando se ha suspendido o se teme que pueda suspender el pago de sus obligaciones con terceros.</p>	SE ELIMINA

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>Artículo 38. Modalidades y duración de la toma de posesión. La toma de posesión podrá ser ordenada bajo la modalidad de intervención forzosa para administrar o para liquidar. No podrá aplicarse la intervención forzosa administrativa para administrar sobre la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud o sobre los Gestores de Servicios de Salud. Respecto de estas dos entidades solo procederá la intervención forzosa administrativa para liquidar.</p> <p>Dentro del proceso de intervención forzosa para administrar, la entidad vigilada continuará desarrollando su objeto social y adelantará las acciones tendientes a superar las causales que dieron origen a la toma de posesión. Si después del plazo señalado por el Superintendente, que podrá ser de dos (2) años prorrogables por un término máximo igual al inicial, no se superan los problemas que dieron origen a la medida, la Superintendencia decidirá sobre su liquidación.</p> <p>La intervención forzosa para liquidar se regirá, en lo pertinente, por las normas relativas a la liquidación de instituciones financieras. Las referencias que allí se hacen respecto a la Superintendencia Financiera y al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras y al Consejo Asesor se entenderán hechas a la Superintendencia Nacional de Salud. Las referencias a los ahorradores se entenderán respecto de los acreedores y las hechas al Ministerio de Hacienda y Crédito Público se entenderán como inexistentes. La duración del proceso liquidatorio será definida por el Superintendente Nacional de Salud.</p>	SE ELIMINA
<p>Artículo 39. Procedimiento de la toma de posesión. La toma de posesión no requiere citaciones o comunicaciones a los interesados antes de que se produzca el acto administrativo que la ordene.</p> <p>El Superintendente Nacional de Salud ordenará la toma de posesión a las entidades vigiladas de cualquier naturaleza, bajo cualquiera de sus modalidades, mediante acto administrativo motivado que será de cumplimiento inmediato, a través del funcionario comisionado.</p> <p>La decisión de toma de posesión será de inmediato cumplimiento y se notificará personalmente al representante legal por el funcionario comisionado; si no fuere posible, se notificará por un aviso que se fijará por un día en lugar público, en las oficinas de la administración del domicilio social de la entidad intervenida. Contra el acto que ordena la toma de posesión procede el recurso de reposición en el efecto devolutivo.</p> <p>Parágrafo. El Superintendente Nacional de Salud, en su calidad de autoridad de intervención, definirá en cada caso cómo y en qué tiempo se hará el traslado de los usuarios, con el fin de salvaguardar el servicio público de salud.</p>	SE ELIMINA
<p>Artículo 40. Modalidades del procedimiento administrativo sancionatorio. La Superintendencia Nacional de Salud adelantará proceso administrativo sancionatorio mediante las modalidades oral y escrita. El sistema oral será la regla general, y el Superintendente determinará, mediante acto administrativo de carácter general, los casos en los cuales se dará aplicación al proceso administrativo sancionatorio escrito.</p> <p>El proceso administrativo sancionatorio oral se realizará así:</p> <p>a) El auto de apertura de investigación se notificará, conforme al Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo al Representante Legal de la entidad vigilada, en él se manifestarán las razones y fundamentos de la apertura de investigación y se indicará la fecha y lugar en que se llevará la primera audiencia de trámite, en donde de forma oral el investigado presentará descargos y las pruebas que considere pertinentes. Durante el trámite de dicha audiencia, se decretarán las pruebas de oficio o a petición de parte, si a ello hubiere lugar;</p>	SE ELIMINA

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>b) Si las pruebas pueden practicarse en audiencia, así se hará;</p> <p>c) Una vez realizada la práctica de pruebas se correrá traslado de las mismas por dos (2) días hábiles; vencido este plazo se citará a audiencia en la cual el investigado deberá presentar en forma verbal sus alegatos de conclusión;</p> <p>d) Dentro de dicha audiencia se procederá a proferir la decisión correspondiente, la cual se entenderá notificada en estrados. La decisión será susceptible de los recursos contenidos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.</p> <p>La inasistencia injustificada del investigado a las audiencias dará lugar a imponer multas hasta por mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por cada una de ellas.</p> <p>El proceso administrativo sancionatorio escrito se adelantará así:</p> <p>a) La Superintendencia, con fundamento en la información disponible, si hubiere lugar ordenará la apertura de la investigación;</p> <p>b) En un plazo de diez (10) días hábiles solicitará explicaciones sobre las posibles irregularidades, señalando el plazo en el cual se dará respuesta, que no podrá ser superior a quince (15) días hábiles;</p> <p>c) La práctica de pruebas, a que hubiere lugar, se realizará en un plazo máximo de quince (15) días hábiles. Vencido el término probatorio las partes podrán presentar alegatos de conclusión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes;</p> <p>d) La Superintendencia dispondrá de un (1) mes, después del vencimiento del término para presentar alegatos de conclusión, para imponer la sanción u ordenar el archivo de las actuaciones. Si no hubiere lugar a decretar pruebas, se obviará el término correspondiente;</p> <p>e) La decisión será susceptible de los recursos contenidos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo;</p> <p>f) Los términos acá previstos podrán ampliarse por la Superintendencia Nacional de Salud hasta por el mismo tiempo cuando se trate de dos o más investigados o cuando la práctica de pruebas lo requiera;</p> <p>Las sanciones impuestas por la Superintendencia prestan mérito ejecutivo.</p>	<p>SE ELIMINA</p>
<p>Artículo 41. Sanciones. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá las siguientes sanciones, de acuerdo con las actuaciones realizadas por el vigilado y su impacto en la prestación del servicio de salud:</p> <p>a) Amonestación. Se entiende como un llamado de atención, que deberá publicarse en un medio de amplia circulación nacional y territorial; y constituirá un antecedente;</p> <p>b) Multas. Se regirán conforme a la Ley 1438 de 2011;</p> <p>c) Suspensión provisional de actividades hasta por cinco (5) años;</p> <p>d) Prohibición de prestar el servicio público de salud en forma directa o indirecta, hasta por diez (10) años;</p> <p>e) Revocatoria de la habilitación;</p> <p>f) Ordenar la separación de los representantes legales y/o administradores, de sus cargos y/o prohibición de ejercer dichos cargos hasta por dos (2) años.</p> <p>Las anteriores sanciones pueden ser impuestas de manera principal y/o accesoria.</p> <p>La afectación del derecho fundamental a la salud de los niños, niñas, adolescentes, mujeres embarazadas, desplazados, víctimas del conflicto armado, discapacitados y adultos mayores, será causal de agravación de las sanciones.</p>	<p>SE ELIMINA</p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>Artículo 42. Sanciones en eventos de conciliación. La inasistencia injustificada a la audiencia de conciliación por parte de Representantes Legales de entidades públicas o privadas, o el incumplimiento de lo acordado en la respectiva acta de conciliación, constituye una conducta que vulnera el Sistema y dará lugar a las sanciones previstas en el artículo anterior.</p>	SE ELIMINA
<p>Artículo 43. Medidas especiales. El Superintendente Nacional de Salud, podrá ordenar mediante resolución motivada de inmediato cumplimiento, la adopción individual o conjunta de las medidas de que trata el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero o de las normas que lo modifiquen sustituyan o aclaren, a las entidades vigiladas, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud.</p> <p>Esta actuación, no requiere citaciones o comunicaciones a los interesados antes que se produzca el acto administrativo que la ordene. Este acto administrativo será de inmediato cumplimiento y se notificará personalmente al representante legal de la empresa por el funcionario comisionado por el Superintendente; una vez efectuada la notificación al representante legal se entenderá notificados los socios y demás interesados. Contra el acto administrativo procede recurso de reposición en efecto devolutivo.</p>	SE ELIMINA
<p>Artículo 44. Reporte de información. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá el control sobre la obligación de reporte al Sistema de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (Sismed), e impondrá las sanciones establecidas en el artículo 132 de la Ley 1438 de 2011 a quienes incumplan estas obligaciones.</p>	SE ELIMINA
<p>Artículo 45. Financiamiento del ejercicio de funciones de Inspección, Vigilancia y Control por parte de las Entidades Territoriales. Cuando en el marco de la Ley 489 de 1998 la Superintendencia Nacional de Salud delegue en las Entidades Territoriales sus funciones de inspección, vigilancia y control, esta podrá disponer de un porcentaje del recaudo de la tasa establecida a su favor para transferirla al delegatario con el fin de cofinanciar el ejercicio de dichas funciones.</p> <p>No podrán ser objeto de delegación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control sobre entidades de propiedad o participación de la respectiva entidad territorial. 2. La adopción de medidas especiales. <p>Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud podrá en cualquier momento avocar el conocimiento, caso en el cual la Entidad territorial suspenderá la investigación y pondrá la totalidad del expediente, en el estado en que se encuentre, a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	SE ELIMINA
<p>Artículo 49. Balance de ejecución de los recursos del Régimen Subsidiado por parte de las Cajas Compensación Familiar. Las Cajas de Compensación Familiar que administran directamente los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, contarán con seis (6) meses para presentar ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) el balance correspondiente a la ejecución de los recursos del Régimen Subsidiado de los periodos pendientes o cuyo balance haya sido glosado por el Fosyga. Vencido este plazo, las Cajas de Compensación Familiar no podrán reclamar recursos por concepto de déficit en el mencionado balance. En los casos en que el resultado del balance sea superavitario, los recursos correspondientes deben ser girados al Sistema, dentro del término antes señalado.</p>	SE ELIMINA

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>Artículo 50. Declaraciones de giro y compensación. Las declaraciones de giro y compensación del Fosyga que se encuentren en estado aprobado quedarán en firme luego de tres (3) años contados a partir de la fecha de aprobación del proceso de compensación. Una vez la declaración de giro y compensación quede en firme no se podrá hacer ningún tipo de reclamación por ninguna de las partes.</p>	SE ELIMINA
<p>Artículo 51. Saneamiento y pago de deudas. Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud tendrán un periodo máximo de seis (6) meses para la aclaración de las deudas pendientes provenientes de la prestación de servicios de salud. El Gobierno nacional determinará los procedimientos para el saneamiento, la realización de los ajustes contables y la aplicación de medidas que permitan atender dichas obligaciones; para ello la Superintendencia Nacional de Salud y los demás organismos de control y vigilancia del sector, aplicarán las sanciones a que haya lugar.</p>	SE ELIMINA
<p>Artículo 52. Recobros y reclamaciones ante el Fosyga. El Fosyga o quien haga sus veces reconocerá y pagará las reclamaciones y recobros, glosados por cualquier causal y sobre los cuales no haya operado el término de caducidad de la acción contencioso administrativa correspondiente, previa nueva auditoría integral que verificará únicamente el cumplimiento de los requisitos esenciales para demostrar la existencia de la obligación, la cual será sufragada por las entidades recobrantes o reclamantes.</p> <p>Las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a aprobar a favor de las Instituciones Prestadoras de Salud.</p> <p>Los documentos soporte de los recobros y reclamaciones podrán ser presentados a través de imágenes digitalizadas o de la tecnología que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	SE ELIMINA
<p>Artículo 53. Trámite de glosas. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los términos referidos al proceso de glosas asociadas a la prestación de servicios de salud.</p> <p>Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo, se acudiría a la Superintendencia Nacional de Salud para el uso de las facultades de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador.</p> <p>El Gobierno nacional reglamentará los mecanismos para destimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.</p>	SE ELIMINA
<p>Artículo 54. Fondo de garantías para el sector salud. El Fondo de Garantías para el Sector Salud funcionará como una cuenta especial sin personería jurídica, administrado por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) cuyo objetivo es proteger la confianza de los agentes del Sistema y asegurar la continuidad en la prestación del servicio de salud, preservando el equilibrio y la equidad económica de dicho Sistema.</p> <p>Dentro de este objeto general el fondo tendrá las siguientes funciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Procurar que los agentes del sector salud tengan la liquidez para dar continuidad a la prestación de servicios de salud; b) Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial para lo cual podrá, entre otros, establecer líneas de crédito destinadas a otorgar préstamos u otras formas de financiamiento a los agentes del Sistema; c) Participar transitoriamente en el capital de los agentes del Sistema; d) Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de los agentes del Sistema; 	SE ELIMINA

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>e) Llevar a cabo el seguimiento de la actividad de los liquidadores de los agentes del Sistema que sean objeto de los procesos de liquidación adelantados por la Superintendencia Nacional de Salud;</p> <p>f) Cesión de cartera.</p> <p>Los ingresos del fondo podrán ser:</p> <p>a) Recursos del Presupuesto General de la Nación o títulos de deuda;</p> <p>b) Aportes de los agentes con cargo al porcentaje de administración y de los prestadores con cargo a sus ingresos o excedentes;</p> <p>c) Recursos de la cotización del Régimen Contributivo de Salud no compensados por los aseguradores hasta el momento en que entre en operación la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud;</p> <p>d) Los rendimientos financieros de sus inversiones;</p> <p>e) Los recursos de la Subcuenta de Garantías del Fosyga, resultantes de su supresión;</p> <p>f) Los demás que obtenga a cualquier título.</p> <p>Los términos y condiciones para la administración del Fondo de Garantías para el Sector Salud los establecerá el Gobierno nacional. Los recursos que se recauden en cada vigencia, los intereses y rendimientos financieros se incorporarán al portafolio del Fondo, no harán parte del Presupuesto General de la Nación y se entenderán ejecutados con la transferencia presupuestal respectiva.</p> <p>Parágrafo. Hasta la supresión del Fosyga, con cargo a los recursos de la subcuenta de garantías, se podrá comprar cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuyo deudor sean las Entidades Promotoras de Salud. En este caso, la recuperación de los recursos que tendrá que pagar la Entidad Promotora de Salud o quien asuma sus obligaciones podrá darse a través de descuentos de los recursos que a cualquier título les correspondan.</p>	SE ELIMINA
<p>Artículo 55. Facultades extraordinarias minorías étnicas. De conformidad con 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 a partir de la expedición de la presente ley, para expedir por medio de decretos con fuerza de ley, la regulación que permita reorganizar el Sistema en los asuntos que requieran una implementación particular para pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, manteniendo la normatividad vigente que les sean más favorables.</p> <p>En la elaboración de las normas con fuerza de ley que desarrollen las facultades extraordinarias aquí otorgadas se consultará a los pueblos étnicos a través de las autoridades y organizaciones representativas bajo los parámetros de la jurisprudencia constitucional, la ley y el derecho propio, con el fin de dar cabal cumplimiento al derecho fundamental de la consulta previa. La metodología de la consulta previa para la elaboración de las normas con fuerza de ley será concertada entre el Gobierno nacional y los pueblos étnicos a través de las autoridades y organizaciones representativas. Los medios económicos y técnicos para el desarrollo de dichas consultas serán garantizados por el Gobierno nacional.</p> <p>Parágrafo. Los decretos con fuerza de ley que se expidan contendrán, cuando se requiera, de esquemas de transición que permitan dar aplicación a las disposiciones allí contenidas.</p>	SE ELIMINA

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>Artículo 56. Se adicione un nuevo numeral al artículo 178 de la Ley 136 de 1994, que trata sobre las funciones de los personeros: (...)</p> <p>27. Velar, de manera especial, por el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de cualquier persona. Para tal efecto, quedará facultado para:</p> <p>i) Conminar a los gerentes, representantes legales y/o directores de los Gestores de Servicio de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando, a su juicio, dicho derecho fundamental se encuentre amenazado, esté siendo vulnerado o desconocido por alguna de esas entidades, para que estas procedan a cumplir con la prestación del servicio o tecnología de salud requerida;</p> <p>ii) Remitir a la Superintendencia Nacional de Salud copias de la actuación adelantada, para que se adopten las decisiones a que haya lugar;</p> <p>iii) Resolver las quejas que presenten las personas en torno a la prestación de un servicio o tecnología de salud contra los Gestores de Servicio de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</p>	<p>SE ELIMINA</p>

6. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones, solicito a los honorables Senadores de la Comisión Séptima del Senado de la República, debatir y aprobar en primer debate, el **Proyecto de ley número 72 de 2017 Senado**, “*por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*”, con base en el siguiente texto:

PROYECTO DE LEY NÚMERO 72 DE 2017
SENADO

por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el propósito de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, mejorando las condiciones de acceso de la población al servicio público de seguridad social en salud, en todos los niveles de atención, con calidad, oportunidad, continuidad y seguimiento de los servicios; y la sostenibilidad y el equilibrio financiero mediante el esquema de Administración Regulada.

Para tal efecto, se redefinen las funciones de administración de recursos financieros del Sistema, de aseguramiento y de prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud, el oportuno y adecuado flujo de recursos que financian el mismo y su correcta destinación. Establece los principios del Sistema,

los instrumentos para la gestión de la salud pública y la atención primaria en salud, el marco a partir del cual se regulan los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios y un régimen de transición para la aplicación de lo dispuesto en la presente ley.

Artículo 2º. Ámbito de la ley. La presente ley regula la forma en que el Estado organiza, dirige, coordina, financia, inspecciona, vigila y controla la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud y los roles de los actores involucrados.

Artículo 3º. Fundamento de la Administración Regulada. Además de los principios que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Administración Regulada, que se entiende dirigida a la satisfacción del Derecho a la Salud de los afiliados, constituye fundamento de la prestación del servicio público de seguridad social en salud, para la administración y gestión eficiente de los recursos que financian el Sistema, lo mismo que para la gestión especializada del riesgo en salud y la prestación de los servicios de salud, mediante la realización especializada de cada una de dichas actividades o funciones, por parte de las respectivas entidades, en las condiciones previstas en la presente ley y demás disposiciones vigentes.

La Administración Regulada se desarrollará e integrará con el modelo de Atención Primaria en Salud con énfasis en salud y medicina familiar y comunitaria y propenderá por la acción coordinada de los diferentes actores del Sistema, con el fin de mejorar la salud de la población y propiciar un ambiente sano.

Artículo 4º. Objetivo y características. El objetivo del Sistema es lograr el mejor estado de salud posible de la población por medio de acciones colectivas e individuales de promoción de la salud,

prevención, atención y paliación de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas.

El Sistema tendrá las siguientes características:

- a) Estará dirigido, regulado, controlado y vigilado por el Estado;
- b) 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 efecto;
- c) Dispondrá de un modelo conformado por beneficios colectivos y prestaciones individuales;
- d) Incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con las Leyes 9ª de 1979 y 715 de 2001 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan, incorporados en Plan Decenal de Salud Pública y en sus planes territoriales;
- e) Tendrá atención primaria y hospitalaria garantizada por los Gestores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, a través de un esquema de aseguramiento social al cual se afilien todos los residentes del territorio colombiano. La gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno y la representación del usuario corresponde a los Gestores de Servicios de salud;
- f) Contará con un Régimen Contributivo y un Régimen Subsidiado, diferenciados, en forma exclusiva, por los reconocimientos económicos que la ley defina para quienes coticen al mismo.
- g) Contará con una entidad que será la responsable de administrar la información de la afiliación, adelantar el recaudo, administración, pago, giro directo a prestadores y proveedores, o transferencia de los recursos destinados a la financiación del servicio;
- h) Operará mediante esquemas de integración territorial y redes integradas. Para el efecto se conformarán Redes de Prestación de Servicios de Salud que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención;
- i) Dispondrá de esquemas diferenciados de atención para poblaciones especiales y aquellas localizadas en zonas dispersas;
- j) Contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud;
- k) Permitirá a los afiliados elegir libremente a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud, y a los profesionales, dentro de las condiciones de la presente ley.

- l) Desarrolla un modelo intra y extramural, interconectado a una red de información y comunicación que garanticen la referencia, contrarreferencia y cierre de ciclos.

Artículo 5°. Evaluación del sistema. A partir del año 2018, cada cuatro (4) años, el Gobierno nacional evaluará el Sistema de acuerdo con los siguientes criterios:

- 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;
- b) La asignación y flujo de los recursos del Sistema hacia la satisfacción de las necesidades de salud;
- c) El aporte de las tecnologías en salud;
- d) La capacidad de la red hospitalaria;
- e) La calidad de los servicios de salud y los principios que la sustentan;
- f) Los resultados de las políticas de salud pública;
- g) La inspección, vigilancia y control;
- h) Las oportunidades de participación efectiva de los usuarios y su percepción sobre los resultados de salud y la calidad de los servicios;
- i) La sostenibilidad financiera;
- j) La percepción de los profesionales de la salud sobre los resultados del Sistema, así como sus condiciones laborales.

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 anterior, el Ministro debe presentar informes de seguimiento cada dos (2) años a las mencionadas comisiones.

Los resultados obtenidos del proceso de evaluación servirán de insumo para la elaboración de políticas públicas para el sector.

Artículo 6°. Principios del sistema. 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 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;

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;

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;”.

CAPÍTULO II

Salud pública y atención primaria en salud

Artículo 7°. Salud pública. Se entiende por salud pública el conjunto de acciones colectivas llevadas a cabo por el Estado sobre las comunidades y sus entornos, dirigidas y ejecutadas para mantener la salud y prevenir la enfermedad, las cuales incluye:

- Funciones y competencias relacionadas con el ejercicio de la rectoría, como lo son entre otras, las de planeación, regulación, gerencia, vigilancia y control en salud pública en el territorio. Dichas funciones y competencias estarán bajo la responsabilidad indelegable del Estado y serán asumidas y financiadas de manera directa por cada Entidad Territorial conforme a las competencias definidas en los artículos 43.3, 44.3 y 45 de la Ley 715 de 2001 y demás normas vigentes.
- Acciones sectoriales e intersectoriales sobre los determinantes sociales enfocados a reducir los riesgos de enfermar y morir prematuramente que contribuyan a disminuir la inequidad en salud entre los distintos grupos poblacionales.
- Acciones dirigidas a disminuir, mitigar o modificar los riesgos individuales.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá:

- i) Los lineamientos, metodologías, herramientas e instrumentos que permitan fortalecer la planeación y gestión en salud pública en los niveles municipal, distrital y departamental;
- ii) Los modelos de evaluación, seguimiento y control;
- iii) Las responsabilidades y requerimientos para todos y cada uno de los actores del Sistema en esta materia; y
- iv) Las acciones de cooperación y asistencia técnica permanente para su implementación y desarrollo.

Parágrafo. La prestación de las acciones colectivas se realizará mediante contratación con instituciones públicas prioritariamente, o privadas debidamente autorizadas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el registro de prestadores para este fin, el Sistema de Garantía de la Calidad y los mecanismos necesarios para monitorear, evaluar

y controlar las acciones de salud pública y los resultados en salud de las mismas.

Artículo 8°. Planeación en salud pública. La planeación en salud pública en el territorio nacional estará integrada por los siguientes niveles e instrumentos:

- Un Plan Decenal de Salud Pública formulado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual contendrá el análisis de la situación de salud, el diagnóstico de las prioridades y los lineamientos de acción del territorio nacional y sus Entidades Territoriales en materia de salud pública y de la atención individual en salud. Este Plan establecerá las pautas para una acción coordinada y articulada entre sectores y actores para el desarrollo de políticas, planes y programas de salud pública, de prestación de servicios y la intervención sobre los determinantes sociales de la salud.
- Planes Territoriales de Salud formulados cada cuatro (4) años por las Entidades Territoriales los cuales desarrollarán el Plan Decenal de Salud Pública y contendrán el diagnóstico de la situación de salud, las prioridades, los lineamientos, las estrategias e intervenciones en materia de salud pública y atención individual en salud. Estos Planes harán parte del Plan de Desarrollo Territorial, serán elaborados en coordinación con los Consejos Locales de Política Social y los demás agentes del Sistema e incluirán las recomendaciones de la Comisión Nacional Intersectorial de Salud Pública. La desagregación de los Planes Territoriales de Salud se hará mediante los Planes Operativos Locales.

El Plan Territorial de Salud integrará los componentes de intervenciones colectivas construido por el territorio y el de intervenciones individuales elaborado por los Gestores de Servicios de Salud que operen en el respectivo territorio.

Dicho Plan debe tener como mínimo cuatro (4) líneas de acción:

- i) Promoción de la salud y acción sobre los determinantes sociales de la salud;
- ii) Gestión del riesgo en protección específica, detección temprana, diagnóstico y tratamiento por los Gestores de Servicios de Salud en el respectivo territorio;
- iii) Gestión en salud pública, en el marco de las competencias definidas en la Ley 715 de 2001 y demás normas vigentes, y el ejercicio de la autoridad sanitaria; y
- iv) Desarrollo del componente de red de prestación de servicios.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial. La evaluación estará

centrada en la medición de resultados en salud y se utilizarán los datos de los registros administrativos y bases de datos oficiales existentes en el país.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el conjunto de actividades colectivas en salud pública, así como los programas nacionales, departamentales y municipales requeridos para el cumplimiento de dichas actividades.

Artículo 9°. Estrategia de atención primaria en salud. El diseño y ejecución de las acciones de salud pública y atención individual en salud adoptarán como su estrategia principal la atención primaria en salud.

Para tal efecto, el Gobierno nacional definirá en un plazo no mayor de seis (6) meses la Política Pública de la Atención Primaria en Salud teniendo en cuenta su modelo de atención operativo y su implementación gradual y progresiva.

La estrategia de atención primaria en salud debe estar en concordancia con las características de cada Entidad Territorial, sus planes de desarrollo y planes territoriales de salud.

Artículo 10. Investigación, innovación y desarrollo tecnológico para la salud. El Ministerio de Salud y Protección Social orientará y promoverá el desarrollo de actividades científicas, tecnológicas y de innovación, que ofrezcan respuestas a las necesidades y problemas de salud de los colombianos.

Igualmente, en coordinación con las entidades del sector salud, las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales o quien haga sus veces, definirán los lineamientos técnicos y metodológicos para la elaboración y ejecución de líneas de investigación, priorizando las acciones que deban desarrollarse con recursos públicos.

Las prioridades de que trata el presente artículo y los recursos que se orienten para tal fin se establecerán de manera conjunta con Colciencias con el propósito de promover alianzas estratégicas con los diferentes actores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.

CAPÍTULO III

Del manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Artículo 11. 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 afiliación, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema. Los procesos de afiliación podrán realizarse a través de terceros, siempre bajo la dirección de la ADRES.

Artículo 12. 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 funciones contempladas en la legislación vigente, las siguientes funciones:

- a) Administrar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los residentes en el territorio colombiano;
- b) Recaudar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Contributivo de salud y las demás que la ley determine;
- c) Ordenar los pagos que correspondan, efectuar los giros directos en nombre de los Gestores de Servicios de Salud o las Entidades Territoriales y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema;
- d) Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución de riesgo;
- e) 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;
- f) Implementar métodos de auditoría para verificar la información sobre resultados en salud y mecanismos de ajuste de riesgo;
- g) Adelantar las auditorías para el reconocimiento y pago de servicios de salud.
- h) Realizar el proceso de pago al beneficiario de licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general previa verificación realizada por los Gestores de Servicios de Salud;
- i) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.

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 para el recaudo de las mismas procedan.

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 hará de manera directa. Será responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud depurar la información financiera en los términos que para el efecto señale el reglamento.

