



# GACETA DEL CONGRESO

## SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVII - N° 988

Bogotá, D. C., viernes, 16 de noviembre de 2018

EDICIÓN DE 37 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO  
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO  
www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO  
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA  
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

# CÁMARA DE REPRESENTANTES

## PONENCIAS

### INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 062 DE 2018 CÁMARA

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

Bogotá, D. C., 13 de noviembre de 2018

Honorable Representante

JAIRO GIOVANY CRISTANCHO TARACHE

Presidente Comisión Séptima Constitucional

Cámara de Representantes

E. S. D.

**Asunto: Informe de Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 062 de 2018 Cámara, “por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.**

Respetado señor Presidente:

En cumplimiento del encargo hecho por la honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional de la Cámara de Representantes 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 062 de 2018 Cámara, “por 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. El sistema de salud en Colombia

#### 1.1 Gasto en salud

#### 1.2 Datos generales

#### 1.3 Estructura poblacional

#### 1.4 Natalidad

#### 1.5 Mortalidad

#### 1.5.1 Mortalidad general por grandes causas

#### 1.6 Cobertura en salud

#### 1.7 Satisfacción en la atención

### 3. Alcance y contenido del proyecto

### 4. Socialización

### 5. Pliego de modificaciones

### 6. Proposición

### 1. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

El proyecto de ley es de iniciativa de los honorables Representantes José Luis Correa López, Alexander Harley Bermúdez Lasso, Andrés David Calle Aguas, Carlos Julio Bonilla Soto, Rodrigo Arturo Rojas Lara, Hernán Gustavo Estupiñan Calvache, Flora Perdomo Andrade, Fabio Fernando Arroyave Rivas, John Jairo Roldan Avendaño, Jezmi Lizeth Barraza Arraut, Víctor Manuel Ortiz Joya, Harry Giovanni González García, Juan Fernando Reyes Kuri, Kelyn Johana González Duarte, Alejandro Alberto Vega Pérez, Silvio José Carrasquilla Torres, Juan Diego Echavarría Sánchez, Carlos Adolfo Ardila Espinosa, Adriana Gómez Millán, Henry Fernando Correal Herrera, Julián Peinado Ramírez, el cual fue radicado ante la Secretaría General de la Cámara de Representantes el 1° de agosto de 2018 con el número 062 y publicado en la *Gaceta del Congreso* número 666 de la misma anualidad.

Posteriormente el proyecto fue enviado a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes y fueron designados ponentes para primer debate, los honorables Representantes José Luis Correa López (Coordinador), Juan Carlos Reinales Agudelo, Jairo Giovany Cristancho Tarache, Carlos Eduardo Acosta Lozano y Jhon Arley Murillo Benítez.

## 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 que 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 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. EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

##### 1.1 Gasto en Salud

Colombia se encuentra en niveles promedio respecto a países con similar PIB por habitante, sobrepasando los valores mínimos de referencia mundial. En general, aunque en términos de gasto per cápita colombiano es comparable con la mayoría de países que integran la OCDE con excepción de México y Chile, cuando se revisan las cifras de gasto del gobierno respecto al gasto total, el país se posiciona frente a sus pares en lugares privilegiados y por encima de las medianas, incluso de países desarrollados<sup>1</sup>.



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

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

<sup>1</sup> Revista Hospitalaria. Asociación Clínicas y Hospitales. Edición No. 117. Enero – febrero 2018.

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

## 1.2 Datos generales

La población de Colombia está envejeciendo, la tasa de fecundidad desciende y su distribución es predominantemente urbana. La fecundidad y la natalidad han disminuido, con incremento de la expectativa de vida de 68 (1985-1990) a 76 años (2015-2020).<sup>2</sup>

Región de la OMS	Américas		
Grupo de ingresos del Banco Mundial	Ingreso mediano alto		
<b>Salud infantil</b>			
Lactantes alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida (%) (2010)	43		
Cobertura de la vacuna DTP3 (difteria, tétanos y tos ferina) en niños de 1 año (%) (2015)	91		
<b>Datos demográficos y socioeconómicos</b>			
Esperanza de vida al nacer (años) (2015 - 2020)	79.39 (Mujeres) 73.08 (Hombres) 76.15 (Ambos sexos)		
Población total (en miles de habitantes) (2015)	48226.7		
Porcentaje de la población menor de 15 años (2015)	24.3		
Porcentaje de la población mayor de 60 años (2015)	10.8		
Tasa de incidencia de la pobreza, sobre la base de US\$ 1,25 por día (PPA) (% de la población) (2010)	8.2		
Tasa de alfabetización de la población adulta (15 años o más) (%) (2007-2012)	94		
Posición en el Índice de Desarrollo relativo al Género (2014)	92		
Posición en el Índice de Desarrollo Humano (2014)	97		
<b>Sistemas de salud</b>			
Gasto sanitario total como porcentaje del PIB (2014)	7.20		
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto sanitario total (2014)	24.88		
Gasto público general en salud como porcentaje del gasto público total (2014)	18.14		
Número de médicos por cada 1000 habitantes (2010)	1.471		
Número de enfermeras y matronas por cada 1000 habitantes (2010)	0.818		
<b>Mortalidad y estimaciones sanitarias mundiales</b>			
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1000 nacidos vivos) (2015)	8.5 [6.7-13.2]		
Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años (probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años) por cada 1000 nacidos vivos (2015)	15.0 [10.9-23.7]		
Razón de mortalidad materna (por cada 100 000 nacidos vivos) (2015)	64 [58- 81]		
Puntos atendidos por personal sanitario competente (%) (2013)	98.7		
<b>Salud pública y medio ambiente</b>			
Población que utiliza fuentes de agua potable mejoradas (%) (2015)	91.4 (Total) 96.8 (Urbana) 73.9 (Rural)		
Población que utiliza sistemas de saneamiento mejorados (%) (2015)	81.1 (Total) 85.2 (Urbana) 67.9 (Rural)		
Fuentes de los datos: Observatorio Mundial de la Salud, Mayo de 2016 <a href="http://aeros.who.int/o/hodata/node.cco">http://aeros.who.int/o/hodata/node.cco</a>			