Artículo 13. 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, adicionales a los contemplados en la legislación vigente:

- a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud;
- b) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar que explota, administra y recauda Coljuegos o quien haga sus veces;
- c) Las cotizaciones de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Contributivo de salud 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;
- d) El aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales a que hacen referencia los artículos 279 de la Ley 100 de 1993 y 2° de la Ley 647 de 2001;
- e) Recursos del Presupuesto General de la Nación que se requieran para garantizar la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios. Estos recursos se girarán directamente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, entendiéndose así ejecutados;
- f) Recursos por recaudo del IVA definidos en la Ley 1393 de 2010;
- g) Los recursos del Fonsat creado por el Decreto-ley 1032 de 1991;
- h) Los correspondientes a la contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobrará en adición a ella;
- i) Los recursos recaudados por Indumil correspondientes al impuesto social a las armas, de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009;
- j) Las rentas cedidas y demás recursos generados a favor de las Entidades Territoriales destinadas a la financiación del Régimen Subsidiado. Estos recursos serán girados directamente por los generadores y por el Fondo Cuenta de Impuestos al consumo de productos extranjeros a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). La Entidad Terri-

torial titular de los recursos verificará que la transferencia se realice conforme a la ley;

- k) Los rendimientos financieros que se generen por la administración que haga la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) de los recursos a que se refiere el presente artículo;
- l) Los recursos que la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) recaude como consecuencia del cobro coactivo los cuales transferirá directamente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) sin operación presupuestal;
- m) Los copagos, cuotas moderadoras y rendimientos financieros de los usuarios del sistema;
- n) Los demás recursos nacionales y territoriales que se destinen a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con la ley o el reglamento.

Parágrafo 1°. Los recursos a que hacen referencia los literales a), b) y l) se contabilizarán individualmente a nombre de las Entidades Territoriales.

Parágrafo 2°. La totalidad de los recursos señalados en los literales i) y j) se destinarán para los fines previstos en el presente artículo, sin perjuicio de lo definido en el artículo 113 del Decreto-ley 019 de 2012.

Parágrafo 3°. Los recursos de las Entidades Territoriales y su ejecución deberán presupuestarse sin situación de fondos en el respectivo fondo local, distrital o departamental de salud según sea el caso.

Parágrafo 4°. Los recursos de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y los recursos del subsidio familiar no harán parte del Presupuesto General de la Nación.

Artículo 14. Destinación de los recursos administrados. Los recursos que administra la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) se destinarán a:

- a) Pago por los gastos de administración de los Gestores de Servicios de Salud;
- b) Pago por licencias de maternidad o paternidad o incapacidades por enfermedad general de los afiliados cotizantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- c) Indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de eventos terroristas o eventos catastróficos;
- d) Gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011;
- e) Gastos derivados de la atención en salud inicial a las víctimas de eventos terroristas y

- eventos catastróficos de acuerdo con el plan y modelo de ejecución que se defina;
- f) Inversión en salud en casos de eventos catastróficos. Estos eventos deberán ser declarados por el Ministerio de Salud y Protección Social;
 - g) Gastos financiados con recursos del impuesto social a las armas, de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 que financiarán exclusivamente los usos definidos en la normatividad vigente;
 - h) 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;
 - i) Acciones de salud pública o programas nacionales de promoción y prevención adicionales a los financiados con recursos del Sistema General de Participaciones;
 - j) Administración, funcionamiento y operación de la entidad;
 - k) Recursos destinados a la inspección, vigilancia y control de conformidad con lo establecido en el artículo 119 de la Ley 1438 de 2011;
 - l) Pago a prestadores de servicios de salud y proveedores;
 - m) Las demás destinaciones que la ley expresamente haya definido su financiamiento con cargo a los recursos del Fosyga.

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.

Artículo 15. Órgano de dirección y administración. Corresponderá a la Junta Directiva, además de las funciones señaladas en la Ley 489 de 1998, en el Decreto número 1429 de 2016 y demás normas que la modifiquen, las inherentes al cumplimiento de los objetivos de la entidad, así como asegurar el normal funcionamiento de la administración de la afiliación, pagos, giros, transferencias, recaudo y flujo de recursos a su cargo y de la información relacionada con la entidad.

La Dirección de Gestión de los Recursos Financieros de Salud de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) deberá formular los criterios para la administración de la afiliación de la población, el recaudo de las cotizaciones, la administración de los recursos a cargo de la entidad, la realización de los pagos, giros o transferencias y para la administración de la información relacionada con las funciones de la entidad.

Parágrafo 1°. La definición de los montos que se destinarán a cada concepto de gasto se hará por

la Dirección de Gestión de los Recursos Financieros de Salud de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), así como la política de manejo de inversiones del portafolio.

CAPÍTULO IV

Atención individual y redes de prestación de servicios de salud

Artículo 16. Atención individual en salud. Las atenciones individuales en salud son aquellas que se realizan sobre las personas para disminuir la probabilidad de enfermar, morir prematuramente o sufrir una discapacidad. Implica realizar acciones para mantener y proteger la salud, diagnosticar la enfermedad oportunamente, ofrecer atención integral y suficiente a la enfermedad y rehabilitar sus secuelas.

Comprende la identificación de las personas de mayor vulnerabilidad y los riesgos a los que están expuestas, así como la realización de actividades de búsqueda activa, protección específica, detección temprana, diagnóstico precoz, atención integral y rehabilitación.

Artículo 17. Prestadores de Servicios de Salud. Los Prestadores de Servicios de Salud son los agentes responsables de la atención individual en salud y serán de dos tipos:

- a) Los Prestadores de Servicios de Salud Primarios a través de los cuales los usuarios acceden en primera instancia como puerta de entrada al Sistema. Les corresponde la caracterización e intervención sobre los riesgos en salud a través de actividades preventivas, de protección específica y detección temprana y búsqueda activa de personas con enfermedades prevalentes en un enfoque extramural y complementario.

Igualmente, ofrecen las prestaciones individuales en medicina general, medicina familiar y especialidades básicas, orientadas a la resolución de las condiciones más frecuentes que afectan la salud. Incluye el manejo de los eventos agudos, en su fase inicial y los crónicos para evitar complicaciones. Estos prestadores deben estar ubicados en el lugar más cercano a la población;

- b) Los Prestadores de Servicios de Salud hospitalarios son los agentes responsables de las prestaciones individuales de salud que requieren de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura de mayor tecnología y especialización. Dentro de estos, se encuentran aquellos Prestadores de Servicios de Salud orientados a garantizar las prestaciones individuales cuya atención requiere de tecnología no disponible en todas las Áreas de Gestión Sanitaria y que se pueden constituir en centros de referencia nacional.

Parágrafo 1°. La atención inicial de urgencias se seguirá ofreciendo en los términos definidos por la ley.

Parágrafo 2°. Se establecen redes intramurales y extramurales conectadas a través de equipos de medicina y salud familiar acoplados con sistemas de conectividad.

Artículo 18. Red de Área de Gestión Sanitaria y Red de Prestación del Gestor. Las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria son los responsables de conformar la red de prestación de servicios de Salud de la respectiva Área de Gestión Sanitaria. Esta debe garantizar de manera integral y suficiente la prestación de servicio y tecnologías en salud que no se encuentren excluidas.

El Gestor de Servicios de Salud conformará su propia Red de Prestación de Servicios a partir de la Red de Área de Gestión Sanitaria conformando equipos de atención familiar y comunitaria, un equipo por cada 2.500 familias en cada núcleo de la red de prestación.

Para estos efectos, se deben tener en cuenta los criterios que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los Gestores de Servicios de Salud no podrán cancelar ni modificar unilateralmente dentro del término de su duración mínima, los contratos con los Prestadores de Servicios de Salud de su Red de Prestación de Servicios de Salud. Tampoco podrán modificar la Red de Prestación de Servicios de Salud que les fue aprobada dentro del término de la duración mínima establecida para su contratación, salvo por las causas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los contratos entre los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud tendrán una duración mínima de un (1) año. Dicha duración solo podrá modificarse por problemas de habilitación y desempeño de los Prestadores de Servicios de Salud, previo concepto del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo. Su desconocimiento será considerado causal de revocatoria de la autorización de operación del Gestor de Servicios de Salud en la respectiva Área de Gestión Sanitaria. Igualmente, esta entidad dirimirá los conflictos que se presenten en cumplimiento de lo aquí dispuesto.

Artículo 19. Habilitación de Prestadores y Redes de Prestación de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones para la habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y Redes de Prestadores de Servicios de salud, así como los mecanismos de verificación necesarios para su realización.

La verificación de las condiciones de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud estará a cargo de las Direcciones departamentales y distritales de

salud, o quien haga sus veces que correspondan a la respectiva Área de Gestión Sanitaria.

La verificación de las condiciones de habilitación de las Redes de Prestación de Servicios de Salud conformadas por los Gestores de Servicios de Salud estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 20. Áreas de Gestión Sanitaria. Se entiende por Áreas de Gestión Sanitaria las zonas del territorio colombiano definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en las cuales la población accede a las prestaciones individuales.

En las Áreas de Gestión Sanitaria deben converger los Prestadores de Servicios de Salud necesarios para garantizar los servicios y tecnologías, salvo aquellas que por su complejidad deban ser ofrecidas por redes o prestadores que no se encuentren en dichas áreas.

Artículo 21. Áreas de Gestión Sanitaria Especial. En aquellas zonas en las cuales, por su baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, flujo de servicios, accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, entre otros, no se garanticen los servicios y tecnologías del plan de beneficios, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá Áreas de Gestión Sanitaria especiales en las cuales operará un modelo de atención diferenciado para atender las condiciones específicas locales, en cuyo caso la organización y operación de la atención en salud podrá ser complementada con la oferta disponible de servicios de otras áreas. En las zonas de difícil acceso los Prestadores de Servicios de Salud y los Gestores de Servicios de Salud deberán contar con los elementos técnicos y los recursos necesarios para la incorporación y funcionamiento de la telemedicina.

Los servicios de salud en estas áreas serán prestados por un único operador de servicios de salud con condiciones especiales y en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual será seleccionado mediante un proceso objetivo. Definida un Área de Gestión Sanitaria especial y seleccionado el Gestor de Servicios de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social trasladará directamente los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud o Gestores de Servicios de Salud.

Parágrafo. La población privada de la libertad estará a cargo de la Unidad Administrativa Penitenciaria y Carcelaria del Ministerio de Justicia y del Derecho o quien haga sus veces, la cual se encargará de: desarrollar, dirigir, operar y controlar un sistema propio de atención y prestación de servicios de salud, financiado con los recursos del Presupuesto General de la Nación.

CAPÍTULO V

Gestores de Servicios de Salud

Artículo 22. Gestores de Servicios de Salud. Son personas jurídicas de carácter público, privado o mixto, vigilados por la Superintendencia Nacional

de Salud responsables de conformar y gestionar su Red de Prestadores de Servicios de Salud dentro de un Área de Gestión Sanitaria para garantizar las prestaciones individuales de atención en salud.

Los Gestores de Servicios de Salud privados podrán ser sociedades comerciales, organizaciones solidarias y Cajas de Compensación Familiar.

Los Gestores de Servicios de Salud tendrán un órgano colegiado de dirección y contarán con reglas de gobierno corporativo, las cuales deben hacerse públicas.

Cada Gestor de Servicios de Salud tendrá una reserva en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) la cual será definida por la Superintendencia Nacional de Salud en función del número de usuarios, el margen de solvencia y su patrimonio.

Artículo 23. Funciones de los Gestores de Servicios de Salud. Son funciones de los Gestores de Servicios de Salud las siguientes:

- a) Garantizar a sus usuarios las prestaciones individuales de salud dentro del Área de Gestión Sanitaria en la cual opere, así como en todo el territorio nacional cuando requieran transitoriamente servicios por fuera de esta, incluida la referencia y contrarreferencia dentro de las Redes de Prestación de Servicios de Salud que conformen;
- b) Ofrecer cobertura y atención de prestación de servicios de salud en todos los municipios del área donde fue autorizada su operación;
- c) Conformar y gestionar sus Redes de Prestación de Servicios de Salud que garantice el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad en la prestación de servicios individuales de salud a sus usuarios;
- d) Realizar los trámites requeridos para la prestación del servicio. Está prohibido transferir la obligación de realizar trámites administrativos internos del Gestor de Servicios de Salud y de la Red de Prestadores de Servicios de Salud a los usuarios. Su incumplimiento acarreará las sanciones establecidas en la Ley 1438 de 2011;
- e) Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus usuarios en las fases de identificación, caracterización e intervención;
- f) Suscribir contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Red de Prestación de Servicios de Salud de conformidad con lo establecido en la presente ley. Los contratos deben estar disponibles para los usuarios y agentes del Sistema en la página web de cada Gestor de Servicios de Salud;
- g) Coordinar con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en el Área de Gestión Sanitaria en que operen;
- h) Auditar las facturas por servicios prestados, realizar el reconocimiento de los montos a pagar, luego de lo cual los giros directos desde la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) a los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de la Red de Prestación de Servicios de Salud y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos;
- i) Contar con centros de atención permanente en todos los Municipios y Distritos del Área de Gestión Sanitaria en la que operen;
- j) Contar con un sistema de información al usuario sobre beneficios, Redes de Prestación de Servicios de Salud, mecanismos de acceso general y de urgencias, trámites, quejas y reclamos, entre otros, disponible en todo el territorio nacional las 24 horas del día y todos los días del año;
- k) Entregar información trimestral sobre los resultados en salud que determine el Ministerio de Salud y Protección Social;
- l) Participar y apoyar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) en los procesos operativos de afiliación;
- m) Facilitar que la información clínica de sus usuarios esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud. El Gobierno nacional definirá los estándares para su recolección, almacenamiento, seguridad y distribución;
- n) Gestionar, garantizar, hacer seguimiento y control de la información de tipo administrativo, financiero, de prestación de servicios, epidemiológico y de calidad que se genere en desarrollo de su actividad y de la de su Red de Prestación de Servicios de Salud;
- o) Cumplir con las condiciones de habilitación de orden financiero, administrativo y técnico que soporten el cumplimiento de sus obligaciones;
- p) Contar con una auditoría concurrente e independiente que vigile el cumplimiento de las metas de cobertura, resultado y calidad en el servicio, de los Prestadores de Servicios de Salud de su red;
- q) Realizar ejercicios de rendición pública de cuentas, cada doce (12) meses, sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio, gestión del riesgo financiero y en salud; utilizando para este efecto medios masivos de comunicación públicos y privados así como las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC);
- r) Tramitar las incapacidades por enfermedad general y tramitar las licencias de maternidad o paternidad a los afiliados cotizantes del Sis-

tema General de Seguridad Social en Salud y las reconocidas a víctimas, de conformidad con la delegación que determine la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Artículo 24. Comisión de Área de Gestión Sanitaria. Con la finalidad de facilitar una adecuada planificación, gestión, vigilancia y control en la operación del Sistema, se creará una Comisión en cada una de las Áreas de Gestión Sanitaria definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Esta Comisión estará integrada por dos (2) representantes de las Entidades Territoriales que comprenden el Área de Gestión Sanitaria, uno de los cuales la presidirá, por un (1) representante del Ministerio de Salud y Protección Social, dos (2) representantes de los Gestores de Servicios de Salud, un (1) representante de los Prestadores de Servicios de Salud y un (1) representante de los usuarios.

Entre sus funciones está apoyar a las autoridades competentes en los siguientes procesos:

- a) Conformación y actualización de la Red de Prestación de Servicios de Salud de la respectiva Área de Gestión Sanitaria;
- b) Monitoreo y evaluación del desempeño de los Gestores de Servicios de Salud;
- c) Monitoreo y evaluación de la suficiencia, integralidad, calidad y desempeño de las Redes de Prestación de Servicios;
- d) Apoyo en la definición, vigilancia y control de los planes y programas de salud pública;
- e) Coordinación con los diferentes sectores públicos y privados en el manejo de los determinantes sociales de la salud;
- f) Información periódica a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Comunidad el desarrollo del Sistema en la respectiva Área de Gestión Sanitaria.

La parte operativa para el desarrollo de las funciones establecidas estará a cargo de las Secretarías de Salud departamentales y distritales, o quien haga sus veces conforme a lo establecido en la Ley 715 de 2001 y de la Superintendencia Nacional de Salud según las normas vigentes.

Artículo 25. Ámbito de operación del Gestor de Servicios de Salud. Los Gestores de Servicios de Salud podrán operar en un Área de Gestión Sanitaria y constituir filiales para operar en otras Áreas de Gestión Sanitaria.

El Ministerio de Salud y Protección Social podrá definir un número adecuado de usuarios por cada Gestor de Servicios de Salud para un Área de Gestión Sanitaria, igualmente establecerá las condiciones, formas y plazos para su cumplimiento, acordes con las condiciones particulares de cada Área de Gestión Sanitaria.

Artículo 26. Habilitación de Gestores de Servicios de Salud en un Área de Gestión Sanitaria.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones mínimas de habilitación de cada Gestor de Servicios de Salud de acuerdo con las condiciones particulares de cada Área de Gestión Sanitaria.

Los criterios de habilitación deben incluir como mínimo respaldo patrimonial, margen de solvencia, reservas y capacidad de gestión administrativa y tecnológica, e integralidad y suficiencia de la Red de Prestación de Servicios de Salud. La exigencia de margen de solvencia y patrimonio técnico se calcularán en función de la gestión de riesgo en salud.

La verificación permanente del cumplimiento de las condiciones de habilitación y su cumplimiento continuo que determinen su permanencia en el Área de Gestión Sanitaria, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, para lo cual se tendrán en cuenta las recomendaciones que para el efecto señalen las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria en sus informes periódicos de evaluación y seguimiento a estas entidades.

Los propietarios, socios, accionistas o corporados, miembros de junta directiva, representantes legales y gerentes, sean personas naturales o jurídicas, de las Entidades Promotoras de Salud, que hayan sido liquidadas o intervenidas para liquidar por causales diferentes al retiro voluntario para pagar sus deudas con la Red de Prestadores de Salud, no podrán conformar o hacerse parte de los Gestores de Servicios de Salud. Esto mismo aplicará para sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero civil, primero de afinidad o cónyuge o compañero(a) permanente.

Artículo 27. Operación simultánea de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Los Gestores de Servicios de Salud deberán atender simultáneamente los afiliados de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. No obstante, deberán separar el manejo contable de ambos regímenes en unidades de negocio diferentes.

Los Gestores de Servicios de Salud que atiendan personas del Régimen Subsidiado, deberán contratar obligatoriamente con los Prestadores de Servicios de Salud públicos en proporción igual a los recursos que corresponden al número de usuarios de este régimen a su cargo. El Ministerio de Salud y Protección Social fijará criterios para que los Gestores de Servicios de Salud realicen la respectiva contratación.

Si la oferta pública disponible no es suficiente o no está disponible para la demanda requerida, el Gestor de Servicios de Salud deberá contratar el faltante con Prestadores de Servicios de Salud privados, bajo las condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo siempre en cuenta las recomendaciones realizadas por las respectivas Entidades Territoriales y la Comisión de Área de Gestión Sanitaria.

Sin perjuicio de lo anterior, el porcentaje de contratación con la red pública en el Régimen Subsidiado no podrá ser inferior al 60% de los

recursos manejados por el Gestor de Servicios de Salud provenientes de este régimen.

Artículo 28. Integración vertical. Se prohíbe la propiedad simultánea de Gestores de Servicios de Salud y Prestadores de Servicios de Salud bajo cualquier forma y proporción de participación, de manera directa o por interpuesta persona o por parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil, o por el cónyuge o compañero (a) permanente.

Parágrafo 1°. La prohibición de la integración vertical de que habla el presente artículo deberá hacerse efectiva en un plazo máximo de tres (3) años a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Parágrafo 2°. Se exceptúan de la presente prohibición las Cajas de Compensación Familiar, los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud cuando estos dos últimos sean de naturaleza pública o mixta, siempre y cuando el capital público sea igual o superior al 50%.

Artículo 29. Ingresos de los Gestores de Servicios de Salud. Cada Gestor de Servicios de Salud, en una determinada Área de Gestión Sanitaria, tendrá derecho a los siguientes ingresos, atendiendo los porcentajes o montos que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social:

a) Una suma fija para financiar los gastos de administración definida con base en el número de usuarios.

Parágrafo 1°. De conformidad con la naturaleza jurídica de cada entidad los excedentes y/o utilidades solo se liquidarán al cierre de la vigencia fiscal previo el cumplimiento del régimen patrimonial, de reservas y margen de solvencia que para el efecto reglamente el Gobierno nacional.

Parágrafo 2°. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) será responsable de la gestión financiera de los recursos, de la realización de los pagos que ordene el Gestor de Servicios de Salud y de la administración de las reservas. Las decisiones de prestación de servicio, de calidad, y de responsabilidad médica y de auditoría serán responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, quienes rendirán cuentas de estas decisiones al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 30. Pago a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores. Los Gestores de Servicios de Salud definirán con cada uno de los Prestadores de Servicios de Salud que integran su red y los Proveedores, los mecanismos y las formas de pago.

Los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud podrán pactar al momento de la contratación indicadores de desempeño e incentivos sujetos a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) podrá retener una porción del giro al Prestador de Servicios de Salud cuando este no remita en la forma, oportunidad y periodicidad la información solicitada.

Parágrafo 1°. Las obligaciones derivadas de las prestaciones de servicios de salud prescribirán en doce (12) meses contados a partir de la fecha de finalización de la prestación del servicio. Estos valores deberán provisionarse contablemente.

Parágrafo 2°. Los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores deberán enviar a los gestores de servicios de salud todas las facturas de los bienes entregados y servicios de salud prestados. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) girará el valor correspondiente previa autorización del Gestor de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares de las facturas y la codificación para todos los bienes y servicios de salud.

Artículo 31. Sistema de pago por desempeño. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por desempeño que incentive a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud 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.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología, el conjunto de indicadores de desempeño y el esquema de incentivos para la implementación progresiva del sistema. Estos 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; en el mejoramiento de la calidad de la atención, la experiencia y satisfacción del usuario; y en la adecuada gestión de los recursos.

El nivel de cumplimiento de estos indicadores por un Gestor de Servicios de Salud afectará un porcentaje de los gastos de administración de la forma como lo defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Los resultados del sistema estarán disponibles para consulta pública.

La información relativa a los indicadores y demás necesaria para lo dispuesto en el presente artículo será suministrada, entre otros, por los Gestores de Servicios de Salud.

Parágrafo. Dentro del diseño de indicadores de desempeño se tendrán en cuenta las acciones y los resultados en salud de las niñas, los niños y adolescentes, así como la calidad de atención en salud para esta población.

Artículo 32. Garantía de prestación del servicio en condiciones excepcionales y transitorias. Cuando de manera permanente o transitoria se presenten condiciones que puedan poner en riesgo

el acceso a la prestación de los servicios de salud, en especial, la disponibilidad u operación de los Gestores de Servicios de Salud, limitaciones en la oferta de servicios o en acceso, por dispersión o desplazamiento de la población o por emergencia sanitaria, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá autorizar, de manera temporal, a otros Gestores de Servicios de Salud o a las Entidades Territoriales, para que asuman la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud a los usuarios afectados por esta situación.

Artículo 33. Ajuste y redistribución de riesgo. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los mecanismos de ajuste y redistribución de riesgo entre los Gestores de Servicios de Salud tomando en cuenta criterios etarios, poblacionales, geográficos, epidemiológicos o de alto costo por frecuencia de eventos o patologías.

CAPÍTULO VI

Disposiciones finales y transitorias

Artículo 34. Plazo para la implementación de la ley. La presente ley para su implementación tendrá un plazo máximo de tres (3) años, salvo en aquellos casos para los cuales se haya establecido un término o condición específica. El Gobierno nacional hará las apropiaciones presupuestales necesarias para su financiación.

Artículo 35. Creación y habilitación de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. No se permitirá la creación de ningún tipo de Entidades Promotoras de Salud.

Durante el período de transición no se podrán efectuar traslados, ampliaciones de cobertura y movimientos de usuarios, salvo que se trate de circunstancias excepcionales determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 36. Transformación o liquidación de las actuales Entidades Promotoras de Salud. Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de tres (3) años para transformarse en Gestores de Servicios de Salud de conformidad con lo dispuesto en la presente ley. Las Entidades Promotoras de Salud que no se transformen en el plazo señalado en el presente artículo se disolverán y liquidarán.

Las Entidades Promotoras de Salud que se transformen en Gestores de Servicios de Salud podrán conservar sus afiliados dentro del área donde fueron autorizados para operar.

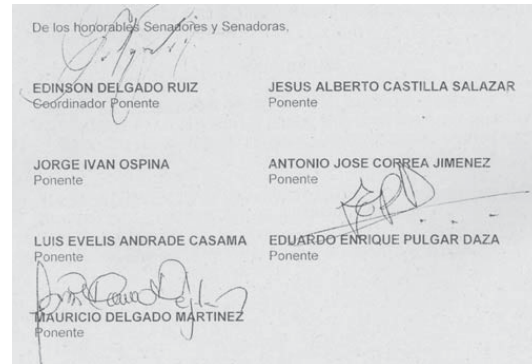
Durante el período de transición las Entidades Promotoras de Salud deberán mantener las condiciones de habilitación financiera relacionadas con el patrimonio y el margen de solvencia que tenían al momento de la entrada en vigencia de la presente ley.

El Gobierno nacional definirá los procesos que se deberán surtir durante la transición para la afiliación, traslados y movimientos de afiliados de las actuales Entidades Promotoras de Salud, así como para

garantizar la prestación de los servicios médicos y tratamientos en curso de los afiliados al Sistema que no hayan elegido Gestor de Servicios de Salud.

Artículo 37. Vigencias y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

De los honorables Senadores y Senadoras,



LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los catorce (14) días del mes de diciembre del año dos mil diecisiete (2017)

En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**, el siguiente informe de ponencia para primer debate y texto propuesto para primer debate.

Número del Proyecto de ley: número 72 de 2017 Senado.

Título del proyecto: *por medio de la cual se define el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*

NOTA SECRETARIAL

Suscritas por los honorables Senadores: *Édinson Delgado Ruiz* (Coordinador Ponente), *Eduardo Enrique Pulgar Daza* y *Javier Mauricio Delgado Martínez*, radicaron informe de ponencia positiva, para primer debate, radicada el día cinco (5) diciembre de dos mil diecisiete (2017).

Los honorables Senadores *Jesús Alberto Castilla Salazar*, *Jorge Iván Ospina Gómez* y *Antonio José Correa Jiménez*, no refrendaron el presente informe de ponencia.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 129 DE 2017 SENADO, 095 DE 2016 CÁMARA

por medio de la cual se establece la estabilidad laboral reforzada en favor de la mujer vinculada mediante contrato de prestación de servicios cuando sobrevenga el embarazo o la lactancia y se dictan otras disposiciones.