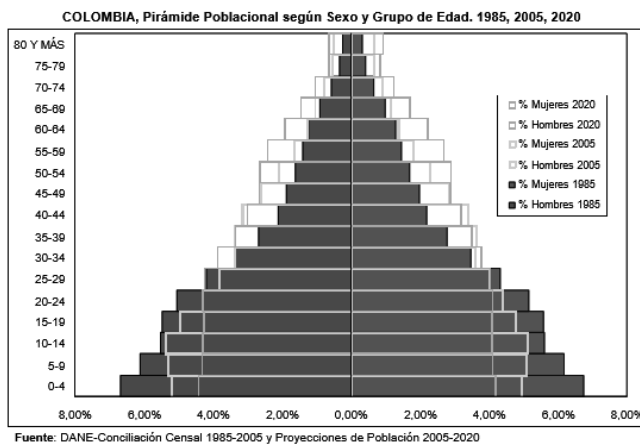
<sup>2</sup> Estrategias de cooperación. Organización Mundial de la Salud. 2017.

### 1.3 Estructura poblacional<sup>3</sup>

Según el reloj poblacional del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, la población proyectada en Colombia al 30 de junio de 2018 es de 49.834.240 habitantes, la cual se encuentra distribuida así:



Al realizar un análisis poblacional, esta creció un 39.27% entre 1985 y 2005, pasando de 30.794.425 a 42.888.592 habitantes. En el año 2020 la población del país habrá alcanzado un total de 50.912.429.



Fuente: DANE-Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020

### 1.4 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.

La edad promedio de Fecundidad a la cual las madres tienen sus hijos registró un comportamiento decreciente entre 1985 y 2005, pasando de 27.23 a 26.63 años. No obstante, se estima que la edad de fecundidad crecerá hasta alcanzar 27.85 años entre 2015 y 2020. El promedio de hijos que tendría una mujer a lo largo de su vida reproductiva (Tasa Global de Fecundidad) ha mostrado una tendencia decreciente durante las últimas décadas. Para el periodo 2005-2010 este indicador se estima en 2.45, esto es, 0.89 menos que entre 1985-1990.<sup>4</sup>

34

### COLOMBIA, Principales Indicadores Demográficos.1985-2020

PERÍODO	TASA BRUTA DE NATALIDAD (a)	TASA BRUTA DE MORTALIDAD (b)	TASA DE MIGRACIÓN NETA (c)	TASA DE CRECIMIENTO NATURAL (d)	TASA MEDIA DE CRECIMIENTO (e)
1985-1990	28,80	6,77	-1,51	22,03	20,54
1990-1995	26,86	6,57	-1,50	20,29	18,82
1995-2000	24,20	6,22	-3,62	17,98	14,36
2000-2005	21,66	5,95	-3,18	15,71	12,45
2005-2010	19,86	5,81	-2,26	14,05	11,78
2010-2015	18,88	5,80	-1,59	13,07	11,48
2015-2020	18,03	5,95	-1,14	12,08	10,94

Fuente: DANE - Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020

(a) Número de nacimientos vivos ocurridos durante un año, por cada 1000 habitantes de la población calculada a mitad de período (30 de Junio)

(b) Número de defunciones ocurridas en un determinado período por cada 1000 habitantes de la población medida en ese mismo momento.

(c) Diferencia de los inmigrantes y emigrantes de un área en un período dado, por cada 1000 habitantes de la población media del lugar tomado como referencia.

(d) Mide el Incremento o disminución del tamaño de una población, explicado por el balance entre los nacimientos y las defunciones

(e) Mide el incremento o disminución del tamaño de una población, explicado por el balance entre los nacimientos, las defunciones y la migración neta

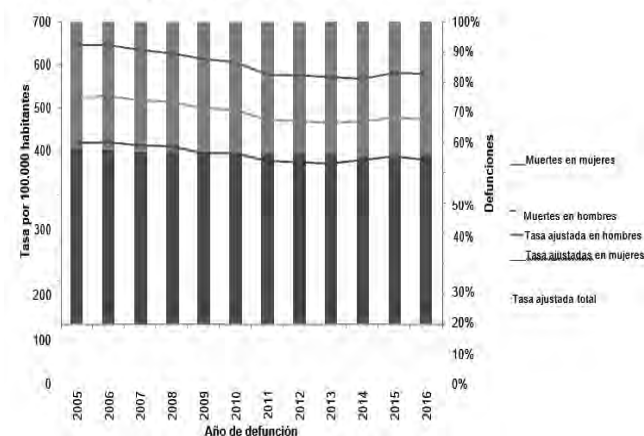
<sup>3</sup> Informe Nacional de calidad de la Atención en Salud 2015. Ministerio de Salud y Protección Social.

<sup>4</sup> [http://www.imebu.gov.co/web2/documentos/observatorio/demografia/indicadores\\_demograficos\\_2020.pdf](http://www.imebu.gov.co/web2/documentos/observatorio/demografia/indicadores_demograficos_2020.pdf)

### 1.5 Mortalidad<sup>5</sup>

Entre 2005 y 2016 en Colombia se produjeron en promedio 201.785 defunciones no fetales anuales. En general, la tendencia fue decreciente; durante este periodo la tasa de mortalidad ajustada por edad disminuyó en un 10%, pasando de 526,87 a 472,33 muertes por cada 100.000 habitantes. El 56,72% (1.373.293) de las muertes ocurrió en los hombres y el restante 43,28% (1.047.787) en las mujeres. La brecha en la mortalidad por sexos se mantuvo constante, siendo para 2016, la tasa ajustada por edad un 52% más alta en hombres que en mujeres, lo cual indica una diferencia absoluta de 198 muertes por cada 100.000 habitantes.

#### Mortalidad general, 2005-2016



**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (Sistema de Información en Salud del Ministerio de Protección Social [Sispro]), cubo de estadísticas vitales. 2005 a 2016. Consultado el 19 de abril de 2018.

#### 1.5.1 Mortalidad general por grandes causas<sup>6</sup>

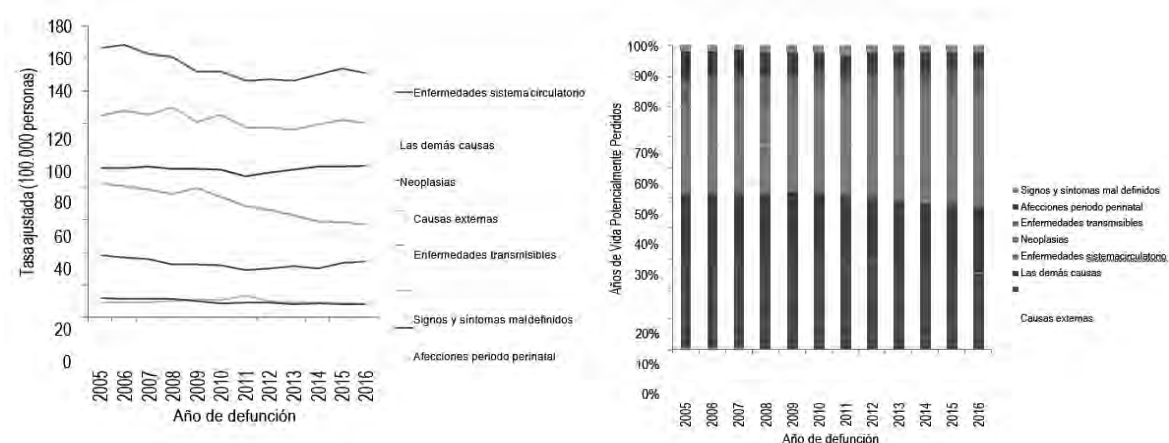
Entre 2005 y 2016 la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio. Aunque entre 2005 y 2011 las tasas de mortalidad ajustadas por edad siguieron

una tendencia decreciente pasando de 166,43 a 146,16 muertes por cada 100.000 habitantes, la tendencia muestra una corta estabilización y posterior incremento de la mortalidad por esta causa. Para 2016 las enfermedades del sistema circulatorio produjeron 150,84 muertes por cada 100.000 habitantes, causaron el 31,7% (70.621) de las defunciones y el 18,37% (859.022) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). El grupo de las demás causas que se consolida como una agrupación de diagnósticos residuales, conformado por 14 subgrupos, entre los que se cuentan la diabetes mellitus (E10-E14), las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (E40-E64, D50-D53), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47), la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74, K76), entre otras, fue la segunda causa de mortalidad más frecuente durante el periodo pasando de una tasa de 124,97 a 120,33 muertes ppr cada 100.000 personas, para una reducción total del 3,71%. Para 2016 estas causas produjeron el 25,4% (56.601) de todas las muertes y el 21,69% (1.016.967) de los AVPP.

De la misma manera, para 2016 las neoplasias con una tendencia estable aportaron el 19,8% (44.101) de las muertes y el 17,95% (841.565) de los AVPP. Las causas externas constituyeron la cuarta causa de muerte con un 12,5% (27.850) del total de la mortalidad en el periodo y aunque no fueron la primera causa de deceso, generaron el mayor número de AVPP, durante 2016 aportaron el 25,32% (1.187.058) de todos los AVPP y a pesar de experimentar una reducción del 33% en las tasas ajustadas de AVPP, para 2016 se produjeron 2571,75 AVPP por cada 100.000 habitantes. Las enfermedades transmisibles fueron responsables del 7,3% (16.313) de las muertes y alcanzaron una tasa ajustada de 34,48 muertes por cada 100.000 personas para el último año. Las afecciones originadas en el periodo perinatal produjeron el 1,7% (3.735) de los decesos.

56

#### Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos según grandes causas, 2005-2016



**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 12 de abril de 2017.

<sup>5</sup> Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2017. Ministerio de Salud y Protección Social. Mayo de 2018.  
<sup>6</sup> Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2017. Ministerio de Salud y Protección Social. Mayo de 2018.

### 1.6 Cobertura en salud

En 1993 una cuarta parte de la población tenía algún tipo de protección financiera en salud, en la actualidad se estima que más del 95% de la población (mayor a 46 millones de personas) se encuentran afiliadas al Sistema.