Doctora

NADIA BLEL SCAFF

Presidente Comisión Séptima Constitucional Permanente

Senado de la República

Ciudad

Referencia: Informe de ponencia para primer debate al **Proyecto de ley número 129 de 2017 Senado, 095 de 2016 Cámara**, por medio de la cual se establece la estabilidad laboral reforzada en favor de la mujer vinculada mediante contrato de prestación de servicios cuando sobrevenga el embarazo o la lactancia y se dictan otras disposiciones.

Antecedentes y trámite surtido del proyecto de ley

Esta iniciativa se presentó por los honorables Representantes Guillermina Bravo Montaña, Ana Paola Agudelo García, Carlos Eduardo Guevara Villabón, Clara Leticia Rojas González, Flora Perdomo Andrade, Jorge Camilo Abril y Nancy Castillo García; y el honorable Senador Luis Évelis Andrade Casama. Dicho proyecto fue radicado en el Senado el día 20 de septiembre de 2017 y en la Comisión Séptima Constitucional del Senado el día 21 de septiembre de 2017, texto de Cámara publicado en la *Gaceta del Congreso* número 095 de 2016.

El proyecto fue enviado a la Comisión Séptima del Senado de la República el 21 de septiembre de 2017, donde fuimos designados como ponentes.

2. Objeto del proyecto de ley

El presente proyecto tiene como objeto el establecimiento de la estabilidad laboral reforzada o fuero de maternidad en favor de la mujer vinculada mediante contrato de prestación de servicios cuando sobrevenga el embarazo o la lactancia, esto al establecer que las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado que suscriban contratos de prestación de servicios garantizarán la estabilidad laboral reforzada o fuero de maternidad a la contratista durante la etapa del embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia.

3. Contenido y Marco Jurídico del Proyecto
Contenido

El proyecto de ley puesto a consideración del honorable Congreso de la República establece acciones en favor de la mujer vinculada mediante contrato de prestación, como es una estabilidad laboral reforzada o fuero por maternidad, consiste

en que cuando sobrevenga el embarazo o la lactancia, garantizar la no finalización de su vínculo contractual para proteger a la madre y al nasciturus

De igual manera, la iniciativa contiene que las personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado que suscriban contratos de prestación de servicios reconocerán el fuero por maternidad a la mujer contratista, en la etapa del embarazo, del parto, el puerperio y la lactancia.

Asimismo, contiene que la terminación del contrato de manera unilateral por el contratante con ocasión del embarazo o la lactancia, se presumirá como un acto de discriminación por razón de la maternidad, y por ello ineficaz, dando paso que la afectada pueda acudir ante las autoridades competentes para solicitar la protección de sus derechos y del que está por nacer.

Con la promulgación de la ley, la estabilidad laboral reforzada creada por el embarazo o la lactancia daría lugar al reconocimiento de una licencia por maternidad equivalente a catorce (14) semanas. En caso de nacimiento de un hijo prematuro, en la licencia por maternidad se tendrá en cuenta la diferencia entre la fecha gestacional y el nacimiento a término, tiempo que será sumado a las catorce (14) semanas que se establecen en la presente ley; y cuando se trate de un parto múltiple, se tendrá en cuenta lo establecido sobre el nacimiento de un hijo prematuro, ampliando la licencia en dos (2) semanas más.

Por otro lado, el proyecto de ley contempla que la cotización al Sistema de Seguridad Social en Salud se liquidará sobre el valor del respectivo contrato mientras dure la licencia de maternidad. De igual manera, las partes contratantes podrán acordar el tiempo otorgado para amamantar a su hijo o hijos. La iniciativa señala que en caso de incumplimiento, se ocasionará el pago de una indemnización por perjuicios, que no podrá ser inferior al saldo del valor total del contrato.

Según la iniciativa, las provisiones y garantías se hacen extensivas a la madre adoptante, asimilando la fecha del parto a la de la entrega oficial del menor que se adopta. La licencia se extiende al padre adoptante sin cónyuge o compañera permanente. En el caso del contratista varón, tendrá derecho a una licencia por paternidad en caso de nacimiento de un hijo o hija por el término de ocho (8) días hábiles; el reconocimiento y pago de la licencia por paternidad estará a cargo de la EPS a la cual esté afiliado el contratista.

Por último, la iniciativa establece que a ninguna mujer vinculada mediante contrato se le podrá dar por terminado el vínculo contractual por motivo de embarazo o lactancia, y tampoco se le dejará de renovar el contrato, por igual o superior plazo al inicial, cuando subsistan las causas que dieron origen al mismo, y la trabajadora haya cumplido con las obligaciones contractuales. En caso de que el contratante quiera dar por terminado el contrato

por incumplimiento de las obligaciones, se deberá obtener la autorización de la autoridad competente.

Marco Jurídico

En el presente proyecto de ley es válido una presentación de normas y jurisprudencia tales como la Sentencia T-092 de 2016 de la Honorable Corte Constitucional, artículos 42 y 43 de la Constitución Política, que nos sirven de lineamientos para determinar la validez jurídica y la constitucionalidad que ha otorgado la estabilidad laboral reforzada a la mujer en estado de embarazo o en período de lactancia en Colombia en materia laboral, bien sea que se desenvuelvan en el sector público o privado, así como a las vinculadas mediante contrato de prestación de servicio o cualquier modalidad laboral que exista. También es concreto traer a colación el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de Derechos Civiles y Políticos**, el cual en su artículo 10 numeral 2, Colombia se compromete a *conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social.*

Recientemente, la Corte Constitucional en Sentencia T-344 de 2016 se pronunció en cuanto a la estabilidad reforzada que genera cualquier condición de vulnerabilidad de la siguiente forma:

El artículo 61 del Código Sustantivo del Trabajo establece que la relación laboral culminará “por terminación de la obra o labor contratada”. No obstante, la Corte Constitucional ha reiterado que cuando se esté ante un sujeto de especial protección constitucional, el empleador no puede alegar como causal de terminación del contrato el término pactado o la culminación de la obra o labor por la cual fue vinculado, pues la facultad que tienen las partes y en especial los patronos de optar por una modalidad contractual que permita limitar el tiempo de los contratos, se ve delimitada por las normas constitucionales que tutelan el derecho a la estabilidad laboral reforzada, para aquellos grupos de especiales condiciones^{[3][3]}.

Lo anterior tiene como fundamento la protección al derecho a la estabilidad laboral reforzada, como parte integral del derecho constitucional al trabajo y las garantías que se desprenden de este^{[4][4]}, con el que se pretende erradicar cualquier forma de discriminación, por razones físicas o fisiológicas.

Además, la Corte Constitucional en Sentencia de Unificación número 070 de 2013, expresó:

“La protección a la mujer durante el embarazo y la lactancia tiene múltiples fundamentos en nuestro ordenamiento constitucional. En primer lugar, el artículo 43 contiene un deber específico estatal en este sentido cuando señala que la mujer durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. Este enunciado

*constitucional implica a su vez dos obligaciones: la especial protección estatal de la mujer embarazada y lactante, sin distinción, y un deber prestacional también a cargo del Estado: otorgar un subsidio cuando esté desempleada o desamparada. En el mismo sentido, el Estado colombiano se ha obligado internacionalmente a garantizar los derechos de las mujeres durante el periodo de gestación y lactancia. Existe una obligación general y objetiva de protección a la mujer embarazada y lactante a cargo del Estado. Es decir, se trata de una protección no solo de aquellas mujeres que se encuentran en el marco de una relación laboral sino, en general, de todas las mujeres. El segundo fundamento constitucional es la protección de la mujer embarazada o lactante de la discriminación en el ámbito del trabajo, habitualmente conocida como fuero de maternidad. **El fin de la protección en este caso es impedir la discriminación constituida por el despido, la terminación o la no renovación del contrato por causa o con ocasión del embarazo o la lactancia.** (Negrita y subrayado fuera de texto).*

En la misma Sentencia, la Corte Constitucional luego aclara:

Respecto de algunas modalidades de vinculación, el ordenamiento jurídico colombiano les confiere a los empleadores cierta libertad para no prorrogar los contratos a término fijo que suscriben con los(as) trabajadores. Esta libertad, sin embargo, no es ilimitada y tampoco puede entenderse con independencia de los efectos que la misma esté llamada a producir sobre la relación entre unos y otros. En aquellos eventos en los cuales el ejercicio de la libertad contractual trae como consecuencia la vulneración o el desconocimiento de valores, principios o derechos constitucionales fundamentales, entonces la libertad contractual debe ceder. En ese orden de argumentación, ha dicho la Corte Constitucional que la protección de estabilidad laboral reforzada a favor de las mujeres trabajadoras en estado de gravidez se extiende también a las mujeres vinculadas por modalidades distintas a la relación de trabajo, e incluso por contratos de trabajo o prestación a término fijo. Esto responde igualmente a la garantía establecida en el artículo 53 de la Constitución, de acuerdo con la cual debe darse prioridad a la aplicación del principio de estabilidad laboral y de primacía de la realidad sobre las formas así como a la protección de la mujer y de la maternidad (artículo 43 C. N.).

Dentro de los argumentos, los autores señalan que la Corte Constitucional ha señalado las circunstancias en que procede el reintegro o renovación del contrato laboral cuando se configuren las siguientes situaciones:

- a) *Que el despido se ocasione durante el período amparado por el fuero de maternidad, esto es, que se produce en la época del embarazo o dentro de los tres meses siguientes al parto;*
- b) *Que a la fecha del despido el empleador conocía o debía conocer la existencia del esta-*

- do de gravidez, pues la trabajadora notificó su estado oportunamente y en las condiciones que establece la ley;
- c) *Que el despido sea una consecuencia del embarazo, por ende que el despido no está directamente relacionado con una causal objetiva y relevante que lo justifique;*
- d) *Que no medie autorización expresa del inspector del trabajo si se trata de trabajadora oficial o privada, o resolución motivada del jefe del respectivo organismo si se trata de empleada pública^[5];*
- e) *Que el despido amenace el mínimo vital de la actora o del niño que está por nacer.*

Además, la Corte Constitucional en Sentencia T-987 de 2008 fue enfática en señalar que donde “exista una relación laboral, cualquiera que ella sea, es predicable de la mujer embarazada el derecho a una estabilidad laboral reforzada, como una consecuencia del principio de igualdad, y por ende, su relación laboral no puede quedar ni suspendida ni anulada al punto de que se afecte su condición de mujer en estado de embarazo, toda vez

que al margen del tipo de relación laboral que esté operando, durante el periodo de embarazo la mujer es acreedora de un derecho especial de asistencia y estabilidad reforzada, que obliga, en el evento de ser despedida, a apelar a una presunción de despido por discriminación en razón del embarazo, siendo el empleador quien asuma la carga de la prueba que sustente el factor objetivo que le permita su despido de manera legal”.

Observando las normas antes expuestas, y de acuerdo a lo establecido en la Constitución Política, que señala que ninguna mujer podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación, se podría concluir que las mujeres que suscriben los contrato de prestación de servicios están siendo discriminadas frente a las que suscriben contratos regulados por normas laborales, ya que las primeras no tiene ninguna garantía de que su contrato no se dé por terminado o no se renueve como consecuencia de su estado de embarazo, así como de disfrutar la licencia de maternidad cuando a esta hay lugar, puesto que por regla general deben acudir a la acción de tutela para que se les ampare el derecho.

PLIEGO DE MODIFICACIONES

TEXTO APROBADO EN PLENARIA DE CÁMARA	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE SENADO P. L. 129 DE 2017	OBSERVACIONES
<p>Artículo 4°. <i>Descanso remunerado en la época del parto.</i> A partir de la promulgación de la presente ley, la mujer en estado de embarazo vinculada mediante contrato de prestación de servicios tendrá derecho a</p> <p>1. El reconocimiento de una licencia remunerada por maternidad de dieciocho (18) semanas en la época de parto.</p> <p>2. En caso de nacimiento de un hijo prematuro, en la licencia por maternidad se tendrá en cuenta la diferencia entre la fecha gestacional y el nacimiento a término, tiempo que será sumado a las dieciocho (18) semanas que se establecen en la presente ley.</p> <p>3. Cuando se trate un parto múltiple, se tendrá en cuenta lo establecido en el numeral anterior sobre el nacimiento de un hijo prematuro, ampliando la licencia en dos (2) semanas más.</p> <p>4. Todas las provisiones y garantías establecidas para la madre biológica se hacen extensivas, en los mismos términos y en cuanto fuere procedente, a la madre adoptante, asimilando la fecha del parto a la de la entrega oficial del menor que se adopta. La licencia se extiende al padre adoptante sin cónyuge o compañera permanente.</p>	<p>Artículo 4°. <i>Descanso remunerado en la época del parto.</i> A partir de la promulgación de la presente ley, la mujer en estado de embarazo vinculada mediante contrato de prestación de servicios tendrá derecho a</p> <p>1. El reconocimiento de una licencia remunerada por maternidad de dieciocho (18) semanas en la época de parto.</p> <p>2. En caso de nacimiento de un hijo prematuro, en la licencia por maternidad se tendrá en cuenta la diferencia entre la fecha gestacional y el nacimiento a término, tiempo que será sumado a las dieciocho (18) semanas que se establecen en la presente ley.</p> <p>3. Cuando se trate un parto múltiple, se tendrá en cuenta lo establecido en el numeral anterior sobre el nacimiento de un hijo prematuro, ampliando la licencia en dos (2) semanas más.</p> <p>4. Todas las provisiones y garantías establecidas para la madre biológica se hacen extensivas en los mismos términos, y en cuanto fuere procedente, a la madre adoptante, asimilando la fecha del parto a la de la entrega oficial del menor que se adopta. La licencia se extiende al padre adoptante sin cónyuge o compañera permanente.</p>	<p>Teniendo en cuenta la sentencia de la Corte Constitucional T-368/2015, donde reitera el pago proporcional de la licencia cuando faltan más de dos meses por cotizar durante el periodo de gestación.</p>

<p>TEXTO APROBADO EN PLENARIA DE CÁMARA</p>	<p>TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE SENADO P. L. 129 DE 2017</p>	<p>OBSERVACIONES</p>
<p>Parágrafo 1°. Para el otorgamiento de la licencia por maternidad de que trata el presente artículo, la contratista debe presentar al contratante un certificado médico en el cual debe constar</p> <p>a) El estado de embarazo de la contratista;</p> <p>b) La indicación del día probable del parto, y</p> <p>c) La indicación del día desde el cual debe empezar la licencia, teniendo en cuenta que, por lo menos, ha de iniciarse dos semanas antes del parto.</p> <p>Parágrafo 2°. Para el reconocimiento y pago de lo dispuesto en el numeral 2 de este artículo, se debe anexar el certificado de nacido vivo y la certificación expedida por el médico tratante en la cual se identifique diferencia entre la edad gestacional y el nacimiento a término, con el fin de determinar en cuántas semanas se debe ampliar la licencia de maternidad.</p> <p>Parágrafo 3°. La contratista que haga uso del descanso remunerado en la época del parto tomará las dieciocho (18) semanas de licencia a que tiene derecho, de la siguiente forma:</p> <p>a) Licencia de maternidad preparto. Esta será de una (1) semana con anterioridad a la fecha probable del parto debidamente acreditada. Si por alguna razón médica la futura madre requiere una semana adicional previa al parto, podrá gozar de las dos (2) semanas, con dieciséis (16) posparto. Si en caso diferente, por razón médica no puede tomar la semana previa al parto, podrá disfrutar las dieciocho (18) semanas en el posparto inmediato.</p> <p>b) Licencia de maternidad posparto. Esta licencia tendrá una duración normal de diecisiete (17) semanas contadas desde la fecha del parto, o de dieciséis (16) o dieciocho (18) semanas por decisión médica, de acuerdo en lo previsto en el literal anterior.</p> <p>De las dieciocho (18) semanas de licencia remunerada, la semana anterior al probable parto será de obligatorio goce en caso de que el médico tratante prescriba algo diferente. La licencia remunerada de que habla este artículo es incompatible con la licencia de calamidad doméstica y en caso de haberse solicitado esta última por el nacimiento de un hijo, estos días serán descontados de la misma.</p>	<p>Parágrafo 1°. Para el otorgamiento de la licencia por maternidad de que trata el presente artículo, la contratista debe presentar al contratante un certificado médico en el cual debe constar</p> <p>a) El estado de embarazo de la contratista;</p> <p>b) La indicación del día probable del parto, y</p> <p>c) La indicación del día desde el cual debe empezar la licencia, teniendo en cuenta que, por lo menos, ha de iniciarse dos semanas antes del parto.</p> <p>Parágrafo 2°. Para el reconocimiento y pago de lo dispuesto en el numeral 2 de este artículo, se debe anexar el certificado de nacido vivo y la certificación expedida por el médico tratante en la cual se identifique diferencia entre la edad gestacional y el nacimiento a término, con el fin de determinar en cuántas semanas se debe ampliar la licencia de maternidad.</p> <p>Parágrafo 3°. La contratista que haga uso del descanso remunerado en la época del parto tomará las dieciocho (18) semanas de licencia a que tiene derecho, de la siguiente forma:</p> <p>a) Licencia de maternidad preparto. Esta será de una (1) semana con anterioridad a la fecha probable del parto debidamente acreditada. Si por alguna razón médica la futura madre requiere una semana adicional previa al parto, podrá gozar de las dos (2) semanas, con dieciséis (16) posparto. Si en caso diferente, por razón médica no puede tomar la semana previa al parto, podrá disfrutar las dieciocho (18) semanas en el posparto inmediato.</p> <p>b) Licencia de maternidad posparto. Esta licencia tendrá una duración normal de diecisiete (17) semanas contadas desde la fecha del parto, o de dieciséis (16) o dieciocho (18) semanas por decisión médica, de acuerdo en lo previsto en el literal anterior.</p> <p>De las dieciocho (18) semanas de licencia remunerada, la semana anterior al probable parto será de obligatorio goce en caso de que el médico tratante prescriba algo diferente. La licencia remunerada de que habla este artículo es incompatible con la licencia de calamidad doméstica y en caso de haberse solicitado esta última por el nacimiento de un hijo, estos días serán descontados de la misma.</p>	

TEXTO APROBADO EN PLENARIA DE CÁMARA	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE SENADO P. L. 129 DE 2017	OBSERVACIONES
<p>Parágrafo 4°. El aporte al Sistema de Seguridad Social en Salud durante el tiempo que dure la licencia por maternidad se liquidará sobre el valor que cotice el contratista.</p> <p>Parágrafo 5°. El reconocimiento y pago de la licencia por maternidad de que trata este artículo estará a cargo de la EPS a la cual esté afiliada la contratista, para lo cual se requerirá que la madre haya estado cotizando efectivamente durante las semanas previas al reconocimiento de la licencia remunerada de maternidad.</p>	<p>Parágrafo 4°. El aporte al Sistema de Seguridad Social en Salud durante el tiempo que dure la licencia por maternidad se liquidará sobre el valor que cotice el contratista.</p> <p><u>Parágrafo 5°. El reconocimiento y pago de la licencia por maternidad que trata este artículo estará a cargo de la EPS a la cual esté afiliada la contratista, la cual dispondrá el reconocimiento del pago del 100% de la licencia remunerada siempre que la madre haya cotizado mínimo durante 7 meses en el periodo de gestación; de lo contrario, el pago se hará proporcional al tiempo que cotizó durante su embarazo.</u></p>	
<p>Artículo 5°. <i>Permiso para lactancia.</i> El contratante garantizará el tiempo de lactancia durante los primeros seis meses de edad. El tiempo será convenido con el contratante.</p>	<p>Artículo 5°. <i>Tiempo para lactancia.</i> El contratante garantizará el tiempo de lactancia durante los primeros seis meses de edad. El tiempo será convenido con el contratante.</p>	Se cambia la palabra permiso por tiempo.
<p>Artículo 6°. <i>Licencia por paternidad.</i> A partir de la promulgación de la presente ley, el contratista varón tendrá derecho a una licencia por paternidad en caso de nacimiento de un hijo o hija por el término de ocho (8) días hábiles.</p> <p>Parágrafo. El reconocimiento y pago de la licencia por paternidad estará a cargo de la EPS a la cual esté afiliado el contratista, para lo cual se requerirá que el padre haya estado cotizando efectivamente durante las semanas previas al reconocimiento de la licencia remunerada de paternidad y la presentación del Registro Civil de Nacimiento, el cual deberá presentarse a la EPS a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha de nacimiento del menor.</p> <p>Esta licencia remunerada es incompatible con la licencia de calamidad doméstica y en caso de haberse solicitado esta última por el nacimiento del hijo, estos días serán descontados de la licencia remunerada de paternidad.</p> <p>En el caso de los niños prematuros y adoptivos se aplicará lo establecido en este parágrafo.</p>	<p>Artículo 6°. <i>Licencia por paternidad.</i> A partir de la promulgación de la presente ley, el contratista varón tendrá derecho a una licencia por paternidad en caso de nacimiento de un hijo o hija por el término de ocho (8) días hábiles.</p> <p>Parágrafo. El reconocimiento y pago de la licencia <u>remunerada</u> por paternidad será a cargo de la EPS, <u>la cual dispondrá el reconocimiento del pago del 100% de la licencia remunerada siempre que el contratista haya cotizado mínimo durante 7 meses en el periodo de gestación de la madre; de lo contrario, el pago se hará proporcional al tiempo que cotizó durante dicho periodo.</u></p> <p><u>El único soporte válido para el otorgamiento de licencia remunerada de paternidad es el Registro Civil de Nacimiento.</u> el cual deberá presentarse a la EPS a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha del nacimiento del menor.</p> <p>Esta licencia remunerada es incompatible con la licencia de calamidad doméstica y en caso de haberse solicitado esta última por el nacimiento del hijo, estos días serán descontados de la licencia remunerada de paternidad.</p> <p>En el caso de los niños prematuros y adoptivos se aplicará lo establecido en este parágrafo.</p>	Para adecuar según la sentencia de la Corte Constitucional T-368/2015, donde reitera el pago proporcional de la licencia cuando faltan más de dos meses por cotizar durante el periodo de gestación.

TEXTO APROBADO EN PLENARIA DE CÁMARA	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE SENADO P. L. 129 DE 2017	OBSERVACIONES
<p>Artículo 7°. <i>Prohibición de terminación del contrato.</i> A partir de la promulgación de la presente ley, a ninguna mujer vinculada mediante contrato de prestación de servicio se le podrá dar por terminado el vínculo contractual por motivo de embarazo o lactancia. Así mismo, no se le dejará de renovar el contrato, por igual o superior plazo al inicial, cuando subsistan las causas que dieron origen al mismo y la contratista ha cumplido satisfactoriamente las obligaciones contractuales.</p> <p>Parágrafo 1°. Se presume que la terminación del contrato es por motivo de embarazo o lactancia cuando ha tenido lugar dentro del periodo del embarazo o dentro de los tres meses posteriores al parto, y sin autorización de la autoridad competente de que trata el artículo siguiente.</p> <p>Parágrafo 2°. El incumplimiento de lo dispuesto en esta ley acarreará el pago de una indemnización por perjuicios, que en ningún caso podrá ser inferior al saldo del valor total del contrato.</p> <p>Parágrafo 3°. La contratista tendrá derecho al pago de las dieciocho (18) semanas de descanso remunerado a que hace referencia la presente ley, si no ha disfrutado de su licencia por maternidad; en caso de parto múltiple, tendrá el derecho al pago de dos (2) semanas adicionales y, en caso de que el hijo sea prematuro, al pago de la diferencia de tiempo entre la fecha del alumbramiento y el nacimiento a término.</p>	<p>Artículo 7°. <i>Prohibición de terminación del contrato.</i> A partir de la promulgación de la presente ley, a ninguna mujer vinculada mediante contrato de prestación de servicios, se le podrá dar por terminado el vínculo contractual por motivo de embarazo o lactancia. Así mismo, no se le dejará de renovar el contrato cuando subsistan las causas que dieron origen al mismo y la contratista ha cumplido satisfactoriamente las obligaciones contractuales.</p> <p>Parágrafo 1°. Se presume que la terminación del contrato es por motivo de embarazo o lactancia, cuando ha tenido lugar dentro del período del embarazo o dentro de los tres meses posteriores al parto, y sin autorización de la autoridad competente de que trata el artículo siguiente.</p> <p>Parágrafo 2°. El incumplimiento de lo dispuesto en esta ley acarreará el pago de una indemnización por perjuicios, que en ningún caso podrá ser inferior al saldo del valor total del contrato.</p> <p><u>Parágrafo 3°. La contratista que por alguna razón no disfrute de la semana preparto obligatoria, y/o de algunas de las dieciocho (18) semanas de descanso, tendrá derecho al pago de las semanas que no gozó de licencia. En caso de parto múltiple, tendrá el derecho al pago de dos (2) semanas adicionales y, en caso de que el hijo sea prematuro, al pago de la diferencia de tiempo entre la fecha del alumbramiento y el nacimiento a término.</u></p>	<p>Para adecuar conforme a la Ley 1822 de 2017.</p>

6. Proposición

En virtud de las consideraciones expuestas y con base en lo dispuesto en la Constitución y la ley, nos permitimos rendir ponencia favorable y en consecuencia solicitamos a los honorables miembros de la Comisión Séptima Constitucional, **dar primer debate al Proyecto de ley número 129 de 2017, Senado 095 de 2017 Cámara, por medio de la cual se establece la estabilidad laboral reforzada en favor de la mujer vinculada mediante contrato de prestación de servicios cuando sobrevenga el embarazo o la lactancia y se dictan otras disposiciones** con base en el texto propuesto que se adjunta y que forma parte integral del presente Informe de Ponencia.

Atentamente,

Yamina Pestana R.
 YAMINA PESTANA ROJAS
 SENADORA DE LA REPÚBLICA
 COORDINADORA PONENTE

Luis Evelis Andrade Casama
 LUIS EVELIS ANDRADE CASAMA
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 PONENTE

Antonio José Correa Jimenez
 ANTONIO JOSÉ CORREA JIMENEZ
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 PONENTE

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 129 DE 2017 SENADO, 095 DE 2016 CÁMARA

por medio de la cual se establece la estabilidad laboral reforzada en favor de la mujer vinculada mediante contrato de prestación de servicios cuando sobrevenga el embarazo o la lactancia y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto de la ley.* La presente ley tiene por objeto establecer la estabilidad laboral reforzada o fuero de maternidad en favor de la mujer vinculada mediante contrato de prestación de servicios, cuando sobrevenga el embarazo o la lactancia.

Artículo 2°. *Campo de aplicación.* A partir de la promulgación de la presente ley, las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado que suscriban contratos de prestación de servicios garantizarán la estabilidad laboral reforzada o fuero de maternidad a la contratista durante la etapa del embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia.

El Ministerio de Salud y Protección Social deberá determinar acorde a los criterios médicos pertinentes las definiciones y periodos de tiempo que comprenden las etapas enunciadas en el primer inciso del presente artículo en un término no superior a seis (6) meses.