Consultada la base de datos Base de Datos Ubica de Afiliados – BDUa, con corte julio de 2018, la cobertura de la población en salud es la siguiente:

#### AFILIADOS AL SGSSS

REGIMEN	TOTAL
Contributivo	22,099,144
Excepción	1,995,057
Subsidiado	22,529,324
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>46,623,525</b>

Las E.P.S. con más afiliados en el país, clasificados por régimen, son las siguientes:

#### AFILIADOS POREP.S.

EPS	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIO	TOTAL
Lanueva EPS	3,313,090	1,048,997	4,362,087
Medimas	2,742,494	1,431,024	4,173,518
<b>SuramericanaSA</b>	<b>2,838,433</b>		<b>2,838,433</b>
<b>SaludtotalSA</b>	<b>2,573,020</b>		<b>2,573,020</b>
<b>SanitasSA</b>	<b>2,402,833</b>		<b>2,402,833</b>

#### AFILIADOS POREP.S.

Cooimeva EPS	2,133,387	2,133,387
Famisanar LTDA	2,017,259	2,017,259
<b>CoosaludESS</b>	<b>1,935,230</b>	<b>1,935,230</b>
Asmet Salud	1,847,749	1,847,749
<b>EmssanarESS</b>	<b>1,810,881</b>	<b>1,810,881</b>

Según la base de vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud, actualmente existen 14 EPS autorizadas para operar en el régimen contributivo y 30 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 1.343 sanciones contra las EPS durante los últimos 5 años, de los cuales 1300 corresponden a multas y 43 amonestaciones, tal como se evidencia en el siguiente cuadro resumen:

AÑO	# SANCIONES	VALOR
2014	42	6,603,520,000
2015	316	53,246,795,300
2016	514	50,825,563,236
2017	398	20,885,493,975
2018	73	9,237,432,552
<b>TOTAL</b>	<b>1,343</b>	<b>140,798,805,063</b>

Los temas sancionados hacen referencia a los incumplimientos en a) la prestación de servicios de salud, b) el flujo de recursos, c) incumplimiento a las órdenes de la Corte Constitucional, d) carta de derechos y deberes y Circular 01 de 2014 protección al usuario y e) el reporte de información.

De otra parte y atendiendo la función jurisdiccional y de conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, se han proferido las siguientes sentencias en los últimos 3 años, así:

#### FALLOS

Pretensión	2016	Valor	2017	Valor	2018 (Ene - Jul)	Valor
COBERTURA POS Y NO POS	46	0	80	0	80	0
DEVOLUCION DE APORTES	8	0	14	0	14	0
GLOSAS	121	792.586.703	123	1.131.453.372	94	290.453.458
INCAPACIDAD	600	439.780.084	609	396.208.440	500	283.483.815
LIBRE MOVILIDAD	142	0	168	0	87	0
LICENCIA MATERNIDAD	265	823.400.739	190	543.376.674	91	134.864.007
LICENCIA PATERNIDAD	28	22.208.295	23	29.802.963	13	4.097.885
MULTIAFILIACION	6	0	16	0	3	0
PRESTACIONES EXCLUIDAS	46	0	14	0	6	0
RECOBROS	112	22.678.082	108	312.152.457	34	343.360.242
RECONOCIMIENTO ECONOMICO	236	572.868.403	249	548.875.673	135	303.404.056
<b>TOTAL SENTENCIAS</b>	<b>1.610</b>	<b>2.673.522.306</b>	<b>1.594</b>	<b>2.961.869.579</b>	<b>1.057</b>	<b>1.359.663.463</b>



### 1.7 Satisfacción en la atención

De conformidad con la información suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud, en los últimos 4 años se han presentado un total de 1.824.599 quejas, de las cuales 1.252.460 se presentaron contra EPS del régimen contributivo, 441.875 contra EPS del régimen subsidiado y 130.264 contra otros vigilados de la misma entidad.

P Q R D					
2014	2015	2016	2017	2018 (Ene - Jul)	TOTAL
230,225	325,322	467,759	483,431	317,862	1,824,599

A continuación, se describe cuantas quejas se presentaron por vigencia y contra que EPS son los mayores reportes:

EPS-Régimen	2014	2015	2016	2017	2018 (Ene - Jul)	TOTAL
<b>Régimen Contributivo</b>						
NUEVA EPS	29.132	31.268	39.282	46.631	30.019	176.332
CAFESALUD	11.569	22.757	106.645	51.815	---	192.786
COOMEVA	13.334	25.047	41.358	46.778	32.925	159.442
SALUDCOOP	45.778	63.575	234	---	---	109.587
SALUD TOTAL	15.189	19.724	30.789	36.931	21.908	124.541
FAMISANAR	10.008	12.688	16.035	19.777	18.576	77.084
CRUZ BLANCA	9.362	11.927	16.473	15.575	12.068	65.405
MEDIMAS	---	---	---	37.266	36.113	73.379
OTRAS EPS	37.721	48.542	63.692	70.808	53.141	273.904
<b>TOTAL</b>	<b>172.093</b>	<b>235.528</b>	<b>314.508</b>	<b>325.581</b>	<b>204.750</b>	<b>1.252.460</b>
<b>Régimen Subsidiado</b>						
SAVIA SALUD EPS	6.317	9.643	14.454	12.467	8.627	51.508
CAPITAL SALUD	2.666	5.414	14.774	14.447	9.777	47.078
CAPRECOM	10.098	15.745	1.862	---	---	27.705
EMSSANAR	2.584	5.367	10.117	6.864	5.277	30.209
COMPARTA	1.911	2.819	6.824	9.717	6.551	27.822
CCF ATLANTICO "CAJACOPI"	947	2.237	6.652	9.954	7.209	26.999
OTRAS EPS	15.048	26.209	66.980	71.915	50.402	230.554
<b>TOTAL</b>	<b>39.571</b>	<b>67.434</b>	<b>121.663</b>	<b>125.364</b>	<b>87.843</b>	<b>441.875</b>
<b>Otros vigilados</b>						
MAGISTERIO	9.143	11.988	13.723	12.667	11.117	58.638
POLICIA NACIONAL	1.884	2.094	3.428	3.889	2.991	14.286
FUERZAS MILITARES	1.144	1.493	2.262	3.792	2.709	11.400
FERROCARRILES DE COLOMBIA	942	1.064	1.247	976	536	4.765
SDS BOGOTA	432	587	1.103	1.476	1.210	4.808
ARL POSITIVA	544	628	959	1.118	787	4.036
COLSANITAS	905	362	663	472	251	2.653
OTRAS ENTIDADES	3.567	4.144	8.203	8.096	5.668	29.678
<b>TOTAL</b>	<b>18.561</b>	<b>22.360</b>	<b>31.588</b>	<b>32.486</b>	<b>25.269</b>	<b>130.264</b>