Artículo 3°. *Presunción de discriminación por razón de la maternidad.* Cuando el contrato de prestación de servicios se dé por terminado unilateralmente por parte del contratante con ocasión o durante el embarazo o la lactancia, se presumirá como un acto de discriminación por razón de la maternidad y, en consecuencia, se considerará ineficaz, pudiendo la afectada acudir ante las autoridades competentes en demanda de protección de su derecho fundamental a una estabilidad laboral reforzada, al reconocimiento del mínimo vital y a la protección del que está por nacer.

En todo caso, la falta de conocimiento por parte del contratante del estado de embarazo de la contratista dará lugar a una protección más débil, basada en el principio de solidaridad y en la garantía de estabilidad laboral reforzada o fuero de maternidad en favor de la mujer vinculada mediante contrato de prestación de servicios.

Artículo 4°. *Descanso remunerado en la época del parto.* A partir de la promulgación de la presente ley, la mujer en estado de embarazo vinculada mediante contrato de prestación de servicios tendrá derecho a

1. El reconocimiento de una licencia remunerada por maternidad de dieciocho (18) semanas en la época de parto.
2. En caso de nacimiento de un hijo prematuro, en la licencia por maternidad se tendrá en cuenta la diferencia entre la fecha gestacional y el nacimiento a término, tiempo que será sumado a las dieciocho (18) semanas que se establecen en la presente ley.
3. Cuando se trate un parto múltiple, se tendrá en cuenta lo establecido en el numeral anterior sobre el nacimiento de un hijo prematuro, ampliando la licencia en dos (2) semanas más.
4. Todas las provisiones y garantías establecidas para la madre biológica se hacen extensivas en los mismos términos y, en cuanto fuere procedente, a la madre adoptante, asimilando la fecha del parto a la de la entrega oficial del menor que se adopta. La licencia se extiende al padre adoptante sin cónyuge o compañera permanente.

Parágrafo 1°. Para el otorgamiento de la licencia por maternidad de que trata el presente artículo, la contratista debe presentar al contratante un certificado médico en el cual debe constar

- a) El estado de embarazo de la contratista;
- b) La indicación del día probable del parto, y
- c) La indicación del día desde el cual debe empezar la licencia, teniendo en cuenta que, por

lo menos, ha de iniciarse dos semanas antes del parto.

Parágrafo 2°. Para el reconocimiento y pago de lo dispuesto en el numeral 2 de este artículo, se debe anexar el certificado de nacido vivo y la certificación expedida por el médico tratante en la cual se identifique diferencia entre la edad gestacional y el nacimiento a término, con el fin de determinar en cuántas semanas se debe ampliar la licencia de maternidad.

Parágrafo 3°. La contratista que haga uso del descanso remunerado en la época del parto tomará las dieciocho (18) semanas de licencia a que tiene derecho, de la siguiente forma:

- a) Licencia de maternidad preparto. Esta será de una (1) semana con anterioridad a la fecha probable del parto debidamente acreditada. Si por alguna razón médica la futura madre requiere una semana adicional previa al parto, podrá gozar de las dos (2) semanas, con dieciséis (16) posparto. Si en caso diferente, por razón médica no puede tomar la semana previa al parto, podrá disfrutar las dieciocho (18) semanas en el posparto inmediato.
- b) Licencia de maternidad posparto. Esta licencia tendrá una duración normal de diecisiete (17) semanas contadas desde la fecha del parto, o de dieciséis (16) o dieciocho (18) semanas por decisión médica, de acuerdo con lo previsto en el literal anterior.

De las dieciocho (18) semanas de licencia remunerada, la semana anterior al probable parto será de obligatorio goce en caso de que el médico tratante prescriba algo diferente. La licencia remunerada de que habla este artículo es incompatible con la licencia de calamidad doméstica y en caso de haberse solicitado esta última por el nacimiento de un hijo, estos días serán descontados de la misma.

Parágrafo 4°. El aporte al Sistema de Seguridad Social en Salud durante el tiempo que dure la licencia por maternidad se liquidará sobre el valor que cotice el contratista.

Parágrafo 5°. El reconocimiento y pago de la licencia por maternidad que trata este artículo estará a cargo de la EPS a la cual esté afiliada la contratista, la cual dispondrá el reconocimiento del pago del 100% de la licencia remunerada siempre que la madre haya cotizado mínimo durante 7 meses en el periodo de gestación; de lo contrario, el pago se hará proporcional al tiempo que cotizó durante su embarazo.

Artículo 5°. *Tiempo para lactancia.* El contratante garantizará el tiempo de lactancia durante los primeros seis meses de edad. El tiempo será convenido con el contratante.

Artículo 6°. *Licencia por paternidad.* A partir de la promulgación de la presente ley, el contratista varón tendrá derecho a una licencia por paternidad en caso de nacimiento de un hijo o hija por el término de ocho (8) días hábiles.

Parágrafo. El reconocimiento y pago de la licencia remunerada por paternidad será a cargo de la EPS, la cual dispondrá el reconocimiento del pago del 100% de la licencia remunerada siempre que el contratista haya cotizado mínimo durante 7 meses en el periodo de gestación de la madre; de lo contrario, el pago se hará proporcional al tiempo que cotizó durante dicho periodo.

El único soporte válido para el otorgamiento de licencia remunerada de paternidad es el Registro Civil de Nacimiento, el cual deberá presentarse a la EPS a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha del nacimiento del menor.

Esta licencia remunerada es incompatible con la licencia de calamidad doméstica y en caso de haberse solicitado esta última por el nacimiento del hijo, estos días serán descontados de la licencia remunerada de paternidad.

En el caso de los niños prematuros y adoptivos se aplicará lo establecido en este parágrafo.

Artículo 7°. *Prohibición de terminación del contrato.* A partir de la promulgación de la presente ley, a ninguna mujer vinculada mediante contrato de prestación de servicios se le podrá dar por terminado el vínculo contractual por motivo de embarazo o lactancia. Así mismo, no se le dejará de renovar el contrato cuando subsistan las causas que dieron origen al mismo y la contratista ha cumplido satisfactoriamente las obligaciones contractuales.

Parágrafo 1°. Se presume que la terminación del contrato es por motivo de embarazo o lactancia cuando ha tenido lugar dentro del período del embarazo o dentro de los tres meses posteriores al parto, y sin autorización de la autoridad competente de que trata el artículo siguiente.

Parágrafo 2°. El incumplimiento de lo dispuesto en esta ley acarreará el pago de una indemnización por perjuicios, que en ningún caso podrá ser inferior al saldo del valor total del contrato.

Parágrafo 3°. La contratista que por alguna razón no disfrute de la semana preparto obligatoria, y/o de algunas de las dieciocho (18) semanas de descanso, tendrá derecho al pago de las semanas que no gozó de licencia. En caso de parto múltiple tendrá el derecho al pago de dos (2) semanas adicionales y, en caso de que el hijo sea prematuro, al pago de la diferencia de tiempo entre la fecha del alumbramiento y el nacimiento a término.

Artículo 8°. *Permiso para terminar el contrato.* En caso de que durante la época del embarazo o lactancia el contratante quiera dar por terminado el contrato por incumplimiento de las obligaciones contractuales o por una causa sobreviniente al objeto del mismo, este deberá acudir ante la autoridad competente para obtener la respectiva autorización.

El Ministerio de Trabajo expedirá la reglamentación pertinente dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley.

Artículo 9°. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,


YAMINA PESTANA ROJAS
SENADORA DE LA REPÚBLICA
COORDINADORA PONENTE


LUIS EVELIS ANDRADE CASAMA
SENADOR DE LA REPÚBLICA
PONENTE


ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ
SENADOR DE LA REPÚBLICA
PONENTE

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

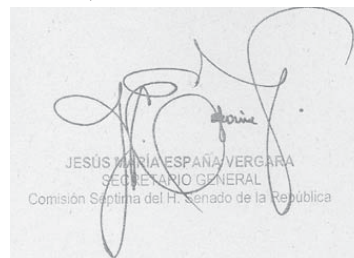
Bogotá, D. C., a los catorce (14) días del mes de diciembre del año dos mil diecisiete (2017) - En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**, el siguiente informe de ponencia para primer debate y texto propuesto para primer debate.

Número del proyecto de ley: Número 129 de 2017 Senado y 094 de 2016 Cámara.

Título del proyecto: *por medio de la cual se establece la estabilidad laboral reforzada en favor de la mujer vinculada mediante contrato de prestación de servicios cuando sobrevenga el embarazo o la lactancia y se dictan otras disposiciones.*

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,


JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO GENERAL
Comisión Séptima del H. Senado de la República

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 135 DE 2017 SENADO

por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los cien (100) años de la Fuerza Aérea Colombiana.

Bogotá, D. C., 30 de noviembre de 2017

Doctor

IVÁN NAME VÁSQUEZ

Presidente

Comisión Segunda Constitucional

Senado de la República

Ciudad

Señor Presidente:

En cumplimiento del encargo hecho por la Mesa Directiva de la Comisión Segunda del Senado de la

República me permito rendir informe de ponencia para primer debate al **Proyecto de ley número 135 de 2017**, por medio de la cual se asocia a la celebración de los cien (100) años de la Fuerza Aérea Colombiana, en los siguientes términos:

I. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto de ley pretende celebrar los cien (100) años de la Fuerza Aérea de Colombia autorizando al Gobierno nacional la apropiación presupuestal para gestionar, adelantar y desarrollar las actividades que busquen promover dicha celebración. Adicionalmente, se autoriza al Banco de la República acuñar una moneda metálica de curso legal conmemorativa de los cien (100) años de la Fuerza Aérea de Colombia.

El proyecto de ley consta de Cuatro artículos, así:

Artículo 1°. La nación se vincula a la conmemoración, exaltación y reconocimiento de los cien (100) años de la Fuerza Aérea Colombiana que se cumplen el 8 de noviembre de 2019, dados los invaluable aportes otorgados a la República de Colombia.

Artículo 2°. Autorízase al Gobierno nacional para gestionar, adelantar y desarrollar todas las actividades inherentes, incluidas las apropiaciones presupuestales necesarias para exaltar, organizar y promover los cien (100) años de la Fuerza Aérea Colombiana.

Artículo 3°. Autorícese al Banco de la República acuñar una moneda metálica de curso legal conmemorativa de los cien (100) años de la Fuerza Aérea Colombiana.

Parágrafo. La aleación, monto de emisión, valor facial, condiciones, precio de venta y demás características de la moneda metálica conmemorativa de los cien (100) años de la Fuerza Aérea Colombiana serán determinados por el Banco de la República.

Artículo 4°. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación.

II. INTRODUCCIÓN

La Fuerza Aérea Colombiana nace del sueño de mejorar la calidad de vida de todos los habitantes, fortaleciendo la seguridad y soberanía nacional. Parte del mejoramiento tecnológico adoptando avances en las técnicas militares utilizadas en la Primera Guerra Mundial y desde ese momento hasta la actualidad, ha contribuido al desarrollo del país, fortaleciendo no solo los dos factores anteriormente mencionados, sino también su historia y las modificaciones que de ella surgen. Por esta razón, se hace necesario realizar una conmemoración por la celebración de los 100 años de existencia de la Fuerza Aérea como agradecimiento a la intervención favorable que ha tenido en el país desde su origen, con el apoyo del Banco de la República, por medio de una moneda metálica de curso legal que cumpla con este fin,

autorizando al Gobierno nacional la apropiación presupuestal para dicha gestión.

III. ANTECEDENTES

Numerosas invenciones tecnológicas surgieron de un hecho que marca la historia universal, la Primera Guerra Mundial (1914-1918). En esta época se evidenciaron grandes avances militares en la aviación, hecho que no fue ajeno a Colombia, pues se despertó un gran interés en el país por participar y conocer de dichos avances al considerarla una importante arma de combate. Por esta razón, en 1916 con la Ley 15 sancionada por el Presidente de la República en ese momento, José Vicente Concha¹ (1914-1918), y Ministro de Guerra Salvador Franco se disponía el envío de una comisión de militares a Europa que realizarían un proceso de aprendizaje de los avances técnico-militares que surgieron de la guerra, pero principalmente en cuanto a la aviación, con el objetivo de que Colombia a mediano plazo pudiera tener esta herramienta para fortalecer sus fuerzas militares y garantizar en mayor medida la Seguridad y Soberanía nacional.

Tan solo tres años después de iniciar los actos preparatorios que llevarían a la materialización de dicho objetivo, con la Ley 126 de 1919, sancionada por el Presidente de la República de la época, Marco Fidel Suárez² (1918-1921), y por el Ministro de Guerra, Jorge Roa, el 7 de septiembre de 1916, por medio de la cual se crea la Escuela Militar y se dictan medidas de aviación. En síntesis, esta ley pretendía regular en términos generales la formación de los pilotos que integrarían la que se consideraría como la quinta Arma del Ejército Nacional y aspectos relevantes para el funcionamiento de la Escuela.

1920 fue un año de una regulación más específica de la aviación en Colombia, comenzando con el Decreto número 2127 del 10 de diciembre de 1920, cuya principal función fue establecer a la sección de aviación como nueva dependencia del Ministerio de Guerra³. Posteriormente, mediante el Decreto número 2182⁴ del mismo año se reguló el tema de uniformes y distintivos obligatorios para el personal del arma de aviación del Ejército. Luego, con el Decreto número 2247 del 23 de diciembre de 1920⁵,

¹ Reseña Histórica Fuerza Aérea. Comienzos. <En línea> Disponible en < <https://www.fac.mil.co/resena-historica> > Consultado el 24 de octubre de 2017.

² Historia FAC. Fuerza Aérea Colombiana, incorporación <en línea> Disponible en < <https://www.incorporacion.mil.co/historia-fac> > Consultado el 24 de octubre de 2017.

³ Revista Ejército. Edición Especial número 163, <en línea> disponible en: < https://issuu.com/ejercitonacional-decolombia/docs/revista_web >. p. 78. Consultado el 24 de octubre de 2017.

⁴ Decreto número 2182 de 1920, por el cual se determina el uniforme para el arma de aviación, *Diario Oficial*, número 17460, de 16 de diciembre de 1920, disponible en < [http://www.suin-juriscol.gov.co/clp/contenidos.dll/Decretos/1414527?fn=document-frame.htm&f=templates\\$3.0](http://www.suin-juriscol.gov.co/clp/contenidos.dll/Decretos/1414527?fn=document-frame.htm&f=templates$3.0) >.

⁵ Decreto 2247 de 1920, por el cual se organiza la Escuela

se organizó el funcionamiento de la Escuela de Aviación Militar mediante normas que establecían las condiciones de admisión de los alumnos, las pruebas para obtener el título y el diploma de piloto militar del Arma de Aviación del Ejército⁶.

Finalizada la Primera Guerra Mundial, Colombia decide buscar apoyo de una misión de aviadores franceses, que estaba liderada por el Teniente Coronel René Guichard, así como también contrataron a Jean Jonnard y José Island como pilotos instructores⁷. Con la ayuda de esta comisión se inaugura la Escuela Militar de Aviación en 1921 en Flandes, Tolima. Los primeros alumnos de esta escuela demostraron su perseverancia y ambición hacia la consolidación de una verdadera escuela, pues lo que había en Flandes se llamaba de esta manera de manera simbólica, porque no se contaba con unas instalaciones adecuadas para poderle dar dicho calificativo; como consecuencia de ello, quienes cumplían el rol de estudiantes tuvieron que dedicarse en primera medida a trabajos de construcción.

Pero la situación económica del país impedía que la Escuela mejorara y fuera dotada de las herramientas y recursos necesarios para su funcionamiento, por eso en 1922 se cierra durante dos años⁸. Fue la perseverancia de algunos la que hizo que en 1924 el Presidente de la República, General Pedro Nel Ospina, ordenara la reapertura de la Escuela de Aviación Militar⁹ y se iniciara de nuevo el entrenamiento militar, pero en esta ocasión ya no se tomó la dirección Europea, sino que la enseñanza estaría a cargo de una misión suiza encabezada por el señor Pichilody¹⁰.

En 1928 nuevamente la Escuela se ve afectada por factores económicos, por lo que se generó un cierre temporal hasta principios de 1929 y a partir

de entonces su funcionamiento no ha vuelto a tener interrupciones¹¹.

A partir de ese momento, la situación en el país se complica cada vez más, comenzando con la guerra colombo-peruana, que convierte en inminente el refuerzo de las fuerzas militares; como consecuencia se toma la iniciativa de crear la Dirección General de Aviación Militar perteneciente al departamento 8 del Ministerio de Guerra hasta después que se establece como un órgano militar independiente, compuesto por la Fuerza Aérea Nacional y la Aeronáutica Civil¹².

Sigue una época crítica para el país, un periodo de violencia que inicia el 9 de abril de 1948, cuando muere el representante de las clases obreras populares Jorge Eliécer Gaitán, de donde surge la impetuosa protesta conocida como el Bogotazo. La Fuerza Aérea tuvo la necesidad de extender su radio de acción y adquirir equipos más modernos y con mayor capacidad, por ello en 1947 se creó el aeródromo nacional de Apiay, denominado el 17 de noviembre de 1948 Base Aérea de Apiay, actualmente sede del Comando Aéreo de Combate número 2¹³. En 1952 llegaron al país helicópteros Hiller OH-12 adquiridos inicialmente para el Ministerio de Obras Públicas y operados por pilotos norteamericanos; un año después estas aeronaves fueron asignadas a la Fuerza Aérea Colombiana¹⁴. En consecuencia, el actual mandatario, el General Gustavo Rojas Pinilla, con una visión estratégica a favor de mejorar la situación del país a través de la actuación militar, adquiere por medio del Gobierno nacional terrenos de la meseta Los Limones, Tolimaida, para construir la reserva militar del país con una pista de 3 Kilómetros para dar proyección e identidad a la aviación del Ejército. De igual forma, durante el mismo año se adquirió por parte del Gobierno nacional un número considerable de helicópteros para iniciar el primer curso de ala rotatoria el 11 de febrero de 1954, pero finalmente estas aeronaves fueron asignadas a la naciente Fuerza Aérea Nacional (FAN), con la misión de operarlas y mantener la disponibilidad y reserva a cualquier parte del país¹⁵.

la Militar de Aviación en desarrollo de la Ley 126 de 1919, *Diario Oficial* número 17482, de 23 de diciembre de 1920.

⁶ División de Aviación Asalto Aéreo Ejército Nacional. Primera Etapa (1916-1944). <En línea> Disponible en <<https://www.aviacionejercito.mil.co/?idcategoria=360854&download=Y>>. Consultado el 24 de octubre de 2017.

⁷ Escuela de Suboficiales de la Fuerza Aérea Colombiana (2010), Heredidad de altura (Escuela de Formación de Suboficiales de la Fuerza Aérea, CT Andrés M. Díaz, <en línea> disponible en <<https://issuu.com/caligrafe/docs/libro-heredad>>. p. 26 y 27. Consultado el 24 de octubre de 2017.

⁸ Decreto 580 de 1922, *por el cual se suspende el funcionamiento de la Escuela Militar de Aviación*. *Diario Oficial* número 18252, de 28 de abril de 1922.

⁹ Escuela de Suboficiales de la Fuerza Aérea Colombiana (2010), Heredidad de altura (Escuela de Formación de Suboficiales de la Fuerza Aérea, CT Andrés M. Díaz, disponible en: <<https://issuu.com/caligrafe/docs/libro-heredad>>. p. 40. Consultado el 24 de octubre de 2017.

¹⁰ *Op. cit.* División de Aviación Asalto Aéreo Ejército Nacional.

¹¹ Escuela Militar de Aviación, Reseña Histórica. <En línea> Disponible en <<https://www.fac.mil.co/iv-escuela-militar-de-aviaci%C3%B3n>> Consultado el 24 de octubre de 2017.

¹² Ley 102 de 1944, *por la cual se dictan algunas disposiciones sobre organización y mando de las Fuerzas Militares*. *Diario Oficial* número 25759, de 31 de diciembre de 1944.

¹³ Fuerza Aérea colombiana, Crisis Política en el país. <en línea> Disponible en <https://www.fac.mil.co/viii-crisis-pol%C3%ADtica-en-el-pa%C3%ADs>. Consultado el 25 de octubre de 2017.

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ División de Aviación Asalto Aéreo Ejército Nacional. Segunda Etapa (1953-1982). <En línea>. Disponible en <<https://www.aviacionejercito.mil.co/?idcategoria=360864&download=Y>>. Consultado el 24 de octubre de 2017.

Dentro de los deberes del Gobierno está el de reconocer y exaltar aquellas fechas especiales que conmemoren la creación de instituciones dedicadas al servicio del país cuyo nacimiento constituya un hito significativo en la historia de la patria. Por esta razón se decide conmemorar y de esta manera y rendir un homenaje a la Fuerza Aérea Colombiana, considerando que es un elemento constitutivo del Instrumento Militar Colombiano y el Poder Aéreo Nacional, sin contar con su excelente desempeño a lo largo de su historia, consagrando el 8 de noviembre como día de la Fuerza Aérea Colombiana¹⁶.

De aquí en adelante continúa muy activa la actuación de la Fuerza Aérea Colombiana, en especial por el conflicto armado interno que padece el país por más de 50 años, por parte de los grupos guerrilleros, que también causaron un desequilibrio muy fuerte económico, político y social. Paralelamente a estas circunstancias, la Fuerza Aérea Colombiana continuó reforzándose con la adquisición de aeronaves destinadas al desarrollo de entrenamientos a las tripulaciones y apoyo a las operaciones militares.

En 1996 se inició la compra de más aeronaves y se logró la asignación de 108 millones de dólares por parte del Gobierno nacional para comprar nuevos helicópteros y mejorar las instalaciones de la Fuerza Aérea. El 28 de mayo de 1997 se crea el Batallón Aero Táctico del Ejército con sede en la base Militar de Tolomaidá; el mismo que más adelante se constituirá como Batallón de Helicópteros, de acuerdo a Resolución número 07928 del 2 de julio de 2007; inician operaciones en apoyo a la Brigada Contra el Narcotráfico y erradicaciones de cultivos ilícitos con helicópteros UH-1H, Huey II y K-MAX, para así mismo proveer movilidad y maniobra táctica aérea a las unidades terrestres del Ejército a lo largo y ancho del territorio nacional¹⁷.

Actualmente, con la firma del tratado de paz con las Farc, la Fuerza Aérea colombiana ha podido incrementar sus labores sociales, más de lo que lo hacía antes, brindándoles ayuda a comunidades que se encuentran de alguna manera en estado de indefensión por factores económicos o culturales. Esta ayuda funciona por medio de brigadas, como por ejemplo la realizada el 26 de junio del presente año, en la que el Comando Aéreo de Combate Número 2 brindó apoyo humanitario a la comunidad indígena Jeeruriwa Yacuna, la cual está en riesgo de desaparición debido a que solo cuentan con 70 integrantes y están en condiciones de vulnerabilidad¹⁸.

Con estos antecedentes históricos de la Fuerza Aérea Colombiana se deja clara la importancia de esta en la sociedad, en la seguridad de todos los colombianos y en la posibilidad de poder tener una vida dentro de los límites de la dignidad humana y el respeto por los derechos fundamentales de todos los asociados.

IV. SOPORTE JURÍDICO DEL PROYECTO

Para empezar, se debe aclarar que el Banco de la República está facultado a través del artículo 7° de la Ley 31 de 1992 para “*disponer la acuñación en el país o en el exterior de moneda metálica de curso legal para fines conmemorativos o numismáticos, previstos en leyes especiales, establecer sus aleaciones y determinar sus características*”. Por lo cual desde este punto de vista es totalmente viable la participación del Banco de la República en la conmemoración objeto de esta Ponencia.

Ahora bien, otro punto de interés para analizar el proyecto reside en comprender que el Congreso no está autorizado por la ley dentro de sus facultades, para ordenar la emisión de la moneda. Sin embargo, esta prohibición tiene unas características que lo permiten conforme al artículo 150, numeral 15, de la Carta Política. Las intenciones no tienen ningún interés económico, monetario, se trata de una conmemoración, por esta razón no hay ningún impedimento para realizarla, así como se ha realizado anteriormente con otros ciudadanos, eventos e instituciones que le brindaron honor al país y se tomó por esa razón una medida recíproca por medio de la conmemoración, como por ejemplo al nobel Gabriel García Márquez a través de la Ley 1741 de 2015; o la Ley 1683 de 2013 por la cual la Nación se asocia a la conmemoración del Bicentenario de la Independencia de Cundinamarca.

Esta clase de conmemoración se realizó en México, donde se puso en circulación una **moneda conmemorativa** de 20 pesos en homenaje al **Centenario de la Fuerza Aérea Mexicana**, el presidente mexicano reconoció la lealtad y entrega de los integrantes de las Fuerzas Armadas¹⁹.

La presente iniciativa tiene sustento en el artículo 150, numeral 15 de la Constitución Política, que otorga la facultad para conmemorar a personas o instituciones que prestan servicios a la patria; también el artículo 345, que consagra el principio de legalidad en el gasto público. Además, está conforme a los requisitos del Estatuto Orgánico del Presupuesto, Decreto 111 de 1996. La iniciativa de realizar la conmemoración de los 100 años de la Fuerza Aérea, con el apoyo del Banco de la República, no contradice las disposiciones que el Gobierno nacional ha dado sobre el gasto

¹⁶ Decreto número 706 de 1981, por el cual se consagra el 8 de noviembre como Día de la Fuerza Aérea colombiana. *Diario Oficial* número 35735, de 3 de abril de 1981.

¹⁷ División de Aviación Asalto Aéreo Ejército Nacional. Quinta Etapa (2007-2015). <En línea>. Disponible en <<https://www.aviacionejercito.mil.co/?idcategoria=360870&download=Y>>. Consultado el 25 de octubre de 2017.

¹⁸ Fuerza Aérea Colombiana, Fuerza Aérea Colombiana donó ayuda humanitaria a comunidad indígena. <En línea>. Disponible en <<https://www.fac.mil.co/fuerza-a>

<https://www.fac.mil.co/fuerza-a> a% C3%A9rea-colombiana-don%C3%B3-ayuda-humanitaria-comunidad-ind%C3%ADgena>. Consultado el 25 de octubre de 2017.

¹⁹ Periódico Correo, 2015 <en línea>. Disponible en <<https://periodicocorreo.com.mx/circulara-moneda-de-20-pesos-por-el-centenario-de-la-fuerza-aerea-mexicana/>>. Consultado 26 de octubre de 2017.

social, la inversión, la iniciativa del gasto, ni sus procedimientos. Es decir que este proyecto de ley consulta y acoge las disposiciones presupuestales de la nación, y además debe tenerse en cuenta que lo que se dispondrá del presupuesto no afecta de ninguna manera los compromisos adquiridos por la Nación ni las metas en ejecución.

V. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, es posible concluir que el homenaje pretendido es un acto de agradecimiento a la Fuerza Aérea por su compromiso y lealtad al país, permitiéndoles a todos los colombianos mejorar sus calidades de vida a través de sus actuaciones no solo dentro del marco de los conflictos, especialmente internos, sino también por su obligación con el mejoramiento de vida de comunidades que se encuentran en estado de indefensión, eso demuestra la eficacia en la que se basa su actuación. No olvidemos que la Fuerza Aérea ha sido de vital importancia en la ayuda humanitaria brindada durante las catástrofes naturales que ha vivido nuestro país; solo basta con recordar la de Armero.