Ahora bien, los motivos más recurrentes por los que se presentan las quejas ante la SNS, son los siguientes:

Motivos específicos	2014	2015	2016	2017	2018 (Ene - Jul)	TOTAL
Falta de oportunidad en la asignación de citas medicas especializadas	48.660	62.427	75.257	77.029	57.885	321.258
Falta de oportunidad para la prestación de servicios de imagenología de segundo y tercer nivel	10.958	16.650	26.659	21.364	15.242	90.873
Restricción en la libre escogencia de EPS	4.923	10.588	21.666	32.017	19.229	88.423
Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no POS	4.963	11.564	25.492	25.322	17.475	84.816
Demora de la referencia o contrarreferencia	9.755	13.897	17.142	15.970	11.970	68.734
Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos POS	4.709	12.330	17.937	15.988	13.426	64.390
Falta de oportunidad en la programación de cirugía	6.039	9.081	15.075	14.103	9.492	53.790
Demora de la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos	4.576	7.349	13.873	16.132	11.357	53.267
No aplicación de normas, guías o protocolos de atención	7.414	9.015	13.817	12.072	7.286	49.604
Inconsistencias en el reporte de novedades	5.922	8.638	12.545	12.259	6.315	45.679
<b>Motivos específicos con mayor PRD</b>	<b>107.919</b>	<b>161.539</b>	<b>239.463</b>	<b>242.256</b>	<b>169.677</b>	<b>920.854</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>230.225</b>	<b>325.322</b>	<b>467.759</b>	<b>483.431</b>	<b>317.862</b>	<b>1.824.599</b>

En la Procuraduría General de la nación, se han presentado las siguientes quejas por motivos de salud:

QUEJAS			
AÑO	2015	2016	2017 - 2018
<b>TOTAL</b>	618	1,228	3,485

En la Defensoría del pueblo se interpusieron un total de 49.849 quejas por vulneración del derecho a la salud, entre el 2014 al 22 de agosto de 2018, según información suministrada por la misma Entidad.

De otra parte, según la Defensoría del pueblo, de 1.122 municipios que hay en el país, 975 presentan al menos una tutela que invoca el derecho a la salud. A continuación, se presentan

algunas cifras suministrada por la misma Entidad:

TUTELAS			
AÑO	2014	2015	2016
<b>TOTAL</b>	118,281	151,213	163,977

Las siguientes son las tutelas presentadas por usuarios en las que vinculan a la Superintendencia Nacional de Salud:

AÑO	2017	2016	2015	2014	2013
<b>N. Tutelas</b>	394	744	793	713	503

Ahora bien, según el Ministerio de Salud, se han presentado las siguientes tutelas en las que se vincula a dicha entidad, en los últimos 5 años y se presenta un cuadro resumen en los departamentos que más tutelas se presentan y por lo motivos más recurrentes:

Departamento	2017	2016	2015	2014	2013
Valle del Cauca	11,873	11,765	10,610	8,071	6,656
Bogotá	9,523	10,058	10,241	6,728	6,228
Santander	4,879	6,301	5,026	4,229	3,796
<b>Antioquia</b>	2,818	2,793	2,602	1,873	1,996
Caldas	1,039	1,111	927	655	539
Resto País	6,732	6,482	5,052	3,617	2,954
<b>TOTAL</b>	<b>36,864</b>	<b>38,510</b>	<b>34,458</b>	<b>25,173</b>	<b>22,169</b>

Departamento	Servicios, insumos, medicamentos procedimientos pos y no pos	Prestaciones económicas (Licencias maternidad, paternidad e incapacidades)
Valle del Cauca	6,601	1,530
Bogotá	4,807	591
Santander	2,824	403
<b>Antioquia</b>	1,693	77
Caldas	588	29

Por último, según el Consejo Superior de la Judicatura, las tutelas que se presentan con mayor regularidad son las que invocan la protección del derecho fundamental a la salud, el cual equivale al 32% de todas las tutelas presentadas durante la vigencia de 2018, al 30% durante el 2017 y en el resto de vigencias ha estado por encima del 25%. De dichos porcentajes más del 80% de las tutelas son eficaces y el 65% de los fallos son incumplidos, razón por la cual las mismas tramitan el incidente de desacato.

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.

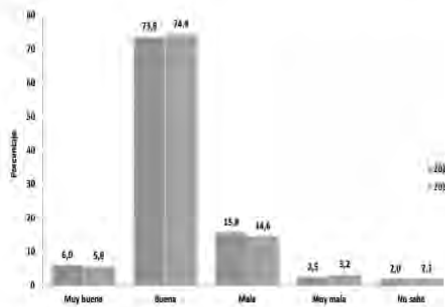
Indicadores de satisfacción global con la EPS

	Indicador			Mediana	
	2013	2014	Dif	2013	2014
Experiencia global de salud con la EPS	0.68	0.70	0.02	Bueno	Bueno
Régimen Contributivo	0.68	0.66	-0.02	Bueno	Bueno
Régimen Subsidiado	0.69	0.75	0.06***	Bueno	Bueno
Diferencia	0.01	0.09***			

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"

### 3. ALCANCE Y CONTENIDO DEL PROYECTO

El presente Proyecto de ley consta de 23 artículos divididos en 5 capítulos así:

El capítulo primero contempla las disposiciones generales e incluye los artículos del 1° al 4° y en él se señala el objeto, el ámbito de aplicación, los principios y la protección de la salud como derecho y deber.

El capítulo segundo contempla la organización general del sistema de salud, definiendo en los artículos 5°, 6° y 7° las características generales del sistema y la evaluación del mismo.

El capítulo tercero señala el manejo unificado de los recursos del sistema en cabeza de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, las funciones, los recursos y la destinación de los mismos; así mismo señala como se realizará el

flujo de recursos en el sistema para el pago de las cuentas a prestadores de salud o proveedores de tecnologías.

El capítulo cuarto desarrolla todo lo relacionado con las Gestoras Integrales de Salud (GIS) contenidas en los artículos 15 al 20 y la forma en la que se les pagara por resultados a dichas entidades.

El último capítulo contempla las disposiciones finales, señalando el plazo para la implementación de la ley, un régimen transitorio y la vigencia y derogatorias de la ley.

### 4. SOCIALIZACIÓN

Atendiendo la proposición número 06 de 2018 aprobada en la comisión séptima de la Cámara de Representantes y a la proposición número 061 de 2018 aprobada por la Plenaria de la misma corporación, se realizaron 3 audiencias públicas en la ciudad de Manizales (Caldas), Barrancas (La Guajira) y Bogotá en las que participaron los diferentes actores del Sistema de salud, como son representantes del Gobierno nacional, de los gremios, de las asociaciones, de los trabajadores, de los pacientes y la academia.

Dichas audiencias se realizaron el 20 de septiembre en la ciudad de Manizales, el 12 de octubre en el municipio de Barrancas y el 23 de octubre en la ciudad de Bogotá. Adicionalmente se realizaron foros de socialización en Neiva el 19 de octubre y en otros escenarios académicos y políticos en otras ciudades.

En dichos conversatorios, audiencias y foros realizados se recibieron diferentes observaciones, las cuales se recogieron en el pliego de modificaciones de la presente ponencia.

### 5. PLIEGO DE MODIFICACIONES

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

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>PROYECTO DE LEY NUMERO __ DE 2018 "Por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". El Congreso de Colombia <b>DECRETA:</b></p>	
<p><b>CAPÍTULO I</b> <b>DISPOSICIONES GENERALES</b></p>	
<p><b>Artículo 1°. Objeto.</b> El objetivo de la presente ley es redefinir 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, en todos los niveles de atención, con calidad, oportunidad, continuidad, pertinencia y seguimiento de los servicios; así como garantizar la sostenibilidad y el equilibrio financiero del Sistema.</p>	
<p><b>Artículo 2°. Ámbito de la ley.</b> La presente ley regula la forma en que el Estado organiza, dirige y coordina, la prestación del servicio de salud, como un derecho fundamental y define los roles de los actores involucrados. Por tanto, aplica a todas las personas residentes en el país, entidades públicas, privadas y mixtas, agentes y demás instituciones que intervengan de manera directa o indirecta, en el servicio público y en la garantía del derecho fundamental a la salud.</p>	