También cabe resaltar que la conmemoración a través de una moneda metálica no afecta de ninguna manera los intereses generales y fiscales del país y que tampoco representa una propuesta contraria a las disposiciones legales sobre el tema.

Proposición

Por las anteriores consideraciones, solicito a la Comisión Segunda del honorable Senado de la República dar primer debate al **Proyecto de ley número 135 de 2017 Senado**, por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los cien (100) años de la Fuerza Aérea Colombiana.



Luis Fernando Velasco Chaves
Senador de la República

TEXTO PROPUESTO

por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los cien (100) años de la

Fuerza Aérea Colombiana

El Congreso de la República

DECRETA:

Artículo 1°. La nación se vincula a la conmemoración, exaltación y reconocimiento de los cien (100) años de la Fuerza Aérea Colombiana, que se cumplen el 8 de noviembre de 2019, dados los invaluable aportes otorgados a la República de Colombia.


Artículo 2°. Autorízase al Gobierno nacional para gestionar, adelantar y desarrollar todas las actividades inherentes, incluidas las apropiaciones

presupuestales necesarias para exaltar, organizar y promover los cien (100) años de la Fuerza Aérea Colombiana.

Artículo 3°. Autorícese al Banco de la República acuñar una moneda metálica de curso legal conmemorativa de los cien (100) años de la Fuerza Aérea Colombiana.

Parágrafo. La aleación, monto de emisión, valor facial, condiciones, precio de venta y demás características de la moneda metálica conmemorativa de los cien (100) años de la Fuerza Aérea Colombiana serán determinados por el Banco de la República.

Artículo 4°. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación.



Luis Fernando Velasco Chaves
Senador de la República

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 147 DE 2017 SENADO

por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica. [Contra la violencia obstétrica].

Bogotá, D. C., diciembre de 2017

Doctor

JESÚS MARÍA ESPAÑA

Secretario General Comisión Séptima

Senado de la República

Ciudad

Ref.: Informe de ponencia para primer debate del Proyecto de ley número 147 de 2017, por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica. [Contra la violencia obstétrica].

Señor secretario:

En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley 5ª de 1992 y respondiendo a la designación hecha por la Mesa Directiva como ponente coordinadora de esta iniciativa, rindo informe de ponencia para primer debate del **Proyecto de ley número 147 de 2017**, “por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica. [Contra la violencia obstétrica]”.

La presente ponencia se desarrollará de la siguiente manera:

1. Antecedentes.
2. Objeto y justificación del proyecto.
3. Fundamentos constitucionales y legales.
4. Contenido de la iniciativa.
5. Pliego de modificaciones.
6. Proposición.

1. ANTECEDENTES

El proyecto de ley objeto de estudio, es de iniciativa parlamentaria. Radicado por la honorable Senadora Nadia Blel Scaff, publicado en *Gaceta del Congreso* número 949 de fecha 20 de octubre de 2017.

En continuidad del trámite legislativo, el Proyecto de ley número 147 de 2017 Senado, fue remitido a la Comisión Séptima Constitucional Permanente, siendo designada como ponente coordinadora para primer debate la honorable Senadora Nadia Blel Scaff.

2. OBJETO DE LA INICIATIVA

La iniciativa tiene como objeto el reconocimiento de la violencia obstétrica como una modalidad de la violencia de género, cuyas conductas deben ser prevenidas y sancionadas mediante el establecimiento de garantías de trato digno y humanizado en los procesos de asistencia y atención en salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

2.1 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El programa de trabajo del Human Reproduction Programme de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el pasado 23 de septiembre de 2014, abrió las puertas al debate a una modalidad de violencia de género, invisible, pero calante en la sociedad actual, la llamada, violencia obstétrica.

La declaración denuncia el maltrato y la falta de respeto en la atención al parto, promoviendo la investigación, la implantación de políticas de control de calidad en los centros sanitarios y la implicación de todos los intervinientes, incluidas las mujeres, que deben denunciar las malas praxis.

De acuerdo con la OMS, en todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación.

Pese al llamado de estos organismos internacionales en la necesidad del planteamiento de políticas de prevención y control de dichas conductas; el ordenamiento jurídico colombiano no concibe este tipo de violencia como conducta sancionable, circunstancia que ha imposibilitado el direccionamiento de políticas de intervención pública frente a los casos evidenciados.

La violencia obstétrica entendida como forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, se configura en las conductas de acción u omisión que ejerza el personal de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a la salud, integridad sexual y reproductiva de las mujeres durante los procesos de embarazo, parto o puerperio.

Esta forma de violencia contra la mujer ha sido invisibilizada por factores sociales de aceptación como conductas propias de las relaciones de

subordinación en la relación médico o personal de salud tratante-paciente; sin embargo, el llamado de la comunidad internacional ha alertado frente a la necesidad de intervención y prevención de este tipo de conductas.

Según OMS, un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, plantean un panorama alarmante. Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud. Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios.

Dentro de estos informes, se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago.

En consecuencia, se hace un llamado a garantizar un servicio de salud basado en el trato digno y humanizado de los procesos de atención del parto, la OMS reafirma que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

Para alcanzar este estado ideal se realiza una serie de recomendaciones dentro de las cuales se destacan:

- Mayor respaldo de los Estados miembros, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.
- Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.
- Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto.
- Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.

Ahora bien, en Colombia pese a los debates orientados por investigadores del área de la salud, fundaciones en pro de la defensa de los derechos de las mujeres y las alertas de la comunidad internacional, no se ha efectuado un esquema

de protección, prevención y sanción de aquellas conductas que configura violencia obstétrica.

La iniciativa propuesta fundamentada en la necesidad de eliminación de todas las formas de violencia en contra de la mujer, procura el reconocimiento de la violencia obstétrica en el ordenamiento jurídico como una manifestación de violación de derechos que amerita ser sancionada y sobre las cuales se deben establecer medidas de prevención por parte de las autoridades.

El reconocimiento de esta forma de violencia contra la mujer amplía el ámbito de protección de los derechos fundamentales y de género dentro del ordenamiento jurídico; como también disminuye afectaciones en el ámbito de la salud reproductiva, en especial en la reducción de muertes maternas y neonatales, pues en Colombia en su gran mayoría se deben a causas de fácil manejo preventivo mediante cuidados básicos prenatales y una oportuna atención a la hora del parto, los cuales se conocen y están disponibles desde hace más de treinta años y con cuya aplicación es posible reducir esta tasa a menos de 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos¹.

– VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN COLOMBIA

Al no reconocerse la violencia obstétrica como forma de violencia contra la mujer, no existen datos precisos frente a la población víctima y grados de afectación; sin embargo, son conductas frecuentes que se han venido denunciando incipientemente por el desconocimiento de la trascendencia y ámbito de protección.

La Secretaría Distrital para la Mujer, de la Alcaldía Mayor de Bogotá, ha conocido casos de médicos que, cuando las mujeres soportan los mayores dolores antes de dar a luz y principalmente si son menores de edad, les dicen que deben aguantarlos como castigo por haber sostenido relaciones sexuales sin protección.

Por otra parte, algunas instituciones prestadoras de servicios de salud han dado pequeños pasos en la consolidación de políticas de trato humanizado en el parto, tales como: las salas TPR (Trabajo de Parto y Recuperación) que les permiten a las mujeres dar a luz lejos de las intervenciones quirúrgicas, el acompañamiento de doulas (que dan apoyo emocional durante el parto) y algunos hospitales se han aliado con las parteras y han eliminado la mortalidad materno infantil en los últimos dos años². Estos hechos son destacados, pero ameritan ser replicados en las diferentes instituciones y entidades prestadoras de servicios de salud.

– Desde la expedición de la Constitución Política de 1991, vale la pena destacar algunos de los pronunciamientos del Consejo de Estado sobre el particular³

Del estudio “Mortalidad materna: Otra cara de la violencia contra las mujeres” realizado por la Comisión Nacional de Género de la Rama Judicial de Colombia (CNGRJ); se logra extraer los apartes de algunos casos relacionados con violencia obstétrica y mortalidad materna en los cuales dada la negligencia médica o falla en el servicio, se declara la responsabilidad del Estado colombiano.

1. La primera providencia a reseñar es aquella del 24 de agosto de 1992, Exp. 6754, M.P. Carlos Betancur Jaramillo, en donde la Sección Tercera del Consejo de Estado juzgó la responsabilidad del Instituto de Seguros Sociales (ISS), por los hechos ocurridos el 5 de marzo de 1985, donde a una paciente en estado de embarazo que fue atendida en la sede las Palmas del ISS en Barranquilla, se le practicó cesárea programada y, frente a una posible complicación, se decidió realizarle una histerectomía y se produjo su fallecimiento, como consecuencia de la perforación de una arteria que desencadenó un paro cardiorrespiratorio, insuficiencia renal y anemia aguda.
2. El segundo pronunciamiento del Consejo de Estado, que vale la pena resaltar en relación con la responsabilidad gineco-obstétrica, se produce el 18 de abril de 1994, expediente 7973, M.P. Julio César Uribe Acosta, oportunidad en la que se revocó la providencia apelada y, en su lugar, se denegaron las pretensiones formuladas en la demanda, dirigidas estas a que se indemnizaran los perjuicios causados a los demandantes con ocasión de la muerte del neonato de una paciente, quien había ingresado a la Clínica del ISS de Pereira el 24 de octubre de 1989, a las 4:00 a. m. y se le diagnosticó desprendimiento de placenta (abruptio placentae). A la 1:10 p. m. del 25 de octubre, el médico tratante ordenó el traslado de la gestante al Hospital San Jorge, toda vez que el ISS carecía, por efectos de remodelación en sus instalaciones, de una sala de cirugía “supuestamente” apropiada. A la 1:45 se inicia el procedimiento y es extraída la criatura, esta solo alcanzó a vivir 2 minutos.
3. En 1995, en sentencia de 3 de febrero de 1995, Exp. 9142, M.P. Carlos Betancur Jaramillo, se condenó extracontractualmente a la Caja Nacional de Previsión, al haber practicado a una paciente una cesárea y dejar mal realizada la sutura del acto quirúrgico, lo que desencadenó una peritonitis y sepsis generalizada derivada de la perforación de la matriz y el útero. En consecuencia, en la Clínica Marly, fue atendida ordenándosele realizar una histerectomía para detener el proceso infeccioso, hubo necesidad de reseca el epiploon y extirparlo lo mismo que 20 centíme-

¹ <https://www.unicef.org/colombia/pdf/cifras.pdf>

² <http://cromos.elespectador.com/estilo-de-vida/la-violencia-invisible-que-hay-detras-del-parto-24960>

³ <http://www.bdigital.unal.edu.co/39729/7/mortalidadmaterna.pdf>

tros aproximadamente del intestino delgado. En esta precisa oportunidad, el Consejo de Estado condenó a la Caja de Previsión a pagar a la demandante un valor de 600 gramos de oro, por concepto de perjuicios morales.

4. La Sección en un pronunciamiento de 17 de agosto de 2000, exp. 12123 M.P. Alier E. Hernández Enríquez. En el caso concreto, se condenó al ISS por la demora en la atención del parto de una paciente que llevó a que se generara un fuerte sangrado uterino, se formaran coágulos en el útero y, al final, se produjera el deceso de la paciente, logrando salvaguardar la vida del neonato.

Como se aprecia, en esta ocasión, se reconoció un aspecto de relevancia en lo que respecta a la responsabilidad del Estado en asuntos médico-sanitarios, toda vez que se dijo que, en estos especiales eventos, el título de imputación era objetivo y, por lo tanto, a la entidad demandada no le bastaba con probar diligencia y cuidado en su actuar, sino que debía acreditar, para exonerarse de responsabilidad, una causa extraña.

Así las cosas, pareciera, pero no fue así, que la responsabilidad médico obstétrica, a partir del año 2000, hubiera adoptado un título de imputación autónomo al de falla probada imperante como regla general, en todos los asuntos médico-hospitalarios, salvo en lo que correspondía a la aplicación excepcional, a partir del postulado constitucional de la equidad del principio de las cargas probatorias dinámicas.

5. La providencia de 14 de julio de 2005, exp. 15276, M.P. Ruth Stella Correa P. En el referido pronunciamiento, el Consejo de Estado condenó al Municipio de Cali, Hospital Básico Primitivo Iglesias, por la muerte de una gestante, al no haber recibido la atención médica idónea y eficiente al momento de la atención del parto, así como por la falta de suministro de sangre, cuando presentó el shock hipovolémico por la hemorragia producida con posterioridad al alumbramiento.
6. Mediante sentencia de 3 de mayo de 2007, Exp. 16085, M.P. Enrique Gil Botero, se declaró responsable al ISS, al haberse practicado una histerectomía a una paciente que, sin haberlo descartado previamente, se encontraba en estado de gravidez y, aunado a lo anterior, sin que hubiera mediado el consentimiento de la paciente.

Lo importante de esta decisión es que se admite la falta de consentimiento informado como un daño autónomo, motivo por el cual, la sola ausencia de consentimiento, así el resultado de la intervención haya sido el esperado, genera el derecho de reparación, comoquiera que la persona debe tener la libertad y el suficiente conocimiento sobre el procedimiento que se le va a practicar, con miras a que tenga la autonomía para decidir si se somete o no a la intervención o tratamiento.

7. La sentencia de 26 de marzo de 2008, Exp. 16085, M.P. Ruth Stella Correa Palacio. En este puntual evento, se determinó la responsabilidad de Caprecom, en la medida en que la IPS en la que fue atendida la paciente no fue valorada correctamente, y se dejó a la espera de que llegara el médico obstetra de la EPS, lo que supuso una prolongación indebida del trabajo de parto que desencadenó una hemorragia (desprendimiento de placenta) que terminó con el ahogamiento de la criatura.

a) VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UNA VIOLACIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS

La salud sexual y reproductiva es una parte integral e indivisible de los derechos humanos, por ello cualquier amenaza, desconocimiento o vulneración de los mismos atentarán directamente al núcleo esencial de los derechos humanos.

En esa medida, la violencia obstétrica constituye una violación a los Derechos Humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres, como desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano (Villaverde, 2006), así como la interrelación con una serie de derechos fundamentales.

Laura F. Belli⁴, en su estudio titulado, *La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*, permite relacionar una serie de derechos humanos que pueden ser vulnerados con ocasión a las prácticas de conductas de violencia obstétrica, entre los cuales encontramos:

- **“Derecho a la integridad personal.** Como se indica en el artículo 5° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), es el derecho que poseen todas las personas a que su integridad física, psíquica y moral sea respetada. El respeto a este derecho implica que nadie debe ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional. Dentro del marco de la violencia obstétrica, este derecho se ve violentado a través de prácticas invasivas muchas veces innecesarias como las episiotomías, las cesáreas que no están médicamente indicadas y las ligaduras de trompas sin contar con el consentimiento de la mujer.
- **Derecho a la privacidad e intimidad.** Este derecho presenta dos manifestaciones complementarias, el límite a la intromisión y la libertad en relación con la vida privada. El artículo 5° de la Convención Americana so-

⁴ Licenciada en Filosofía. Actualmente cursando el doctorado en Filosofía. Becaria investigadora del CONICET – FFyL y FMed UBA. laurafbelli@gmail.com. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. 2013.

bre Derechos Humanos (CADH) señala que las personas poseen derecho al respeto de la honra y al reconocimiento de la dignidad, así como a la protección de los ataques a la honra y la reputación. En la misma línea, el artículo 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos estipula que “Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación”. Este derecho se ve violado en las instituciones de salud a través de la exposición innecesaria del cuerpo de las mujeres, en especial de sus órganos genitales, en el parto, en la consulta ginecológica y otras sin ofrecer a la mujer la posibilidad de decidir sobre su cuerpo.

- **Derecho a la información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud.** Como lo especifica el artículo 6° de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos: “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica solo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada...”. La violación de este derecho toma la forma del paternalismo médico en su mayor expresión. A las pacientes muchas veces se les realizan prácticas sin previa consulta y sin ofrecerles ningún tipo de información sobre las implicancias de las mismas.
- **Trato cruel e inhumano.** De acuerdo con el artículo 5° de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), el artículo 7° del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (PIDCyP) y el artículo 16 de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes los Estados deberán prohibir dichos tratos por parte de funcionarios públicos o personas en el ejercicio de funciones oficiales. Se consideran tratos crueles, inhumanos y degradantes todo tipo de abusos (físicos o mentales), cualquier tipo de degradación, o la obligación de cometer actos contrarios a las propias convicciones morales o culturales. La situación en la que se detecta reiteradamente el maltrato hacia la mujer, por medio de agresión verbal o psicológica, es en el momento del parto. Estas agresiones se manifiestan a través de muestras de insensibilidad frente al dolor de la mujer, manteniendo silencio frente a sus preguntas, a través de la infantilización de la parturienta, los insultos y los comentarios humillantes del tipo “Si te gustó aguantátele (haciendo referencia a los dolores de parto que aparentemente la mujer debería soportar por haber sentido placer al momento del acto sexual)”.

- **Derecho a estar libre de discriminación.** El artículo 11 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) establece que “ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna”⁵.

2.2 MUERTES MATERNAS EN COLOMBIA

De acuerdo con los datos suministrados por el Ministerio de Salud⁶, en el mundo cada día se producen aproximadamente 830 muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, casi todas en países en desarrollo y en su mayoría podrían ser evitadas.

Como parte del compromiso de los países en su contribución a la reducción de este problema, en la Agenda de Desarrollo Sostenible se pactó el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número tres (3), donde una de las metas es reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos entre 2016 y 203 para 2015, la razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 239 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100.000²⁸.

En Colombia la mortalidad materna ha tendido al descenso a través del tiempo. Entre 2000 y 2008 se redujo en 44,3 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con una razón que pasó de 104,9 a 60,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; el cambio porcentual anual estimado de la razón (APC, por sus siglas en inglés) fue de -5,8, siendo esta reducción estadísticamente significativa con un nivel de confianza del 95%. Entre 2008 y 2011, el indicador osciló entre 60,7 y 71,6 marcando un incremento no significativo con un APC de 4,5. Posteriormente entre 2011 y 2014. Para 2014, se produjeron 15,1 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos que en 2011, experimentando un APC de -9,8 aunque esta reducción no fue estadísticamente significativa.

La ocurrencia de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. Se considera que más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria. Al igual que en muchos países, en Colombia hay grandes disparidades entre mujeres con ingresos altos y bajos, entre la población rural y la urbana y según su pertenencia étnica.

⁵ http://www.unesco.org/uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf

⁶ ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) COLOMBIA, 201 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>

La mortalidad materna es más alta en las personas que se encuentran en el quintil más pobre. La razón de esta mortalidad es 3,02 veces más alta en los departamentos del quintil con mayor Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) (Chocó, Vichada, La Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés, Putumayo) que en el quintil de menor proporción de personas con estas mismas necesidades (Antioquia, Quindío, Cundinamarca, Risaralda, Valle del Cauca, Bogotá, D. C., y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina).

– **Partos atendidos por cesárea: Análisis de los datos de las encuestas nacionales de demografía y salud en Colombia 1995-2005⁷**

De acuerdo con estudio publicado por la revista virtual de la Universidad EAN, la cesárea es una práctica médica que en los últimos años viene en un creciente aumento en nuestro país. Se calcula que entre el 25% y 30% de los nacimientos se atienden bajo esta modalidad, este porcentaje que supera la cifra recomendada por la OMS desde 1985, como tasa “ideal” de cesáreas entre el 10% y el 15%.

Pues Otros estudios de la OMS revelan que el número de muertes maternas y neonatales disminuye cuando dicha tasa se acerca al 10%, pero no hay pruebas de que las tasas de mortalidad mejoren cuando se supera esa cifra del 10%⁸. El crecimiento en cifras en nuestro país se muestra de la siguiente manera:

TABLA 2
Porcentaje de nacimientos por cesárea por grupos de Departamentos
Colombia 1995 - 2005

Departamentos	1995	2000	2005	Dif. 1995 - 2005
Guajira-Cesar-Magdalena	9.2	19.4	22.2	13 22.2
Atlántico-Bolívar(Norte)	25.2	36.1	38.9	13.7
Bolívar-Sucre-Córdoba	11.5	19.2	29	17.5
Santanderes	17.8	30.7	33.4	15.6
Boyacá-Cundinamarca-Meta	15	16.2	23.4	8.4
Antioquia	9.6	18.9	14.7	5.1
Medellín	19.8	27	30	10.2
Caldas-Risaralda-Quindío	23.3	22.1	22.4	- 0.9
Tolima-Huila-Caquetá	12.7	16.6	19.5	6.8
Cauca-Nariño	12.3	19.2	25.7	13.4
Valle del Cauca	23.1	26.1	26	2.9
Cali	27	25.2	30.3	3.3
Litoral Pacífico	5	12.6	12.3	7.3
Bogotá	22.5	28	30.3	7.8

Fuente. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-81602009000300005

En todos los departamentos del país, con excepción de los departamentos del llamado “ejecafetero”, el porcentaje de nacimientos por cesárea muestra un aumento que oscila entre 2.9% y 17.5% en el período 1995-2005. El mayor incremento se observó en los Departamentos de Bolívar, Sucre y

Córdoba, y el menor incremento en el departamento del Valle y en Cali, su capital.

Al analizar el fenómeno por departamento (solo disponible en la ENDS 2005) (11), se hace notar que San Andrés Islas ocupó en ese año, el primer lugar con el 67% de cesáreas, seguido de Atlántico (41.5%), Sucre (37.2%) y Santanderes (33.8% y 33.1%), respectivamente (esta información no se muestra detalladamente en el presente artículo). Los Departamentos de Cauca y Chocó mostraron cifras de cesáreas del 14.2% y 12.9%. En las grandes áreas metropolitanas (Bogotá, Medellín, Cali) los porcentajes de cesárea, oscilaron alrededor de 30%.

Sin duda alguna, esta práctica progresiva amerita ser controlada y limitada a aquellas circunstancias médicas que así lo requieran, de forma que se logre establecer una aproximación a la tasa ideal propuesta y con ella reducir las muertes y complicaciones neonatales.

3. FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES Y LEGALES

– **Artículo 43 CP. La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades.** La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.

El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia.

– Ley 1257 de 2008, *por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.*

Artículo 2°. Definición de violencia contra la mujer. Por violencia contra la mujer se entiende cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado.

Para efectos de la presente ley, y de conformidad con lo estipulado en los Planes de Acción de las Conferencias de Viena, Cairo y Beijing, por violencia económica, se entiende cualquier acción u omisión orientada al abuso económico, el control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica o política. Esta forma de violencia puede consolidarse en las relaciones de pareja, familiares, en las laborales o en las económicas.

Artículo 3°. Concepto de daño contra la mujer. Para interpretar esta ley, se establecen las siguientes definiciones de daño:

⁷ http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-81602009000300005

⁸ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>

- a) Daño psicológico: Consecuencia proveniente de la acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal;
- b) Daño o sufrimiento físico: Riesgo o disminución de la integridad corporal de una persona;
- c) Daño o sufrimiento sexual: Consecuencias que provienen de la acción consistente en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal.

Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.

- d) Daño patrimonial: Pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o económicos destinados a satisfacer las necesidades de la mujer.

– **Derecho internacional**

Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979).

Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993).

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres “Convención Belem Do Pará” (1996).

3.1 DERECHO COMPARADO⁹

- “Ley nacional número 26485 de protección integral de las mujeres”, Ley Argentina que incorpora el concepto de Violencia Obstétrica como una forma de violencia de género. 2011.
- “Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio Lavallo”, Ley Mexicana que incorpora el concepto de Violencia Obstétrica como una forma de violencia de género. 2008.
- “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida sin violencia”, Ley Venezolana que incorpora el concepto de Violencia Obstétrica como una forma de violencia de género. 2007.

4. CONTENIDO DE LA INICIATIVA

- Reconoce la violencia obstétrica como una manifestación de violencia contra la mujer ampliando el margen de protección Ley 1257 de 2008, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.
- Se establecen medidas correctivas y de prevención en contra de las conductas que configuran la violencia obstétrica.
- Se crea la política de trato humanizado en la atención en salud de las mujeres en estado de embarazo.
- Se establecen sanciones para las personas naturales y jurídicas que incurrieren en conductas constitutivas de violencia obstétricas.