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p><b>Artículo 3°. Principios.</b> Adiciónese los siguientes numerales al artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011:</p> <p><b>3.22) Prevención.</b> 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><b>3.23) Integralidad.</b> 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><b>3.24) Inembargabilidad.</b> 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><b>Artículo 4°. Protección de la salud como derecho y deber.</b> Toda persona tiene derecho a los beneficios que la presente ley consagra para la protección de la salud y el deber de velar por la preservación, mejoramiento y la recuperación de su salud personal, la de su familia y la de los miembros de su entorno, evitando acciones y omisiones perjudiciales al bienestar de la colectividad.</p>	
<p><b>CAPÍTULO II ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD</b></p>	
<p><b>Artículo 5°. Características generales del Sistema de Salud.</b> El Sistema de Salud es de carácter nacional, universal, solidario, de financiación mixta con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial, con centralización política, descentralización administrativa y con prestación mixta, público y privada; estructurado sobre una concepción integral de la salud, hacia el logro del mejoramiento de la calidad de vida de la población y la disminución de inequidades en salud, con amplia participación y control social.</p> <p>El Sistema de Salud tendrá las siguientes características:</p> <p><b>a) Rectoría.</b> El Sistema de Salud estará dirigido, orientado, regulado, supervisado, controlado y vigilado por el Estado en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p><b>b) Afiliación.</b> Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al sistema general de seguridad social en salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales;</p> <p><b>c) Financiación del Sistema de Salud.</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 y por los demás contemplados en la normatividad vigente.</p> <p><b>d) Gestoras Integrales de Salud (GIS).</b> La afiliación, la contratación de los servicios, la auditoría de las cuentas médicas y las actividades de promoción y prevención, la gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno y la representación del usuario corresponden a las GIS.</p>	<p><b>Artículo 5°. Características generales del Sistema de Salud.</b> El Sistema de Salud es de carácter nacional, universal, solidario, de financiación mixta con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial, con centralización política, descentralización administrativa y con prestación mixta, público y privada; estructurado sobre una concepción integral de la salud, hacia el logro del mejoramiento de la calidad de vida de la población y la disminución de inequidades en salud, con amplia participación y control social.</p> <p>El Sistema de Salud tendrá las siguientes características:</p> <p><b>a) Rectoría.</b> El Sistema de Salud estará dirigido, orientado, regulado, supervisado, controlado y vigilado por el Estado en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p><b>b) Registro Afiliación.</b> Todos los habitantes en Colombia deberán estar <u>registrados en el afiliados al</u> sistema general de seguridad social en salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales;</p> <p><b>c) Financiación del Sistema de Salud.</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 y por los demás contemplados en la normatividad vigente.</p> <p><b>d) Gestoras Integrales de Salud (GIS).</b> <del>La afiliación, El registro de la población,</del> la contratación de los servicios, la auditoría de las cuentas médicas y las actividades de promoción y prevención, la gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno y la representación del usuario corresponden a las GIS.</p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p><b>e) Prestaciones de salud.</b> El Sistema de Salud garantizará a todos los residentes en el país el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, acorde a lo establecido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. El Sistema de Salud garantiza las prestaciones de salud implícitas, financiadas con recursos públicos, a través del aseguramiento social y subsidios a la oferta y a la demanda.</p> <p><b>f) Salud pública.</b> El Sistema de Salud incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con la presente Ley, las Leyes 9ª de 1979, 715 de 2001, 1438 de 2011 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan, incorporadas en el Plan Decenal de Salud Pública vigente y en sus planes territoriales.</p> <p><b>g) Atención primaria y complementaria.</b> El Sistema de Salud garantizará la atención primaria en salud a través de los entes territoriales, prestada por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS preferencialmente de naturaleza pública o mixta, financiada a través de pagos directos desde el ente territorial correspondiente.</p> <p><b>h) Redes de servicios.</b> De conformidad con el artículo 13 de la Ley Estatutaria en salud 1751 de 2015, el Sistema de salud operará mediante esquemas de integración territorial y redes integrales e integradas de salud -RIISS que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención en los Territorios de Salud que se conformen.</p> <p><b>i) Participación en las decisiones del Sistema de Salud.</b> Acorde con el artículo 12 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Sistema de Salud contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante las GIS e IPS y ante las redes de servicios, teniendo en cuenta la georreferenciación en la atención primaria y la disponibilidad de prestadores de servicios en el territorio.</p> <p><b>j) Plan Maestro de Equipamientos en Salud (PMES).</b> El Ministerio de Salud y Protección Social, generará los lineamientos que deben tener en cuenta las entidades territoriales para la elaboración de los respectivos PMES avalados por los entes Territoriales respectivos y serán articulados con los planes de desarrollo nacional, departamental y distrital.</p> <p><b>k) Enfoque diferencial.</b> El Sistema de Salud reconoce y protege a las poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, discapacidad, tercera edad, poblaciones localizadas en zonas dispersas y víctimas de la violencia; por lo cual diseñará rutas de atención integral y preferencial para estas poblaciones de especial protección constitucional.</p>	<p><b>e) Prestaciones de salud.</b> El Sistema de Salud garantizará a todos los residentes en el país el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, acorde a lo establecido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. El Sistema de Salud garantiza las prestaciones de salud implícitas, financiadas con recursos públicos, a través del aseguramiento social y subsidios a la oferta y a la demanda.</p> <p><b>f) Salud pública.</b> El Sistema de Salud incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con la presente Ley, las Leyes 9ª de 1979, 715 de 2001, 1438 de 2011 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan, incorporadas en el Plan Decenal de Salud Pública vigente y en sus planes territoriales.</p> <p><b>g) Atención primaria y complementaria.</b> El Sistema de Salud garantizará la atención primaria en salud a través de los entes territoriales, prestada por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS preferencialmente de naturaleza pública o mixta, financiada a través de pagos directos desde el ente territorial correspondiente.</p> <p><b>h) Redes de servicios.</b> De conformidad con el artículo 13 de la Ley Estatutaria en salud 1751 de 2015, el Sistema de salud operará mediante esquemas de integración territorial y redes integrales e integradas de salud -RIISS que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención en los Territorios de Salud que se conformen.</p> <p><b>i) Participación en las decisiones del Sistema de Salud.</b> Acorde con el artículo 12 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Sistema de Salud contará con la participación de los <b>usuarios afiliados</b> quienes podrán asociarse para actuar ante las GIS e IPS y ante las redes de servicios, teniendo en cuenta la georreferenciación en la atención primaria y la disponibilidad de prestadores de servicios en el territorio.</p> <p><b>j) Plan Maestro de Equipamientos en Salud (PMES).</b> El Ministerio de Salud y Protección Social, generará los lineamientos que deben tener en cuenta las entidades territoriales para la elaboración de los respectivos PMES avalados por los entes Territoriales respectivos y serán articulados con los planes de desarrollo nacional, departamental y distrital.</p> <p><b>k) Enfoque diferencial.</b> El Sistema de Salud reconoce y protege a las poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, discapacidad, tercera edad, poblaciones localizadas en zonas dispersas y víctimas de la violencia; por lo cual diseñará rutas de atención integral y preferencial para estas poblaciones de especial protección constitucional.</p>