5. PLIEGO DE MODIFICACIONES

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE
TÍTULO: por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica.	TÍTULO: por medio de la cual se reconoce la violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género y se dictan medidas de prevención y sanción. [Contra la violencia obstétrica]
Artículo 1°. <i>Objeto.</i> La presente ley tiene como objeto establecer medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica mediante el establecimiento de garantías de trato digno y humanizado en los procesos de asistencia y atención en salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.	Artículo 1°. <i>Objeto.</i> La presente ley tiene como objeto el reconocimiento de la violencia obstétrica como una modalidad de la violencia de género; impulsando la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer mediante el establecimiento de medidas de prevención y sanción de estas conductas como garantías de trato digno y humanizado en los procesos de asistencia y atención en salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.
Artículo 2°. <i>Violencia obstétrica.</i> Se entiende por violencia obstétrica, toda conducta, acción u omisión que ejerzan las personas naturales o jurídicas del sistema de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto o puerperio, expresada en: a) Omisión de una atención oportuna y eficaz en urgencias obstétricas; b) Trato deshumanizado en las relaciones asistenciales;	Artículo 2°. <i>Violencia obstétrica.</i> Se entiende por violencia obstétrica, toda conducta, acción u omisión que ejerzan las personas naturales o jurídicas del sistema de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto o puerperio, expresada en: a) Omisión de una atención oportuna y eficaz en urgencias obstétricas; b) Trato deshumanizado en las relaciones asistenciales;

⁹ <http://ovochile.cl/category/biblioteca-virtual/>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE
<p>c) Prácticas o procedimientos médicos que no cuenten con el consentimiento informado de la mujer; en especial, aquellas que impliquen limitación o restricción de los derechos sexuales y reproductivos;</p> <p>d) Intromisión no consentida en la privacidad o por revisión invasiva de los órganos genitales;</p> <p>e) Retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago;</p> <p>f) Alteración del proceso natural de parto de bajo riesgo, mediante su patologización, abuso de medicación, uso de técnicas de aceleración, sin que ellas sean necesarias;</p> <p>g) Practicar el parto vía cesárea cuando existan condiciones para el parto natural;</p> <p>h) Dilatación de la práctica de interrupción del embarazo en los casos legalmente admisibles;</p> <p>i) En general, todas aquellas formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, intimidad, integridad o libertad de las mujeres.</p>	<p>c) Prácticas o procedimientos médicos que no cuenten con el consentimiento informado de la mujer; en especial, aquellas que impliquen limitación o restricción de los derechos sexuales y reproductivos;</p> <p>d) Intromisión no consentida en la privacidad o por revisión invasiva de los órganos genitales;</p> <p>e) Retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago;</p> <p>f) Alteración del proceso natural de parto de bajo riesgo, mediante su patologización, abuso de medicación, uso de técnicas de aceleración, sin que sean medicamento necesarias;</p> <p>g) Practicar el parto vía cesárea cuando existan condiciones para el parto natural, salvo que medie solicitud libre e informada de la mujer;</p> <p>h) Dilatación de la práctica de interrupción del embarazo en los casos legalmente admisibles;</p> <p>i) En general, todas aquellas formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, intimidad, integridad o libertad de las mujeres.</p>	<p>b) Como sanción de multas impuestas por la Superintendencia Nacional en Salud comprendidas desde los cien (100) smlmv hasta los ciento cincuenta (150) smlmv. Solidariamente entre el personal médico asistencial y la entidad prestadora de servicios de salud en donde se efectuó la conducta violenta;</p> <p>c) Revocatoria de licencia de funcionamiento.</p> <p>Parágrafo 1°. La Superintendencia de Salud será competente para conocer de las sanciones descritas en los literales b) y c), de acuerdo con el procedimiento sancionatorio previsto en la Ley 1438 de 2011 artículo 28.</p> <p>Parágrafo 2°. Lo anterior sin perjuicio de la reparación de los daños y perjuicios derivados del acto de violencia obstétrica mediante la imputación de responsabilidad médica.</p>	<p>b) Multa, que oscilará entre los 100 smlmv hasta los 150 smlmv, solidariamente, entre el personal médico asistencial y la entidad prestadora de servicio de salud en la cual se haya configurado la conducta violenta;</p> <p>c) Revocatoria de la habilitación de los servicios médicos de obstetricia, en caso de reincidencia por parte de la entidad prestadora de servicios de salud.</p> <p>Parágrafo 1°. El proceso sancionatorio de las conductas de violencia obstétrica iniciará a solicitud de parte o de oficio por las autoridades competentes cuando tuviere conocimiento de la realización de la conducta.</p> <p>Parágrafo 2°. Tratándose de sanción como falta a la ética médica, la competencia sancionatoria le corresponde al tribunal ético profesional nacional y el procedimiento sancionatorio será la prevista Ley 23 de 1981.</p> <p>Cuando se tratare de multa y/o la revocatoria de habilitación de servicios, será la Superintendencia de Salud la competente. El procedimiento sancionatorio a seguir será el previsto en la Ley 1438 de 2011 artículo 128. Los recursos obtenidos producto de la sanción pecuniaria, serán girados a favor del Ministerio de Salud y Protección Social, para la financiación de proyectos de dotación de salas de parto de las Empresas Sociales del Estado.</p> <p>Parágrafo 3°. Las sanciones aquí descritas se aplicarán sin perjuicio de la reparación de los daños y perjuicios derivados del acto de violencia obstétrica mediante la imputación de responsabilidad médica.</p>
<p>Artículo 3°. <i>Sanciones</i>. Las conductas que configuran violencia obstétrica debidamente acreditada darán lugar a las siguientes sanciones:</p> <p>a) Como falta gravísima del personal administrativo y asistencial de los servicios de salud y falta a la ética médica. En dicho caso, la competencia de la sanción correspondiera al tribunal ético profesional y se aplicará el procedimiento previsto en la Ley 23 de 1981 o la que haga sus veces;</p>	<p><u>SE MEJORA REDACCIÓN Y SE PRECISAN SANCIONES</u></p> <p>Artículo 3°. <i>Sanciones</i>. Las conductas que configuran violencia obstétrica debidamente acreditada darán lugar a las siguientes sanciones:</p> <p>a) Suspensión en el ejercicio de la medicina, hasta por cinco años, como falta a la ética médica del personal médico y asistencial de los servicios de salud; de conformidad, con lo previsto en el artículo 83, literal d) de la Ley 23 de 1981 o la que haga sus veces;</p>		

6. PROPOSICIÓN

Por las anteriores consideraciones y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992, se rinde Ponencia Positiva y se solicita a la honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima dar primer debate al **Proyecto de ley número 147 de 2017**, por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica. [Contra la violencia obstétrica].

Cordialmente,



NADIA BLEL SCAFF
Senadora de la Republica

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE

por medio de la cual se reconoce la violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género y se dictan medidas de prevención y sanción. [Contra la violencia obstétrica].

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Disposiciones generales

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene como objeto el reconocimiento de la violencia obstétrica como una modalidad de la violencia de género; impulsando la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer mediante el establecimiento de medidas de prevención y sanción de estas conductas como garantías de trato digno y humanizado en los procesos de asistencia y atención en salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Artículo 2°. *Violencia obstétrica.* Se entiende por violencia obstétrica, toda conducta, acción u omisión que ejerzan las personas naturales o jurídicas del sistema de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto o puerperio, expresada en:

- Omisión de una atención oportuna y eficaz en urgencias obstétricas;
- Trato deshumanizado en las relaciones asistenciales;
- Prácticas o procedimientos médicos que no cuenten con el consentimiento informado de la mujer; en especial, aquellas que impliquen limitación o restricción de los derechos sexuales y reproductivos;
- Intromisión no consentida en la privacidad o por revisión invasiva de los órganos genitales;

- Retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago;
- Alteración del proceso natural de parto de bajo riesgo mediante su patologización, abuso de medicación, uso de técnicas de aceleración, sin que sean médicamente necesarias;
- Practicar el parto vía cesárea cuando existan condiciones para el parto natural, salvo que medie solicitud libre e informada de la mujer;
- Dilatación de la práctica de interrupción del embarazo en los casos legalmente admisibles;
- En general, todas aquellas formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, intimidad, integridad o libertad de las mujeres.

Artículo 3°. *Sanciones.* Las conductas que configuran violencia obstétrica debidamente acreditada darán lugar a las siguientes sanciones:

- Suspensión en el ejercicio de la medicina, hasta por cinco años, como falta a la ética médica del personal médico y asistencial de los servicios de salud, de conformidad, con lo previsto en el artículo 83, literal D de la Ley 23 de 1981 o la que haga sus veces;
- Multa, que oscilará entre los 100 smlmv hasta los 150 smlmv, solidariamente, entre el personal médico asistencial y la entidad prestadora de servicio de salud en la cual se haya configurado la conducta violenta;
- Revocatoria de la habilitación de los servicios médicos de obstetricia, en caso de reincidencia por parte de la entidad prestadora de servicios de salud.

Parágrafo 1°. El proceso sancionatorio de las conductas de violencia obstétrica iniciará a solicitud de parte o de oficio por las autoridades competentes cuando tuviere conocimiento de la realización de la conducta.

Parágrafo 2°. Tratándose, de sanción como falta a la ética médica, la competencia sancionatoria le corresponde al Tribunal Ético Profesional Nacional y el procedimiento sancionatorio será la prevista ley 23 de 1981.

Cuando se tratare de multa y/o la revocatoria de habilitación de servicios, será la Superintendencia de Salud la competente. El procedimiento sancionatorio por seguir, será el previsto en la Ley 1438 de 2011 artículo 128. Los recursos obtenidos, producto de la sanción pecuniaria, serán girados a favor del Ministerio de Salud y Protección Social, para la financiación de proyectos de dotación de salas de parto de las Empresas Sociales del Estado.

Parágrafo 3°. Las sanciones aquí descritas se aplicarán sin perjuicio de la reparación de los daños y perjuicios derivados del acto de violencia obstétrica mediante la imputación de responsabilidad médica.

Artículo 4° *Medidas preventivas y correctivas de violencia obstétrica.* El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, en el ámbito de su competencia adelantará las siguientes medidas correctivas y preventivas de violencia obstétrica.

- Garantizar el acceso universal a una salud sexual y reproductiva segura, aceptable y de buena calidad, especialmente el acceso a los anticonceptivos y a la atención de la salud materna.
- Incluir dentro del diseño de indicadores de desempeño las acciones y los resultados en salud de mujeres en estado de gestación y la atención en condiciones dignas, libres de violencia.
- Incluir y promover la cátedra de derechos humanos, sexuales y reproductivos en los centros de formación educativa.
- Educar y empoderar a las mujeres en el reconocimiento y la exigencia de sus derechos fundamentales y los derechos sexuales y reproductivos y el reconocimiento de las conductas que impliquen violencia.
- Realizar campañas de capacitación y sensibilización del equipo administrativo y asistencial en salud, en el trato digno – humanizado y conductas que configuran violencia obstétrica a las mujeres en los procedimientos y atención durante el embarazo, parto y puerperio.
- Incluir el tema de violencia obstétrica desde la perspectiva de ética profesional en los currículos de educación del personal de la salud.

Artículo 5°. *Atención humanizada.* En el término de 6 meses contados a partir de la expedición de la presente ley el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud, formulará la política de atención humanizada en los servicios de salud a la mujer en estado de gestación.

Artículo 6°. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.



NADIA BLEI SCAFF
Senadora de la República

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los catorce (14) días del mes de diciembre del año dos mil diecisiete (2017)


En la presente fecha se autoriza la publicación en *Gaceta del Congreso* de la República, el siguiente Informe de Ponencia para Primer Debate y Texto Propuesto para Primer Debate.

Número del Proyecto de ley número 147 de 2017 Senado.

Título del proyecto: “*por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica (contra la violencia obstétrica)*”.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5 del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO GENERAL
Comisión Séptima del H. Senado de la República

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 150 DE 2017 SENADO

por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Singapur y el Gobierno de la República de Colombia sobre Promoción y Protección de Inversiones”, suscrito en Bogotá, Colombia, el 16 de julio de 2013.

Bogotá, D. C., diciembre de 2017

Señores

MESA DIRECTIVA

COMISIÓN SEGUNDA

Honorable Senado de la República

Ciudad

Referencia: Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 150 de 2017 Senado, por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Singapur y el Gobierno de la República de Colombia sobre Promoción y Protección de Inversiones”, suscrito en Bogotá, Colombia, el 16 de julio de 2013.

Respetado señor Presidente:

En cumplimiento a la honrosa designación realizada por la honorable Mesa Directiva de la Comisión Segunda del Honorable Senado de la República, y de conformidad con lo establecido en el artículo 150 de la Ley 5ª de 1992, someto a consideración de los honorables Senadores el informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 150 de 2017 Senado, por medio de la cual se aprueba el “*Acuerdo entre el Gobierno de la República de Singapur y el Gobierno de la República de Colombia sobre Promoción y Protección de*

Inversiones”, suscrito en Bogotá, Colombia, el 16 de julio de 2013.

I. TRÁMITE DEL PROYECTO

Origen: Iniciativa Gubernamental

Autores: Ministra de Relaciones Exteriores, *María Ángela Holguín Cuéllar*; Ministra de Comercio, Industria y Turismo, *María Lorena Gutiérrez Botero*.

II. ANTECEDENTES

Este proyecto de ley fue radicado el 19 de octubre de 2017, cumpliendo los requisitos formales exigidos para el efecto, conforme a lo establecido en el artículo 154 de la Constitución Política.

Las negociaciones del Acuerdo de Inversión iniciaron luego de la visita del Presidente Juan Manuel Santos a Singapur en mayo de 2012. Las dos primeras rondas de negociación se llevaron a cabo en Bogotá en agosto y septiembre de 2012 y la tercera y última tuvo lugar del 15 al 19 de abril de 2013 en Singapur.

III. NORMATIVIDAD

Artículos 150, 189, 224 y 241 de la Constitución Política

Ley 5ª de 1992

IV. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

a) Descripción

El 16 de julio de 2013 fue firmado el Acuerdo para la Promoción y Protección Recíproca de Inversiones (APPRI) entre Colombia y Singapur, que se concretó luego de tres rondas de negociación y que tendrá vigencia durante 10 años prorrogables. Dicho acuerdo suscrito entre Colombia y Singapur tiene como objetivo principal atraer inversión extranjera y promover la inversión colombiana en el exterior, garantizando que las inversiones serán protegidas por las autoridades de ambos países (Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, 2013).

El acuerdo está conformado por cuatro secciones: la primera sección son las definiciones y su ámbito de aplicación, la segunda son las garantías para los inversionistas y sus inversiones, la tercera contiene los mecanismos de solución de controversias, y la cuarta comprende las disposiciones finales.

Este acuerdo refleja los esfuerzos del Gobierno por insertar a Colombia en el mercado asiático, permitiendo fortalecer las relaciones comerciales que ya existen con la República de Singapur, que será un aliado estratégico en la región.

b) Justificación

El fortalecimiento de los lazos económicos y de inversión con el Asia Pacífico, región con alto potencial económico a nivel mundial, así como también región precursora en crecimiento y tecnología, es un imperativo para toda economía desarrollada o en desarrollo.

El “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Singapur y el Gobierno de la República de

Colombia sobre Promoción y Protección de Inversiones” constituye un paso importante para el fortalecimiento de las relaciones económicas entre Colombia y Asia. Con este mismo objetivo se han suscrito tres acuerdos adicionales con países como China, India y Japón.

Además, el Gobierno y el Congreso colombianos han venido trabajando conjuntamente para brindar cada día mayor seguridad jurídica y un mejor clima de negocios, de tal forma que se den mejores condiciones para la inversión nacional y extranjera en el país. En este sentido se destacan los siguientes eventos:

- Se han realizado modificaciones al Estatuto de Inversiones Internacionales (Decreto número 119 de 2017) que pretende garantizar la contribución de las inversiones al crecimiento económico del país, así como depurar los procedimientos de registro de la inversión. De esta forma se garantiza tanto el control por parte del Estado como la simplicidad y la claridad de los trámites que debe realizar el inversionista para hacer efectiva su inversión.
- Adicionalmente, el Congreso de la República ha aprobado varios tratados de características similares como los Acuerdos para la Promoción y Protección Recíproca de Inversiones con China, India y Japón, aprobados mediante las Leyes 1462 de 2011, 1449 de 2011 y 1720 de 2014, respectivamente. También se pueden incluir los acuerdos celebrados con Perú (en 1996, 2003 y 2009), España (2006) y Suiza (2008).

c) Política pública en materia de inversión

Durante estos últimos años el Gobierno ha desarrollado toda una estrategia para internacionalizar la economía. Dentro de esta estrategia, uno de los puntos importantes es la negociación y suscripción de Acuerdos Internacionales de Inversión.

El Acuerdo entre Colombia y Singapur se enmarca dentro de las previsiones del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un Nuevo País” cuyo capítulo V establece, entre otros, que el Gobierno diseñará una estrategia para fomentar el desarrollo productivo e internacionalización para la competitividad empresarial, lo cual incluye la promoción dirigida a atraer inversión extranjera directa a las regiones de menor desarrollo del país.

La necesidad de atraer inversión extranjera al país no se limita al Plan de Desarrollo 2014- 2018. Se trata de una política consistente que se remonta al Conpes 3135 de 2001 y al Plan de Desarrollo 2002-2006 “Hacia un Estado Comunitario”, en el que se planteó la suscripción de tratados bilaterales de inversión como política pública encaminada al desarrollo económico.

La relación positiva entre los Acuerdos de Inversión suscritos con países altamente exportadores de capital y el aumento de los flujos de inversión

extranjera directa hacia un país ha sido analizada en estudios econométricos, permitiendo concluir que este tipo de acuerdos no solo son instrumentos importantes para el desarrollo económico de un país, sino que adicionalmente estos acuerdos permiten proteger las inversiones de los connacionales en el extranjero (Salacuse, 1998).

Siguiendo estas directrices, el Consejo Superior de Comercio Exterior, en sesión número 81 del 27 de marzo de 2007, determinó los lineamientos por seguir en materia de negociaciones comerciales y de inversión, privilegiando la búsqueda de acuerdos y el fortalecimiento de relaciones con aquellos países que cumplen una serie de criterios preestablecidos. En la actualización de esta agenda de negociación, en el año 2011 el Consejo Superior de Comercio Exterior estableció que Singapur es un país prioritario tanto para la suscripción de Acuerdos Internacionales de Inversión como para las negociaciones comerciales del Gobierno.

En consecuencia, la ratificación del “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Singapur y el Gobierno de la República de Colombia sobre Promoción y Protección de Inversiones” hace parte de una estrategia coherente de inserción del país en la economía mundial, pues crea una atmósfera propicia para que empresarios colombianos busquen nuevos nichos de mercado en Singapur y contribuye a que Colombia se convierta en un actor importante en materia de atracción de flujos de capital.

V. IMPORTANCIA DEL ACUERDO PARA COLOMBIA

El proceso de globalización económica en que se encuentran inmersos todos los Estados acentúa la importancia de integrar en forma activa las economías de los países en vías de desarrollo a la economía internacional. A su vez, la Inversión Extranjera Directa (IED) día a día se consolida como la fuente más dinámica de recursos para financiar el crecimiento económico de estos países. Esto se debe a que la inversión extranjera puede contribuir al desarrollo de un país al complementar la inversión nacional, aumentar la base impositiva, fortalecer los lazos de comercio y la capacidad exportadora, generar transferencias de tecnología, difundir habilidades y conocimientos especializados, constituyéndose en motor para la creación de empleo.

El inversionista extranjero suele introducir en los países nuevas y modernas tecnologías que de otra forma no estarían disponibles en esas economías. Así mismo, la inversión extranjera directa puede financiar la apertura de mercados de exportación de bienes y servicios en ámbitos internacionales, aprovechando así las ventajas competitivas de cada país. De igual manera, este tipo de inversión ayuda a las economías nacionales en la creación de puestos de trabajo y en la capacitación de empleados, ya que los inversionistas foráneos suelen tener un alcance global en materia de recursos humanos y conocimientos avanzados en el desarrollo de sus negocios, dos aspectos que normalmente transfieren

a sus sucursales o filiales y por lo tanto fomentan el intercambio de expertos y la capacitación productiva de su personal.

Los inversionistas, antes de llevar su capital a un país, revisan los factores políticos, económicos y jurídicos que puedan afectar sus intereses, privilegiando aquellos lugares donde se ofrecen las mejores condiciones. En este aspecto la regulación de cada país es determinante y obliga a diseñar políticas que atraigan capitales foráneos que aumenten la productividad del país, a la vez que se mantengan los estándares constitucionales y legales en materia de orden público, protección laboral, medioambiental, entre otros aspectos.

Un estudio de la Fundación para la Educación y el Desarrollo, denominado “Impacto de la inversión extranjera en Colombia”, arrojó significativas conclusiones sobre la importancia de la inversión extranjera para el país, a saber:

- La inversión extranjera directa en Colombia ha contribuido, por lo menos, con un punto porcentual de crecimiento anual del PIB en promedio en los últimos cinco años; esto quiere decir que entre 2002 y 2007 la creciente inversión extranjera contribuyó en promedio en más de un 1% al crecimiento anual del PIB de acuerdo a las mediciones realizadas por el estudio para esa época. Entre los años 2013-2014 Colombia reportó una cifra récord de recepción de Inversión Extranjera Directa (IED), pues el monto total de inversión superó los US\$ 16.000 millones, lo que representa el mayor monto de IED en la historia económica del país y sobrepasa el margen de los US\$ 15.039 millones reportados en el 2012. En 2016, la inversión hacia Colombia aumentó un 16% alcanzando US\$ 13.6 mil millones.
- Las empresas multinacionales (EMN) con inversión extranjera directa usan más mano de obra calificada. Dado el alto grado de sofisticación de las EMN, involucradas por regla general en sectores industriales o comerciales de alta complejidad, suele ser el caso que estas requieran de trabajadores especializados con los conocimientos técnicos suficientes para cumplir con las exigencias propias de la actividad económica desarrollada.
- Las empresas con inversión extranjera directa pagan mayores salarios, lo cual quedó evidenciado en la encuesta empresarial efectuada por Fedesarrollo, que concluyó que en comparación con empresas colombianas pertenecientes al mismo sector, las empresas multinacionales suelen pagar mayores salarios y ofrecer mejores beneficios laborales para sus empleados. La razón radicaría en que las EMN tienden a ser más eficientes y productivas, lo que les permitiría invertir mayores sumas en capital humano.

- Las empresas con inversión extranjera directa desarrollan más investigación y desarrollo, dado que la incidencia de la IED en sectores de alta demanda de bienes de capital repercute directamente en la renovación y actualización tecnológica del país. En el caso colombiano, la evolución reciente de los mercados internacionales con la presencia de inversión extranjera genera grandes oportunidades para los empresarios en la obtención de un sistema integrado de producción, distribución y comercialización propio de un mercado globalizado de bienes y servicios.
- Las empresas con inversión extranjera directa tienen más arraigada la cultura de la responsabilidad social, pues cada empresa trae consigo la implementación de modelos de buen gobierno corporativo, basados en las acciones de impacto social y en el involucramiento con la comunidad. En la medida en que la responsabilidad corporativa puede modificar el comportamiento del consumidor (quien puede mostrar predilección por productos provenientes de empresas responsables socialmente) se crea una competencia sana que da valor agregado a las empresas que la practican. Así, la responsabilidad corporativa practicada por las multinacionales puede tener el efecto multiplicador de ser imitada por las empresas nacionales que quieran competir.

Por estas razones, Colombia sigue esforzándose por lograr mejoras sustanciales en temas como la seguridad física, la seguridad jurídica y el clima de inversión.

a) Potencial de inversión de Singapur

Singapur es uno de los principales receptores y exportadores de capitales dentro de la subregión del sudeste asiático, líder en desarrollo y tecnología. Adicionalmente, pertenece a la región de Asia Pacífico, uno de los puntos más dinámicos de la economía mundial, núcleo de crecimiento económico, epicentro de comercio e inversión, líder en avances tecnológicos y escenario importante de integración y cooperación global.

De acuerdo con el WIR 2017 (Reporte Mundial de Inversión de 2017), en los últimos seis años Singapur ha sido uno de los países del sudeste asiático que mayores flujos de inversión ha recibido, representando más de la mitad de los flujos de inversión hacia la región:

INGRESOS (millones USD)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Promedio
Singapur	49.156	56.236	64.685	73.987	70.579	61.597	62.706
Sudeste Asiático	94.866	108.095	126.148	130.428	126.639	101.099	114.545

De igual forma, en los últimos seis años Singapur ha sido el mayor exportador de capitales del sudeste asiático, representando más de la mitad de los flujos desde la región:

EGRESOS (millones USD)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Promedio
Singapur	31.371	19.443	43.597	52.217	31.405	23.888	33.653
Sudeste Asiático	61.857	56.515	81.910	88.744	55.689	35.418	63.355

Por su parte, Colombia ha contribuido históricamente al 11% de la inversión extranjera que llega a Suramérica y en 2016 fue el segundo país que recibió mayores flujos de inversión en la región, después de Brasil:

INGRESOS (millones USD)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Promedio
Colombia	14.648	15.039	16.209	16.163	11.732	13.593	14.564
Suramérica	157.365	156.597	117.063	127.277	117.303	100.579	129.364

Colombia viene contribuyendo a los flujos de inversión desde Suramérica al mundo, representando un 25% de la región (con base en el promedio de los últimos seis años).

Además, en 2016 fue el segundo país en la región en exportación de capitales después de Chile:

EGRESOS (millones USD)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Promedio
Colombia	8.420	-606	7.652	3.899	4.218	4.516	4.683
Suramérica	34.390	16.693	16.616	22.856	19.550	1.039	18.524

b) Cifras bilaterales: Relación Colombia-Singapur

Singapur se ha convertido en la principal fuente de inversión extranjera directa en el sudeste de Asia. A su vez, tiene uno de los PIB per cápita más altos del mundo (estimado en 2016 en US\$ 51.4312), es el cuarto centro financiero más importante del mundo y tiene el cuarto mercado de divisas más grande del mundo. Junto a Hong Kong, Corea del Sur y Taiwán, es considerado como uno de los “cuatro tigres asiáticos”.

De acuerdo con el registro de inversión del Banco de la República, los flujos de inversión de Singapur en Colombia han sido ocasionales. El flujo total acumulado de inversión singapurense a 2016 en Colombia es de US\$ 102.4 millones, con una inversión sustancial en el año 2015 de US\$ 72.2 millones.

Este mismo registro muestra los principales sectores económicos que reciben la inversión proveniente de Singapur (2016):



VI. ACUERDO ENTRE LA REPÚBLICA DE SINGAPUR Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA SOBRE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE INVERSIONES

El objetivo principal buscado por los Estados al negociar un tratado de Promoción y Protección Recíproca de Inversiones (APPRI o BIT, por sus siglas en inglés) es establecer un marco jurídico justo y transparente que promueva la inversión a través de la creación de un ambiente que proteja al inversionista, su inversión y los flujos relacionados con esta, sin crear obstáculos indebidos a las inversiones provenientes de la otra Parte del tratado. En otras palabras, se busca establecer reglas de juego claras para los inversionistas de ambas Partes, que brinden protección y seguridad mutua con el ánimo de generar incentivos para atraer la inversión extranjera.

Para lograr este objetivo, en dicho instrumento se establecen compromisos relacionados con el tratamiento que se otorgará al inversionista (trato nacional y trato de nación más favorecida), los estándares de responsabilidad que asumen los Estados con respecto a los inversionistas del otro Estado (nivel mínimo de trato), el establecimiento de reglas para la compensación al inversionista en caso de expropiación y los procedimientos de solución de controversias.

Es importante señalar que para un correcto entendimiento y aplicación del acuerdo se hace necesario definir claramente quiénes son los sujetos destinatarios de este (definición de inversionista) y qué tipo de actividades o transacciones económicas serán cubiertas por el mismo (definición de inversión). También se deben definir otros elementos necesarios para otorgar mayor claridad y eficacia al acuerdo, tales como las reglas para su entrada en vigor, terminación y las condiciones de aplicación en el tiempo y el espacio.

Para la negociación de este Acuerdo, los negociadores colombianos tuvieron en cuenta las peculiaridades jurídicas, económicas y políticas del país, así como los pronunciamientos previos de varios miembros del Congreso de la República y la Honorable Corte Constitucional en relación con acuerdos de características similares.

En este acuerdo se reiteraron cláusulas compatibles con nuestra Constitución y a las que se ha referido la Honorable Corte Constitucional cuando ha tenido la oportunidad de revisar las leyes aprobatorias de otros tratados de esta misma naturaleza. Fue así como, para respetar lo previsto en el artículo 100 de la Constitución, el Tratado prevé que nada de lo dispuesto en el mismo se interpretará en el sentido de impedir que una Parte adopte o mantenga medidas destinadas a preservar el orden público. Así mismo, se acordó que las Partes podrán establecer monopolios de conformidad con lo establecido en el Acuerdo y en el caso de Colombia, de acuerdo con el artículo 336 de la Constitución. En igual sentido, para que el tratado sea concordante

con el artículo 58 de la Constitución, se convino que solamente por razones de utilidad pública o interés social y con arreglo a la ley, puedan expropiarse las inversiones, siempre que medie el pago de una indemnización.

A continuación, se describen las cláusulas contenidas en el acuerdo.

– **Preámbulo**

En el Preámbulo se establece que el Acuerdo tiene por finalidad promover la inversión en aras de la intensificación de la cooperación económica entre ambos países, mantener condiciones favorables para las inversiones realizadas por inversionistas y de esta forma estimular la iniciativa empresarial y promover la prosperidad y el desarrollo económico para ambas Partes y la prosperidad económica de ambos países.

– **Capítulo I. Definiciones**

Artículo 1°. Definiciones

Se incluye aquí la definición de “inversionista”, “inversión”, “empresa”, “territorio” y “nacional”, entre otros. En este artículo se incorpora al acuerdo una definición de inversión que contempla los actos que revisten carácter de inversión (tales como adquisición de propiedad, acciones, derechos de autor y derechos de propiedad intelectual, entre otros). Además, se contemplan las características mínimas de una inversión: aporte de capital, expectativa de ganancias y la asunción de riesgo.

Se excluyen de esta definición aquellas operaciones que no deben entenderse protegidas al amparo del acuerdo. Estas son las operaciones de deuda pública, a menos que se llegue a presentar un incumplimiento y este viole los principios de trato nacional o trato de nación más favorecida. Finalmente, dentro de la definición de inversionista, se hace claro que el acuerdo no aplicará para las inversiones realizadas por personas que ostenten doble nacionalidad.

Artículo 2°. Ámbito de aplicación

Este artículo establece que el Acuerdo se aplicará a todas las inversiones de inversionistas de una Parte que hayan sido legalmente establecidas, adquiridas o expandidas en la otra Parte; sin tener en cuenta cuándo se establecieron, adquirieron o expandieron dichas inversiones. Se aclara que el acuerdo no será aplicable a las controversias o reclamaciones sucedidas con anterioridad a la vigencia del tratado.

Artículo 3°. Promoción de la Inversión

Cada Parte promoverá que los inversionistas de la otra Parte realicen en su territorio inversiones de conformidad con su política económica general.

– **Capítulo II. Protección**

Artículo 4°. Nivel Mínimo de Trato

Se establece el “nivel mínimo de trato”, por el que las Partes se comprometen a tratar a los inversionistas de la otra Parte de conformidad con el derecho internacional consuetudinario, incluyendo

el trato justo y equitativo y la protección y seguridad plenas.

El acuerdo establece que en el “trato justo y equitativo” se incluye la obligación de garantizar acceso a las cortes de justicia y los tribunales administrativos y no denegar la justicia en procedimientos penales, civiles o administrativos, de acuerdo con el principio del debido proceso.

Artículo 5°. Trato nacional

Se establece el llamado “trato nacional”, por el que las Partes se comprometen a tratar las inversiones y a los inversionistas de la otra Parte como si hubieran sido hechas por nacionales del propio territorio, prohibiendo cualquier tipo de discriminación.

Artículo 6°. Trato de nación más favorecida

Este artículo establece el trato de “nación más favorecida” por el que una Parte se compromete a tratar a la inversión y a los inversionistas de la otra Parte de la misma manera en que trata las inversiones e inversionistas de un tercer país, que eventualmente tenga beneficios adicionales a los concedidos mediante el Acuerdo.

Sin embargo, el trato de nación más favorecida no se aplica en materia de los mecanismos de solución de controversias ni a acuerdos más favorables dados en virtud de cualquier área de libre comercio, uniones aduaneras, mercados comunes o uniones económicas o acuerdos de promoción y protección recíproca de inversiones, acuerdos entre miembros de ASEAN (Asociación de Naciones del Sudeste Asiático), acuerdos de promoción de cooperación regional en campos económicos, sociales, laboral, industrial o monetario.

Artículo 7°. Expropiación

Este artículo establece como requisitos para la procedencia de la expropiación o la nacionalización directa o indirecta, que el motivo sea de utilidad pública o interés social; que la medida no tenga carácter discriminatorio; que se respete el debido proceso y se realice mediante la indemnización pronta, adecuada y efectiva.

La segunda parte del mencionado artículo fija las características de la indemnización: que sea pagada sin demora; que corresponda al valor justo del mercado antes de la expropiación; que no se vea afectada por la merma de valor a consecuencia del anuncio de una expropiación futura; y que sea liquidable y transferible. El precepto desarrolla también lo relacionado con el pago de intereses y la regulación del tipo de cambio.

También establece la posibilidad de los Estados de establecer o mantener monopolios de conformidad con su legislación nacional.

Finalmente, el artículo excluye de su aplicación la expedición de licencias obligatorias dentro del marco del acuerdo ADPIC (Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio).

Artículo 8°. Compensación por pérdidas

Establece que las Partes otorgarán a los inversionistas de la otra Parte un tratamiento no menos favorable que el que otorgan a sus propios inversionistas o a inversionistas de una Parte no contratante en cuanto a la restitución, indemnización, compensación u otro acuerdo si existe cuando hayan sufrido pérdidas o daños como resultado de conflictos armados, revolución e insurrección, entre otros.

Asimismo, establece que cualquier pago como medio de solución será efectivamente realizable, libremente transferible y libremente convertible.

Artículo 9°. Libre transferencia

Este artículo establece un marco recíproco en el que todas las transferencias se hagan libremente y sin demora. Tales transferencias incluyen varios rubros detallados, tales como aportes de capital, ganancias, dividendos, intereses, regalías, asistencia técnica, venta o liquidación de la inversión, etc.

De igual modo, se estipula la utilización de monedas de libre uso al tipo de cambio vigente en el momento de la transferencia.

Artículo 10. Restricciones para salvaguardar la balanza de pagos

Para respetar la autonomía del Banco de la República y del Gobierno, se acordó que en circunstancias de problemas o amenazas a la balanza de pagos y dificultades o amenazas para el manejo macroeconómico, se pueden restringir temporalmente las transferencias.

Dichas restricciones deben ser no discriminatorias, de duración limitada, acorde con los artículos del Acuerdo del Fondo Monetario Internacional y prontamente notificadas.

Artículo 11. Subrogación

Con esta disposición se busca evitar que un inversionista que ya haya sido indemnizado por una aseguradora contra riesgos no comerciales, por ejemplo, riesgos políticos, demande al Estado buscando que este también lo indemnice. Así mismo, busca que la parte contratante o la agencia designada por esta tenga, en virtud de la subrogación, la facultad de ejercer los derechos, exigir los reclamos del inversionista y asumir las obligaciones relacionadas con la inversión en la misma medida que el inversionista.

– **Capítulo III: Solución de controversias**

Primera Sección: Solución de controversias entre una Parte y un inversionista de la otra Parte: Artículos 12 a 20.

Este Capítulo establece el procedimiento para resolver las controversias que surjan entre alguno de los Estados e inversionistas del otro Estado.

En general, el acuerdo prevé que una vez agotadas las fases de consultas y negociación, que

tendrán una duración mínima de seis meses, un inversionista puede someter sus diferencias con una Parte a arbitraje bajo el Convenio del CIADI (Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones), el mecanismo complementario del CIADI, las reglas del CNUDMI (Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional) u otro mecanismo *ad hoc* acordado por las partes de una controversia. No se someterán a arbitraje bajo este capítulo las medidas del artículo 3° (promoción de inversiones).

Más allá de las particularidades de la normatividad acordada, el punto central de esta sección es la posibilidad de solucionar una controversia entre el inversionista y el Estado receptor de la inversión a través de tribunales arbitrales internacionales.

Segunda Sección: Solución de controversias entre las Partes: Artículos 21 a 26.

En caso de conflicto entre los dos Estados contratantes, acerca de la interpretación o aplicación del Acuerdo, este se resolverá, en lo posible, mediante consultas. Si la controversia no puede resolverse en seis meses, esta se podrá presentar a un tribunal de arbitraje *ad hoc* designado de común acuerdo por las partes. Y finalmente, se establece el procedimiento para conformar el tribunal, las calidades de los árbitros y otros aspectos administrativos del tribunal.

– **Capítulo IV: Disposiciones finales**

Artículo 27. Excepciones generales

En este artículo se establece una salvaguarda de la potestad regulatoria del Estado, para adoptar ciertas medidas si cumplen con el requisito de no ser discriminatorias entre inversiones o inversionistas, o no se constituyan en una restricción encubierta al comercio internacional o a la inversión.

Dichas medidas son aquellas para proteger la moral o mantener el orden público, la vida humana, animal o vegetal, que garanticen el cumplimiento de leyes y normas que no sean incompatibles con el Acuerdo y la conservación de los recursos naturales vivos y no vivos no renovables; medidas para la prevención de prácticas engañosas y fraudulentas; medidas para la protección de la privacidad individual relacionada con el procesamiento y divulgación de datos personales y la protección de confidencialidad de registros y cuentas personales; medidas impuestas por razones prudenciales para proteger el sistema financiero.

Artículo 28. Excepciones de seguridad

Este artículo reserva la facultad del Estado para adoptar medidas por razones de seguridad esencial como el acceso a información, fabricación de armas, municiones e implementos de guerra, abastecimientos de establecimientos militares y el cumplimiento de obligaciones en virtud de la Carta

de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz y seguridad internacionales.

Artículo 29. Denegación de beneficios

En esencia, el artículo 29 busca impedir que, a través de una especie de triangulación, se beneficien de las normas de protección de inversiones inversionistas de terceros países o inversiones sin actividades comerciales sustanciales, es decir, empresas de papel o inversionistas del mismo país que niega los beneficios.

Artículo 30. Entrada en vigor, duración y terminación

Establece el procedimiento para la entrada en vigencia del Acuerdo, su duración y terminación. La vigencia inicial será de 10 años prorrogables, a menos que se denuncie el acuerdo, caso en el cual para las inversiones realizadas se prolongará por un plazo adicional de 10 años.

Este articulado permitirá consolidar las relaciones entre inversores y Estados partes así como contribuir al posicionamiento de Colombia como un país seguro para hacer negocios.

VII. CONCLUSIONES

El acuerdo de inversiones objeto de estudio se convertirá en una herramienta fundamental para estimular el flujo de inversiones recíprocas entre Colombia y Singapur. Así mismo, servirá como mecanismo de promoción de las inversiones de Singapur en Colombia y para la protección de las inversiones colombianas en Singapur. Adicionalmente, contribuirá a la generación de ventajas por la entrada de capitales extranjeros tales como la innovación tecnológica, la transferencia de conocimiento, la creación de empleo y el desarrollo económico y social del país, logrando de esta forma apoyar el proceso de modernización de la economía colombiana y la inserción del país en el mercado global.

Con este acuerdo Colombia podrá ofrecer a los inversionistas extranjeros un claro mensaje de aceptación de los estándares internacionales para la protección de las inversiones y, por otro lado, promoverá la inversión colombiana en el exterior.

El mejoramiento de las condiciones de seguridad física y jurídica y el repunte en el crecimiento económico han sido percibidos positivamente por inversionistas extranjeros que reconocen los esfuerzos de Colombia por mejorar el clima de inversión, destacando las condiciones favorables del país para desarrollar sus negocios.

La aprobación y la consecuente ratificación del “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Singapur y el Gobierno de la República de Colombia sobre Promoción y Protección de Inversiones” impulsarán la realización de nuevas inversiones recíprocas y motivarán a los inversionistas extranjeros de esa nacionalidad a iniciar negocios y permanecer en el país.

VIII. ARTICULADO**PROYECTO DE LEY NÚMERO 150 DE 2017
SENADO**

por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Singapur y el Gobierno de la República de Colombia sobre Promoción y Protección de Inversiones”, suscrito en Bogotá, Colombia, el 16 de julio de 2013.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Apruébese el “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Singapur y el Gobierno de la República de Colombia sobre Promoción y Protección de Inversiones”, suscrito en Bogotá el 16 de julio de 2013.

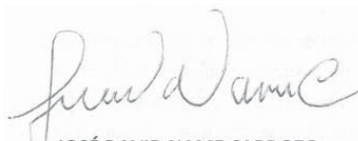
Artículo 2°. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 7ª de 1944, el “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Singapur y el Gobierno de la República de Colombia sobre Promoción y Protección de Inversiones”, suscrito en Bogotá, el 16 de julio de 2013, que por el artículo 1° de esta ley se aprueba, obligará a la República de Colombia a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto del mismo.

Artículo 3°. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

IX. PROPOSICIÓN FINAL

Por las anteriores consideraciones, presento ponencia positiva y propongo surtir primer debate ante la Comisión Segunda del honorable Senado de la República al Proyecto de ley número 150 de 2017, *por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Singapur y el Gobierno de la República de Colombia sobre Promoción y Protección de Inversiones”, suscrito en Bogotá, Colombia, el 16 de julio de 2013.*

Cordialmente,



JOSÉ DAVID NAME CARDOZO
SENADOR DE LA REPUBLICA

**TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER
DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO
150 DE 2017 SENADO**

por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Singapur y el Gobierno de la República de Colombia sobre Promoción y Protección de Inversiones”, suscrito en Bogotá, Colombia, el 16 de julio de 2013.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

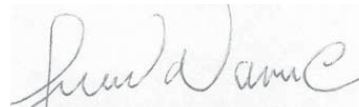
Artículo 1°. Apruébese el “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Singapur y el Gobierno

de la República de Colombia sobre Promoción y Protección de Inversiones”, suscrito en Bogotá el 16 de julio de 2013.

Artículo 2°. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 7ª de 1944, el “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Singapur y el Gobierno de la República de Colombia sobre Promoción y Protección de Inversiones”, suscrito en Bogotá el 16 de julio de 2013, que por el artículo primero de esta ley se aprueba, obligará a la República de Colombia a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto del mismo.

Artículo 3°. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

De los honorables Congresistas,



JOSE DAVID NAME CARDOZO
SENADOR DE LA REPUBLICA

**INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER
DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO
262 DE 2017 SENADO**

por medio del cual se modifican los artículos 1° y 2° en sus numerales 1.2, 2.1 y 2.3 de la Ley 14 de 1990 en la cual se establece la distinción reservista de honor, y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 6 de diciembre de 2017

Doctor

IVÁN LEONIDAS NAME

Presidente

Comisión Segunda Constitucional Permanente

Senado de la República

Ciudad

Asunto: Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 262 de 2017 Senado.

Respetado señor Presidente:

Atendiendo la designación que me hizo como ponente y de conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política y en la Ley 5ª de 1992, me permito rendir informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 262 de 2017 Senado, 129 de 2016 Cámara, *por medio del cual se modifican los artículos 1° y 2° en sus numerales 1.2, 2.1 y 2.3 de la Ley 14 de 1990 en la cual se establece la distinción reservista de honor, y se dictan otras disposiciones*, en los siguientes términos:

I. TRÁMITE Y ANTECEDENTES

El Proyecto de ley número fue radicado por la Representante Olga Lucía Velásquez Nieto el 24 de agosto de 2016. Fue aprobado en primer debate en la Comisión Segunda de la Cámara el 22 de noviembre de 2016 y en la Plenaria de la Cámara,

en segundo debate, el 15 de junio de 2017, en ambas ocasiones, con ponencia favorable presentada por el Representante Efraín Torres.

OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto que se presenta a consideración de la Comisión Segunda del Senado tiene por objeto principal la inclusión como reservistas de honor a los veteranos de la Fuerza Pública que son pensionados por invalidez en servicio por causa y razón del mismo y que hayan perdido el 25% o más de su capacidad psicofísica, toda vez que en la actualidad solo son considerados como reservistas de honor los miembros de la Fuerza Pública heridos en combate o como consecuencia de la acción del enemigo y que hayan perdido el 25% o más de su capacidad psicofísica.

En segundo lugar, el proyecto aumenta de 3 a 5 el número de cupos de las becas disponibles anualmente para especializaciones en el exterior dedicadas a los reservistas de honor. las becas que los establecimientos privados deben otorgar a los reservistas de honor.

En tercer lugar, el proyecto aumenta del 2 al 5% el personal de reservistas de honor que las entidades públicas deben vincular al reunir los requisitos de idoneidad para el cargo, y establece que será el Departamento Administrativo de la Función Pública la entidad gestora de la inclusión laboral de los reservistas de honor a las entidades públicas.

Como se menciona en la exposición de motivos al proyecto de ley, las diferentes formas de violencia que han ocurrido en Colombia han significado el sacrificio de un gran número de integrantes de la fuerza pública, algunos de los cuales se encuentran en condición de discapacidad como consecuencia del combate o de la acción del enemigo. Sin embargo, la normativa vigente excluye del grupo de reservistas de honor a los miembros de la fuerza pública pensionados por invalidez, situación que se presenta como paradójica si se tiene en cuenta que, como lo señala la autora del proyecto en su exposición de motivos, sí se les otorga la condición de reservistas de honor a quienes se les haya otorgado la Orden de Boyacá por acciones distinguidas de valor o heroísmo, la Orden Militar de San Mateo, la Medalla de Servicios en Guerra Internacional, entre otras, aun cuando en algunas ocasiones los portadores de estas distinciones no han estado ni siquiera en combate.

Normatividad referente a la designación de Reservista de Honor

“Decreto número 094 de 1989, modificado por el Decreto número 1796 de 2000, ‘por el cual se regula la evaluación de la capacidad psicofísica y de la disminución de la capacidad laboral, y aspectos sobre incapacidades, indemnizaciones, pensión por invalidez e informes administrativos por lesiones de los miembros de la Fuerza Pública, Alumnos de las Escuelas de Formación y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil al servicio del

Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993’ en su artículo 24, indica:

Artículo 24. Informe administrativo por lesiones. Es obligación del Comandante o Jefe respectivo, en los casos de lesiones sufridas por el personal bajo su mando, describir en el formato establecido para tal efecto, las circunstancias de modo, tiempo y lugar; en las que se produjeron las lesiones e informarán si tales acontecimientos ocurrieron en una de las siguientes circunstancias:

- a) *En el servicio pero no por causa y razón del mismo, es decir, enfermedad y/o accidente común;*
- b) *En el servicio por causa y razón del mismo, es decir, enfermedad profesional y/o accidente de trabajo;*
- c) *En el servicio como consecuencia del combate o en accidente relacionado con el mismo, o por acción directa del enemigo, en tareas de mantenimiento o restablecimiento del orden público o en conflicto internacional;*
- d) *En actos realizados contra la ley, el reglamento o la orden superior.*

Parágrafo. Cuando el accidente en que se adquirió la lesión pase inadvertido para el comandante o jefe respectivo, el lesionado deberá informarlo por escrito dentro de los dos (2) meses siguientes a su ocurrencia.

En todo caso los organismos médico-laborales deberán calificar el origen de la lesión o afección”.

En referencia de la norma anterior, la Ley 14 de 1990, en su artículo 1°, integra entre otros a los miembros de la Fuerza Pública que adquirieron las lesiones en el literal c), esto es, “*En el servicio como consecuencia del combate o en accidente relacionado con el mismo, o por acción directa del enemigo, en tareas de mantenimiento o restablecimiento del orden público o en conflicto internacional*”. No obstante, los militares y policías quienes adquirieron lesiones en literal b), esto es: “*En el servicio por causa y razón del mismo, es decir, enfermedad profesional y/o accidente de trabajo*”, quedan desprovistos de los beneficios de esta ley, siendo muy similares estas dos calificaciones, pues la evolución del conflicto armado ha llegado al límite, en el cual en ocasiones no se puede distinguir entre la una y la otra.

Con el incremento en las acciones de los grupos armados al margen de la ley, tanto en zonas rurales como urbanas, el Ministerio de Defensa ha acrecentado los sectores designados como de orden público alterado incluyendo estos dos tipos de zonas; de igual forma, estos grupos han evolucionado en su actuar delictivo y terrorista contra los miembros de la Fuerza Pública. Un ejemplo de ello es el plan pistola, el cual se ha convertido en una de las modalidades más comunes usadas por las células guerrilleras y paramilitares urbanas para atentar contra el personal de las Fuerzas Militares y Policía Nacional en sitios

que no son de orden público y que difícilmente se identifica a su actor. En efecto de lo anterior, muchas de las solicitudes de los miembros de la Fuerza Pública para obtener la distinción de Reservista de Honor y que sus lesiones fueron calificadas como “*En el servicio por causa y razón del mismo*” por situaciones como la del ejemplo anterior son negadas por cuanto el informe administrativo no identifica acción directa del enemigo o producidas en orden público, a pesar de encontrarse pensionados por invalidez.

En el mismo Decreto número 1796 de 2000, en sus artículos 30 y 31, indica que es una enfermedad profesional y accidente de trabajo, a saber:

Artículo 30. Enfermedad profesional. Se entiende por enfermedad profesional todo estado patológico que sobrevenga como consecuencia obligada de la clase de labor que desempeñe o del medio en que realizan su trabajo las personas de que trata el presente decreto, bien sea determinado por agentes físicos, químicos, ergonómicos o biológicos y que para efectos de lo previsto en el presente decreto se determinen como tales por el Gobierno nacional.

Parágrafo. El Gobierno nacional determinará en forma periódica las enfermedades que se consideran como profesionales.

Ejemplo: Caso de un uniformado que a pesar de haber sido quemado en un 80% de su cuerpo por una bomba molotov en una protesta estudiantil y calificado en literal b), le fue negada su inclusión por cuanto no refería sus lesiones en casos de mantenimiento del orden público (la cual se trataba en sector urbano y no eran grupos al margen de la ley).

Artículo 31. Accidente de trabajo. Se entiende por accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga en el servicio por causa y razón del mismo, que produzca lesión orgánica, perturbación funcional, la invalidez o la muerte.

Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes impartidas por el comandante, jefe respectivo o superior jerárquico, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aun fuera del lugar y horas de trabajo.

Igualmente lo es el que se produce durante el traslado desde el lugar de residencia a los lugares de labores o viceversa cuando el transporte lo suministre la institución, o cuando se establezca que la ocurrencia del accidente tiene relación de causalidad con el servicio.

Ejemplo: Caso de un uniformado, el cual, en una persecución contra integrantes de grupos de delincuencia organizada, colisionó contra los mismos, afectándole gravemente una extremidad inferior (amputación). Fue calificado como accidente de trabajo, literal b) artículo 24, Decreto 1796 de 2000, no dándosele la reubicación laboral y negando la solicitud de inclusión reservista de honor.

Así como los ejemplos anteriores, hay cientos de casos, los cuales son excluidos de las ventajas

que la Ley 14 de 1990 ofrece, advirtiendo no solo una discriminación para con los mismos integrantes de la Fuerza Pública que ofendieron su humanidad en actos del servicio, sino una falta de solidaridad del mismo Estado, el cual pareciera continuar condenando a sus soldados y policías heridos, lesionados y discapacitados que expusieron su vida por su defensa.

IV. Evolución normativa de beneficios para con los miembros de la Fuerza Pública y sus familias. Intensificación de las exigencias.

La Ley 1699 de 2013 ofrece beneficios a los discapacitados, viudas, huérfanos o padres de miembros de la Fuerza Pública que hayan fallecido en servicio activo, únicamente por hechos o actos ocurridos por causa y razón del mismo o por acción directa del enemigo o en combate y miembros de la Fuerza Pública que se encuentren en situación de discapacidad originada en servicio activo únicamente por hechos o actos ocurridos por causa y razón del mismo o por acción directa del enemigo o en combate, y que por ello le haya sido reconocida pensión, excluye a los que fueron calificados por causa y razón del mismo y que no fueron pensionados por no alcanzar el 50% o 75% de discapacidad y retirados de la entidad castrense por no ser aptos para el servicio y no fueron reubicados laboralmente.

La referida ley otorga beneficios que los particulares deben ofrecer a esta población referentes a descuentos en planes de telefonía, hotelería, pasajes aéreos, cines, etc., y desplaza la obligación que tiene directamente el Estado en otorgar beneficios académicos y laborales como sí lo hace la Ley 14 de 1990, entre otras, en su aparte de integración laboral de obligar a las entidades de derecho público a emplear a los reservistas de honor.

En efecto de lo anterior, un miembro de la Fuerza Pública amputado, pensionado por invalidez, pero calificado en literal b) y que no pertenece al escalafón de Reservistas de Honor no puede acceder al beneficio que otorga el artículo 7° de la Ley 14 de 1990, no puede mejorar su calidad de vida, no puede obtener una mano o brazo ortopédico eléctrico en el exterior sin que le cobren gravamen por la importación de este, pues tal beneficio no existe en la Ley 1699 de 2013:

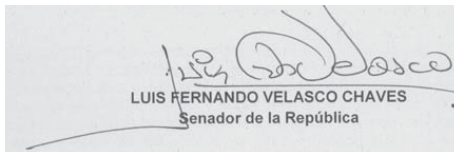
Ley 14 de 1990, artículo 7°. El personal a que se refiere el artículo 1° de esta ley, que encontrándose en servicio activo resulten lesionados en actos que se relacionen con la seguridad nacional y el orden público, siempre y cuando las autoridades médicas competentes certifiquen que la lesión ha producido una incapacidad permanente o que hayan perdido el veinticinco por ciento (25%) o más de su capacidad sicofísica, tendrán derecho a importar para uso personal y libre de cualquier gravamen nacional, implementos ortopédicos, materia prima para su confección, medicamentos y un vehículo de características especiales, acordes con su limitación

física o incapacidad permanente, que permitan su rehabilitación o recuperación.

La Ley 14 de 1990 permitiría que un alto oficial que tiene más de dos o tres distinciones al valor, que en ocasiones son discutibles, tenga la opción de estudiar en el exterior mediante una de las becas que ofrece la ley, en tanto que un soldado o policía que perdió una extremidad y que fue calificado en literal b) del artículo 24, Decreto número 1796 de 2000, no pueda importar, para mejorar su movilidad, una prótesis sin que le cobren gravamen de importación o debe continuar como guarda de seguridad porque no cuenta con los recursos económicos necesarios para acceder a una universidad¹⁰.

PROPOSICIÓN

Por las anteriores consideraciones, solicito a la Comisión Segunda del Senado de la República, dar primer debate al **Proyecto de ley número 262 de 2017 Senado**, por medio de la cual se modifican los artículos 1° y 2° en sus numerales 1.2, 2.1, y 2.3 de la Ley 14 de 1990, en la cual se establece la distinción reservista de honor; y se dictan otras disposiciones, con base en el texto propuesto.



TEXTO PROPUESTO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 262 DE 2017 SENADO

por medio de la cual se modifican los artículos 1° y 2° en sus numerales 1.2, 2.1 y 2.3 de la Ley 14 de 1990, en la cual se establece la distinción reservista de honor; y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Modifíquese el artículo 1° de la Ley 14 de 1990, el cual quedará así:

Artículo 1°. Considérense Reservistas de Honor los soldados, grumetes e infantes de las Fuerzas Militares y agentes auxiliares de la Policía Nacional heridos en combate o como consecuencia de la acción del enemigo o pensionados por invalidez en servicio por causa y razón del mismo y que hayan perdido el 25% o más de su capacidad psicofísica, o a quienes se les haya otorgado la Orden de Boyacá por acciones distinguidas de valor o heroísmo, la Orden Militar de San Mateo o la Medalla de Servicios en Guerra Internacional, o la Medalla Servicios Distinguidos en Orden Público o su equivalente en la Policía Nacional por acciones distinguidas de valor.

Parágrafo. Para los efectos de esta ley se entiende por acciones distinguidas de valor o heroísmo aquellas en las cuales sus protagonistas participen directamente en operaciones militares o policiales y en ellas expongan gravemente su vida e integridad física, lo cual debe ser determinado mediante informe motivado del respectivo Comandante de Fuerza.

Artículo 2°. Modifíquense los numerales 1.2, 2.1 y 2.3 del artículo 2° de la Ley 14 de 1990, los cuales quedarán así:

Artículo 2°. Los Reservistas de Honor a que se refiere el artículo anterior de la presente ley y los artículos 211, 182 y 138 de los Decretos números 95, 96 y 97 de 1989, respectivamente, gozarán de los siguientes derechos y beneficios:

1. EDUCACIÓN

1.1. Educación básica y capacitación. Los establecimientos oficiales de enseñanza de todo nivel tienen la obligación de admitir para los estudios respectivos a los Reservistas de Honor sin que tengan que pagar ninguna clase de contraprestación. Los establecimientos privados de educación destinarán un cinco por ciento (5%) de las becas que por ley deben otorgar para ser adjudicadas a los Reservistas de Honor que tengan derecho a ingresar conforme a sus estatutos y reglamentos.

Las instituciones docentes informarán anualmente a los Ministerios de Educación, Defensa y al Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior sobre el número de reservistas que hayan sido admitidos.

1.2. Educación superior. El Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior Mariano Ospina Pérez, Icetex, deberá destinar anualmente un cinco por ciento (5%) de los créditos para estudios en el país y un mínimo de cinco (5) cupos de las becas disponibles anualmente para especializaciones en el exterior a fin de atender las solicitudes que sobre estos beneficios presenten los Reservistas de Honor.

1.3. Educación especial. Los diferentes centros oficiales de educación especial deben admitir al Reservista de Honor cuando por su incapacidad física le resultare imposible la integración al sistema educativo ordinario.

1.4. Capacitación tecnológica. Los centros oficiales que tengan como finalidad la capacitación técnica o tecnológica tienen la obligación de admitir como mínimo un diez por ciento (10%) de Reservistas de Honor.

2. INTEGRACIÓN LABORAL

Será finalidad dentro de la política de empleo del Estado la integración de los Reservistas de Honor al sistema ordinario de trabajo o, en su defecto, al sistema productivo mediante la fórmula de trabajo protegido.

2.1. Ubicación laboral. Todas las entidades de derecho público están obligadas a emplear a los Reservistas de Honor que reúnan condiciones de

¹⁰ Velásquez, Olga Lucía. Exposición de Motivos al Proyecto de ley número 129 de 2016 Cámara. Disponible en la *Gaceta del Congreso* número 684 de 2016.

idoneidad para el cargo, en una proporción no inferior del cinco por ciento (5%) de la totalidad de la planta de personal entendiéndose como tal funcionarios de carrera, contratistas, supernumerarios y personal en provisionalidad.

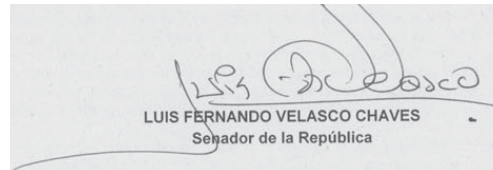
Los Reservistas de Honor que se vinculen en estas entidades gozarán de los mismos derechos y estarán sujetos a las mismas obligaciones de los empleados públicos.

2.2. Los empleados particulares o las empresas privadas que vinculen laboralmente Reservistas de Honor tendrán derecho a una exención especial equivalente al cincuenta por ciento (50%) de los aportes patronales que sobre la nómina atribuible a los Reservistas de Honor deben hacer al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Sena y a las Cajas de Compensación Familiar.

2.3 El Departamento Administrativo de la Función Pública y la Dirección General del Servicio

Nacional de Empleo darán prelación a los Reservistas de Honor que se encuentren rehabilitados para vincularlos laboralmente, informarán en el mes de agosto de cada año al Ministerio de Defensa Nacional a través de la Comisión del Escalafón de Reservas de Honor y al Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud y de la Protección Social sobre el número e identidad de los reservistas que hayan sido rehabilitados y vinculados laboralmente.

Artículo 3°. *Vigencia.* Esta ley rige a partir de su publicación y deroga todas las normas que sean contrarias.



LUIS FERNANDO VELASCO CHAVES
Senador de la República

TEXTOS DE COMISIÓN

TEXTO DEFINITIVO (DISCUTIDO Y APROBADO EN LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA, EN SESIÓN ORDINARIA DE FECHA MIÉRCOLES TRECE (13) DE DICIEMBRE DE DOS MIL DIECISIETE (2017), SEGÚN ACTA NÚMERO 29, DE LA LEGISLATURA 2017-2018 (EN SESIÓN DE FECHA MIÉRCOLES TRECE (13) DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL DIECISIETE (2017), SEGÚN ACTA NÚMERO 13 FUE APLAZADA SU DISCUSIÓN Y VOTACIÓN (PROPOSICIÓN NÚMERO 17)) AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 23 DE 2017 SENADO

por la cual se reglamentan los estándares de calidad y habitabilidad en la vivienda de interés social y de interés prioritario urbano.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Objeto. El objeto de la presente ley es establecer parámetros de calidad habitacional para las viviendas de interés social y de interés prioritario.

Artículo 2°. Definiciones. Para interpretar y aplicar la presente Ley se tendrán en cuenta las definiciones de Vivienda de Interés Social (**VIS**) y Vivienda de Interés Prioritario (**VIP**) establecidas por el Plan Nacional de Desarrollo Vigente, de conformidad con el artículo 91 de la Ley 388 de 1997.

Sin perjuicio de los precios máximos definidos en cada Plan Nacional de Desarrollo con base en los criterios del artículo 91 de la Ley 388

de 1997, el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio podrá incrementar hasta en un 20% por vía normativa el precio máximo de la **VIS** y la **VIP** siempre y cuando existan los estudios técnicos y socioeconómicos que soporten factores complementarios a los preestablecidos en dicho artículo. En este caso, el Ministerio de Vivienda propenderá por la identificación de las partidas presupuestales o mecanismos alternativos que viabilicen financieramente este incremento.

Artículo 3°. Condiciones de calidad habitacional. Para el desarrollo de todo proyecto de Vivienda de Interés Social (VIS) y de Vivienda de Interés Prioritario (VIP), la Nación, el ente territorial y el contratista o ejecutor del proyecto deberán garantizar la incorporación, desde la estructuración del proyecto hasta la entrega de la unidad habitacional, de los siguientes estándares mínimos de calidad habitacional, dentro del ámbito de sus competencias.

1. Contar con la licencia de construcción y urbanización conforme a lo establecido en la Ley 388 de 1992 y demás que desarrollen.
2. Contar con una ubicación segura, por lo cual las entidades deberán abstenerse de construir viviendas de interés social y de interés social prioritario en zonas que presenten o puedan presentar amenazas, riesgos naturales, o condiciones de insalubridad, de conformidad con la Ley 388 de 1997 o las demás normas que la reglamenten, la modifiquen, adicionen o sustituyan.
3. Disponer de un área privada construida mínima de 50 metros cuadrados para VIS y 42 metros cuadrados para VIP. No obstante, el área privada construida mínima por solución

de vivienda no podrá ser inferior a lo dispuesto en el Plan de Ordenamiento Territorial del respectivo municipio.

4. Garantizar construcción con materiales que no afecten el medio ambiente o la salud de acuerdo con la normatividad expedida por los Ministerios de Ambiente y Salud según corresponda.
5. Garantizar el acceso de los servicios públicos domiciliarios de conformidad con la Ley 142 de 1992 y las demás que la desarrollen.
6. Garantizar espacios para actividades de recreación y deporte. Las áreas de estos espacios deben ser proporcionales al número de viviendas construidas en el respectivo proyecto.
7. Garantizar que en el procedimiento de selección de viviendas se tome en consideración si hay personas con discapacidad que ameriten una ubicación especial. Igualmente, asegurar la movilidad de la persona con discapacidad en todas las áreas de acceso y comunes, de conformidad con la normatividad vigente.
8. Preservar el patrimonio si lo hubiera y/o el entorno cultural y arquitectónico de cada región del país, tanto en el diseño como en la calidad de los materiales de las viviendas.

Tendrá especial protección el paisaje cultural cafetero de Colombia (PCCC), como patrimonio mundial declarado por la Unesco mediante la Decisión 35 COM 8B.43, emitida durante la sesión 35 del Comité de Patrimonio Mundial. Para ello se deben utilizar diseños y materiales acordes con el entorno.

Parágrafo. El área privada mínima de la vivienda definida en el numeral 3 deberá ser considerada para los proyectos de vivienda de interés social y de interés prioritario que se diseñen y contraten para ser ejecutados a partir del año 2019.

Artículo 4°. Condiciones de Sostenibilidad. Para el desarrollo de todo proyecto de Vivienda de Interés Social (VIS) y de Vivienda de Interés Prioritario (VIP), la Nación, el ente territorial y el contratista o ejecutor del proyecto deberán garantizar la incorporación, desde la estructuración del proyecto hasta la entrega de la unidad habitacional, de los siguientes requisitos de sostenibilidad, dentro del ámbito de sus competencias.

- i) **Localización:** El Proyecto Habitacional deberá encontrarse en un lugar que garantice accesibilidad a los servicios de salud, centros de educación para niños y servicio de transporte.

Conforme al número de viviendas y habitantes previstos, se deberá garantizar el número de cupos en condiciones dignas a los servicios de educación, primera infancia, nutrición y seguridad.

- ii) **Uso eficiente de los recursos naturales:** El proyecto habitacional debe garantizar el uso eficiente y sostenible de los recursos natura-

les en las áreas comunes y en cada unidad habitacional.

El Gobierno nacional priorizará aquellos proyectos de vivienda que utilicen energía alternativa para el uso de las viviendas con el fin de reducir los costos del servicio y promover la generación de energías alternativas como la solar.

- iii) **Contaminación:** Deben establecerse centros de recolección de basuras que clasifiquen los residuos en orgánicos, reciclables y no reciclables y desechos tecnológicos.
- iv) **Vertimiento y saneamiento:** El prestador del servicio de alcantarillado, deberá dar cumplimiento a la norma de vertimiento vigente y contar con el respectivo permiso de vertimiento o con el Plan de Saneamiento y Manejo de Vertimientos (PSMV), o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Artículo 5°. Sin el cumplimiento de los requisitos exigidos por la presente ley, no podrán ser entregados los proyectos de vivienda de interés social y de interés prioritario.

El Ministerio de Vivienda Ciudad y Territorio, o quien haga sus veces, dentro del informe anual presentado al Congreso de la República explicará en detalle el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad habitacional que tienen los proyectos financiados y cofinanciados.

Artículo 6°. Competencias y facultades. El Gobierno nacional, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley, reglamentará aquellos aspectos adicionales sobre los estándares de calidad y habitabilidad en la vivienda de interés social y de interés prioritario urbano para el adecuado cumplimiento de esta ley.

Artículo 7°. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

El Ponente,

HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ PINEDO
SENADOR DE LA REPÚBLICA
Centro Democrático

**COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPÚBLICA**

Bogotá, D. C. En sesión de fecha miércoles trece (13) de septiembre de dos mil diecisiete (2017), según Acta número 13, se aprobó la Proposición número 17, en donde se propuso aplazar la discusión del Proyecto de ley número 23 de 2017 y se aprobó la conformación de una Comisión Accidental para revisar las observaciones recibidas y la correspondiente resolución a las mismas frente a esta iniciativa y, de esta manera, darle el trámite legislativo correspondiente.

El texto de la Proposición número 17 es el siguiente:

“En consideración a la petición manifestada por el señor Ministro de Vivienda, Ciudad y Territorio, quien ha solicitado aplazar el debate al Proyecto de ley número 23 de 2017 Senado, por la cual se reglamentan los estándares de calidad y habitabilidad en la vivienda de interés social y de interés prioritario urbano, citado por la Honorable Mesa Directiva para el día miércoles trece (13) de septiembre, me permito proponer respetuosamente a esta Comisión aplazar y reprogramar el mismo en la fecha que permita la asistencia del citado Ministro.

Adicionalmente y en relación con este proyecto de ley, solicito que antes de la realización del primer debate, se conforme una Mesa de Trabajo, con el apoyo y asistencia del Ministerio de Vivienda, así como de los señores Ponentes y demás Senadores de la Comisión Séptima, con el propósito de revisar las observaciones recibidas y la correspondiente resolución a la misma, para adelantar el trámite legislativo”. Firman Honorio Miguel Henríquez Pinedo, Nadya Georgette Blel Scaff, Álvaro Uribe Vélez, Roberto Ortiz, Luis Évelis Andrade, Jorge Eduardo Géchem Turbay”.

Dicha Comisión Accidental fue notificada mediante Oficio CSP-CS-1139-2017, la cual quedó integrada por los honorables Senadores Antonio José Correa Jiménez, Roberto Ortiz Uruña, Honorio Miguel Henríquez Pinedo (Coordinador) y el señor Ministro de Vivienda y Medio Ambiente.

Esta proposición fue aprobada con el mecanismo de votación ordinaria, por ocho (8) votos a favor, ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadores y Senadoras presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron Andrade Casamá Luis Évelis, Blel Scaff Nadya Georgette, Castañeda Serrano Orlando, Géchem Turbay Jorge Enrique, Henríquez Pinedo Honorio Miguel, Ortiz Uruña Roberto, Ospina Gómez Jorge Iván y Uribe Vélez Álvaro.

Los honorables Senadores Castilla Salazar Jesús Alberto, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, Pestana Rojas Yamina del Carmen y Pulgar Daza Eduardo Enrique no votaron la Proposición número 17 porque no se encontraban presentes en el momento de la votación. El honorables Senador Delgado Martínez Javier Mauricio tampoco aprobó la Proposición número 17 porque no asistió a esa sesión de fecha miércoles trece (13) de septiembre de dos mil diecisiete (2017), según Acta número 13. Su excusa fue enviada oportunamente a la Comisión de Acreditación Documental para lo de su competencia.

En Sesión Ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, de fecha miércoles trece (13) de diciembre de dos mil diecisiete (2017), según Acta número 29, Legislatura 2017-2018, se dio inicio a la discusión y votación al informe de ponencia para primer debate y texto propuesto al Proyecto de ley número 23 de 2017, “por la cual se reglamentan los estándares de calidad y habitabilidad en la

vivienda de interés social y de interés prioritario urbano”, presentado por el Ponente, honorable Senador Miguel Henríquez Pinedo, publicado en la Gaceta del Congreso número 748 de 2017.

Antes de iniciar la discusión y votación del texto propuesto para primer debate Senado, en la sesión de fecha miércoles trece (13) de diciembre de dos mil diecisiete (2017), se hicieron las siguientes **propuestas para ser tenidas en cuenta para segundo debate**, así:

1. La señora Presidenta, honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff, hizo referencia a los conceptos que emite el Ministerio de Hacienda frente a los proyectos de ley, en particular al concepto desfavorable frente a esta iniciativa, publicado en la **Gaceta del Congreso** número **1121 de 2017**, y solicitó que para segundo debate se haga un estudio muy minucioso del artículo 2° con el fin de darle todas las garantías y blindar el proyecto de ley. Manifestó textualmente lo siguiente:

“... como bien lo decía la Senadora Sofía, nuestra preocupación es el tema del impacto fiscal; hay un concepto negativo del Ministerio de Hacienda, como lo decía la Senadora Sofía, siempre Hacienda los conceptos no son nada favorables; sin embargo, ellos son muy claros y ellos señalan, que lo leo textualmente: En este caso se observa que los hogares con ingresos de dos a tres salarios mínimos se verían afectados dado que su capacidad de ahorro y crédito son limitados y cualquier incremento en el precio debería cargarse al valor del subsidio. Entonces este sector poblacional debería contar con un subsidio superior en casi el doble, pasar de 20 a 39 salarios mínimos legales, para poder cubrir el aumento en el valor de la vivienda. Ese aumento es el que ustedes establecen en el artículo 2°, donde se establece que se podrá incrementar hasta en un 20% por vía normativa el precio de la vivienda VIS y de la vivienda VIP, siempre y cuando existan estudios técnicos y socioeconómicos. Hoy en día ese valor está establecido en los Planes de Desarrollo de acuerdo a la capacidad que tiene el Gobierno en ese momento y entonces el Ministerio de Hacienda establece que la implementación de ese artículo 2° generaría un impacto fiscal aproximado de 268.623 millones para el 2018 y 221.049 millones para el 2019.

Yo quiero manifestarles que estoy de acuerdo al proyecto, sobre todo en el tema de las condiciones, en el tema de los requisitos que tiene que tener este tipo de vivienda. Como ustedes saben muy bien soy defensora de esas condiciones, busco siempre los productos con los cuales se construyan las casas sean productos que no pongan en riesgo la vida de sus usuarios, de las personas que las habitan. Entonces yo respaldo esta iniciativa, pero sí debo manifestarles esta preocupación, sobre todo que la Bancada del Centro Democrático es una Bancada que siempre tiene en cuenta los conceptos del Ministerio de Hacienda para sus pronunciamientos y me gustaría que por lo tanto en este proyecto

también lo tuviera en cuenta y que en realidad existe una propuesta que no ponga en riesgo ni que de pronto obstaculice esta iniciativa, que en realidad busca que los colombianos tengan esas viviendas dignas y esos hogares que se merecen”.

2. Y la señora Vicepresidenta, la honorable Senadora Sofía Alejandra Gaviria Correa, solicitó textualmente lo siguiente: “...adicionar en la ponencia para segundo debate un párrafo que clarifique que en ningún caso el incremento se le cargará al usuario, sino que efectivamente es asumido por las constructoras”.

La discusión y votación del Proyecto de ley número 23 de 2017 Senado se dio en sesión ordinaria de fecha miércoles trece (13) de diciembre de dos mil diecisiete (2017), según Acta número 29, de la siguiente manera:

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 5º del Acto Legislativo número 01 de 2009, Votación Pública y Nominal y a la Ley 1431 de 2011, “Por la cual se establecen las excepciones a que se refiere el artículo 133 de la Constitución Política”, se obtuvo la siguiente votación:

01. Votación de la proposición con que termina el informe de ponencia para primer debate Senado al Proyecto de ley número 23 de 2017 Senado

Puesta en consideración la proposición con que termina el informe de ponencia positivo para primer debate Senado, presentado por el Ponente, honorable Senador Miguel Henríquez Pinedo, con votación pública y nominal, se obtuvo su aprobación, con ocho (8) votos a favor, ningún voto en contra, ninguna abstención, ninguna aclaración de voto, sobre un total de ocho (8) honorables Senadores y Senadoras presentes en el momento de la votación.

Los honorables Senadores y Senadoras que votaron afirmativamente fueron Andrade Casamá Luis Évelis, Blél Scaff Nadya Georgette, Castañeda Serrano Orlando, Delgado Martínez Javier Mauricio, Gaviria Correa Sofía Alejandra, Gechem Turbay Jorge Eduardo, Henríquez Pinedo Honorio Miguel y Uribe Vélez Alvaro.

Los honorables Senadores Castilla Salazar Jesús Alberto, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, Ospina Gómez Jorge Iván, Pestana Rojas Yamina del Carmen y Pulgar Daza Eduardo Enrique no votaron porque no estaban presentes en el momento de la votación.

02. Discusión y votación del articulado del Proyecto de ley número 23 de 2017 Senado, el título del proyecto y el deseo de la Comisión que este proyecto pase a segundo debate

Puesto a discusión y votación el articulado tal como fue presentado en el texto propuesto presentado en el informe de ponencia al Proyecto de ley número 23 de 2017 Senado, publicado en la Gaceta del Congreso número 748 de 2017, por solicitud del honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo, se omitió su lectura y fueron

aprobados en bloque, **sin modificaciones**, los siete (7) artículos siguientes: **1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º y 7º** (con las observaciones para segundo debate propuestas por las honorables Senadoras Nadya Georgette Blél Scaff –Presidenta– y Sofía Alejandra Gaviria Correa –Vicepresidenta–, acogidas por el ponente único, honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo), el título del proyecto, tal como aparece en la Gaceta del Congreso número 748 de 2017, y el deseo de la Comisión de que ese proyecto pase a segundo debate, con votación pública y nominal, se obtuvo su aprobación con ocho (8) votos a favor, ningún voto en contra, ninguna abstención, ninguna aclaración de voto, sobre un total de ocho (8) honorables Senadores y Senadoras presentes en el momento de la votación.

Los honorables Senadores y Senadoras que votaron afirmativamente fueron Andrade Casamá Luis Évelis, Blél Scaff Nadya Georgette, Castañeda Serrano Orlando, Delgado Martínez Javier Mauricio, Gaviria Correa Sofía Alejandra, GÉchem Turbay Jorge Eduardo, Henríquez Pinedo Honorio Miguel y Uribe Vélez Alvaro.

Los honorables Senadores Castilla Salazar Jesús Alberto, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, Ospina Gómez Jorge Iván, Pestana Rojas Yamina del Carmen y Pulgar Daza Eduardo Enrique no votaron porque no estaban presentes en el momento de la votación.

El título del proyecto quedó aprobado de la siguiente manera: **“Por la cual se reglamentan los estándares de calidad y habitabilidad en la vivienda de interés social y de interés prioritario urbano”**.

- Seguidamente fue designado ponente para segundo debate, en estrado, el honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo y se adicionó como ponente para segundo debate a la honorable Senadora Sofía Alejandra Gaviria Correa, lo cual fue notificado mediante Oficio CSP-CS-1770-2017, de fecha catorce (14) de diciembre de dos mil diecisiete (2017). Término reglamentario de quince (15) días calendario, contados a partir del día siguiente de la designación en estrado, susceptibles de solicitar prórroga.

La Secretaría informó a los honorables Senadores que a partir del dieciséis (16) de diciembre de dos mil diecisiete (2017) no corren términos porque la Constitución así lo prevé, durante el período de receso, y que por tanto los quince (15) días corren a partir del dieciséis (16) de marzo de dos mil dieciocho (2018).

- La relación completa del primer debate al Proyecto de ley número 23 de 2017 Senado se halla consignada en las siguientes actas: Acta número 13, de fecha miércoles trece (13) de septiembre de dos mil diecisiete (2017), y Acta número 29, de fecha miércoles trece (13) de noviembre de dos mil diecisiete (2017), ambas de la Legislatura 2017-2018.
- Conforme a lo dispuesto en el artículo 8º del Acto Legislativo número 001 de 2003 (último inciso del artículo 160 de la Constitución Política), el anuncio del Proyecto de ley número

23 de 2017 Senado se hizo en las siguientes sesiones ordinarias: Miércoles 30 de agosto de 2017, según Acta número 11. Martes 12 de septiembre de 2017, según Acta número 12. Miércoles 13 de septiembre de 2017, según Acta número 13. Martes 19 de septiembre, según Acta número 14. Miércoles 27 de septiembre, según Acta número 15-2. Martes 3 de octubre, según Acta número 16. Miércoles 4 de octubre, según Acta número 17. Martes 10 de octubre, según Acta número 18. Miércoles 11 de octubre, según Acta número 19. Martes 17 de octubre, según Acta número 21. Miércoles 15 de noviembre, según Acta número 26. Miércoles 22 de noviembre, según Acta número 27.

Iniciativa: honorable Senadora María del Rosario Guerra de la Espriella.

Ponente en Comisión Séptima de Senado para primer debate, honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo.

Radicado en Senado: 26-07-2017

Radicado en Comisión Séptima de Senado: 03-08-2017

Radicación ponencia para primer debate: 29-08-2017

Publicación ponencia para primer debate: 30-08-2017

Publicaciones

Texto original: publicado en la Gaceta del Congreso número 627 de 2017.

Ponencia para primer debate Senado: Publicado en la Gaceta del Congreso número 748 de 2017.

Número de artículos texto original: Siete (7) artículos.

Número de artículos ponencia para primer debate Senado: Siete (7).

Número de artículos aprobados en Comisión Séptima de Senado: Siete (7).

Tiene los siguientes comentarios:

COMENTARIOS HONORABLE SENADORA MARÍA DEL ROSARIO GUERRA DE LA ESPRIELLA
FECHA: 27-11-2017 GACETA DEL CONGRESO NÚMERO 1121 DE 2017
SE MANDA PUBLICAR EL DÍA 30 DE NOVIEMBRE DE 2017

COMENTARIOS MINISTERIO DE HACIENDA
FECHA: 30-11-2017 GACETA DEL CONGRESO NÚMERO 1121 DE 2017
SE MANDA PUBLICAR EL DÍA 30 DE NOVIEMBRE DE 2017

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los dieciocho (18) días del mes de diciembre del año dos mil diecisiete (2017).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* del texto definitivo aprobado en primer debate en la Comisión Séptima del Senado en sesión ordinaria de fecha miércoles trece (13) de diciembre del año dos mil diecisiete (2017), según Acta número 29, en nueve (9) folios,

al **Proyecto de ley número 23 de 2017 Senado**, por la cual se reglamentan los estándares de calidad y habitabilidad en la vivienda de interés social y de interés prioritario urbano. Lo anterior, en cumplimiento a lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



CONTENIDO

Gaceta número 1200 - viernes, 22 de diciembre de 2017
SENADO DE LA REPÚBLICA Págs.
PONENCIAS

Informe de Ponencia y pliego de modificaciones para Primer Debate al Proyecto de ley número 72 de 2017 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones..... 1

Informe de Ponencia, pliego de modificaciones y texto propuesto para primer debate al Proyecto de ley número 129 de 2017 Senado, 095 de 2016 Cámara, por medio de la cual se establece la estabilidad laboral reforzada en favor de la mujer vinculada mediante contrato de prestación de servicios cuando sobrevenga el embarazo o la lactancia y se dictan otras disposiciones.. 37

Informe de Ponencia, pliego de modificaciones y texto propuesto para primer debate al Proyecto de ley número 135 de 2017 Senado, por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los cien (100) años de la Fuerza Aérea Colombiana..... 44

Informe de Ponencia para pliego de modificaciones y texto propuesto para primer debate al Proyecto de ley número 147 de 2017 Senado, por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica. [Contra la violencia obstétrica]..... 48

Informe de ponencia, articulado y texto propuesto para primer debate al Proyecto de ley número 150 de 2017 Senado, por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Singapur y el Gobierno de la República de Colombia sobre Promoción y Protección de Inversiones”, suscrito en Bogotá, Colombia, el 16 de julio de 2013. 57

Informe de Ponencia y texto propuesto para primer debate al Proyecto de ley número 262 de 2017 Senado, por medio del cual se modifican los artículos 1° y 2° en sus numerales 1.2, 2.1 y 2.3 de la Ley 14 de 1990 en la cual se establece la distinción reservista de honor, y se dictan otras disposiciones..... 64

TEXTOS DE COMISIÓN

Texto definitivo (Discutido y aprobado en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Honorable Senado de la República, en Sesión Ordinaria de fecha miércoles trece (13) de diciembre de dos mil diecisiete (2017), según Acta número 29, de la Legislatura 2017-2018 (en sesión de fecha miércoles trece (13) de septiembre de dos mil diecisiete (2017), según Acta número 13 fue aplazada su discusión y votación (Proposición número 17)) al Proyecto de ley número 23 de 2017 Senado, por la cual se reglamentan los estándares de calidad y habitabilidad en la vivienda de interés social y de interés prioritario urbano. 68