<p><b>Artículo 6°. Redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</b> El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá adicionalmente las siguientes características:</p> <p><b>a) Administrador de Recursos Único.</b> La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de 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.</p> <p><b>b) No habrá intermediación financiera.</b> Los pagos por los servicios de salud prestados serán girados oportuna y directamente a las IPS o a las redes de servicios establecidas, sin intermediación financiera; así como se girarán con oportunidad los valores correspondientes por gastos de administración a las Gestoras Integrales de Salud - GIS.</p>	<p><b>Artículo 6°. Redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</b> El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá adicionalmente las siguientes características:</p> <p><b>a) Administrador de Recursos Único.</b> La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre <b>registro de los usuarios afiliación</b>, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema.</p> <p><b>b) No habrá intermediación financiera.</b> Los pagos por los servicios de salud prestados serán girados oportuna y directamente a las IPS o a las redes de servicios establecidas, sin intermediación financiera; así como se girarán con oportunidad los valores correspondientes por gastos de administración a las Gestoras Integrales de Salud - GIS.</p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p><b>c) Flujo de recursos.</b> A través de la ADRES, se girará a las GIS, el valor correspondiente al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios descritos en la presente ley; así mismo, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas previo aval de las cuentas por parte de la respectiva GIS, el valor correspondiente al pago de los servicios de salud prestados.</p>	<p><b>c) Flujo de recursos.</b> A través de la ADRES, se girará a las GIS, el valor correspondiente al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios descritos en la presente ley; así mismo, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas previo aval de las cuentas por parte de la respectiva GIS, el valor correspondiente al pago de los servicios de salud prestados.</p>
<p><b>d) Atención Integral.</b> El Ministerio de salud, como ente rector garantizará la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y velará por la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, mediante la implementación o continuidad de un Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS, en el que se garantice la prestación del servicio mediante redes integrales.</p>	<p><b>d) Atención Integral.</b> El Ministerio de salud, como ente rector garantizará la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y velará por la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, mediante la implementación o continuidad de un <b>modelo de atención integral en salud Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS</b>, en el que se garantice la prestación del servicio mediante redes integrales.</p>
<p><b>e) Regímenes.</b> El Sistema de Salud, contará con un Régimen Único, que garantice la universalidad en su afiliación y en el cual se realizarán los reconocimientos económicos definidos en la ley, exclusivamente para quienes coticen al mismo. El Gobierno nacional reglamentará lo dispuesto en el presente inciso.</p>	<p><b>e) Regímenes.</b> El Sistema de Salud, contará con un Régimen Único, que garantice la universalidad en su <b>registro afiliación</b> y en el cual se realizarán los reconocimientos económicos definidos en la ley, exclusivamente para quienes coticen al mismo. El Gobierno nacional reglamentará lo dispuesto en el presente inciso.</p>
<p><b>f) Población pobre no asegurada.</b> La atención en salud y los costos respectivos de la población pobre no afiliada, corresponde a la entidad territorial respectiva con recursos de oferta, preferencialmente en los hospitales públicos y en las RIIS públicas, privadas o mixtas que se requieran para garantizar el derecho a la salud. Las entidades territoriales y las GIS harán la gestión para afiliar a toda la población. En ningún caso se podrá argumentar la falta de afiliación como excusa para negar la atención a una persona.</p>	<p><b>f) Población pobre no registrada asegurada.</b> La atención en salud y los costos respectivos de la población pobre no <b>registrada afiliada</b>, corresponde a la entidad territorial respectiva con recursos de oferta, preferencialmente en los hospitales públicos y en las RIIS públicas, privadas o mixtas que se requieran para garantizar el derecho a la salud. Las entidades territoriales y las GIS harán la gestión para afiliar a toda la población. En ningún caso se podrá argumentar la falta de <b>registro afiliación</b> como excusa para negar la atención a una persona.</p>
<p><b>g) Modelos diferenciados.</b> El Sistema de Salud, dispondrá de modelos diferenciados de atención para poblaciones especiales y aquellas localizadas en zonas dispersas; dicho esquema diferenciado incluirá subsidio a la oferta para las Empresas Sociales del Estado pertenecientes a las entidades territoriales.</p>	<p><b>g) Modelos diferenciados.</b> El Sistema de Salud, dispondrá de modelos diferenciados de atención para poblaciones especiales y aquellas localizadas en zonas dispersas; dicho esquema diferenciado incluirá subsidio a la oferta <b>y pago por evento</b> para las Empresas Sociales del Estado pertenecientes a las entidades territoriales. <b>En todo caso, se deberá acudir a las entidades de primer nivel como los primeros respondientes de los pacientes, garantizando la atención integral de la salud.</b></p>
<p><b>h) Subsidio a la oferta.</b> En los casos de subsidio a la oferta, la ADRES, girará directamente a los hospitales públicos, de acuerdo con los presupuestos globales prospectivos que se establezcan y girará a la entidad territorial lo correspondiente a las actividades de salud pública e intervenciones colectivas, según lo establecido en las normas legales vigentes.</p>	<p><b>h) Subsidio a la oferta.</b> En los casos de subsidio a la oferta, la ADRES, girará directamente a los hospitales públicos, de acuerdo con los presupuestos globales prospectivos que se establezcan y girará a la entidad territorial lo correspondiente a las actividades de salud pública e intervenciones colectivas, según lo establecido en las normas legales vigentes.</p>
<p><b>i) No habrá integración vertical.</b> Las Gestoras Integrales de Salud (GIS), no podrán prestar servicios de salud directamente a sus afiliados, lo harán a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados. Las nuevas GIS que se constituyan en el futuro, no podrán tener integración vertical de ningún tipo.</p>	<p><b>i) No habrá integración vertical.</b> Las Gestoras Integrales de Salud (GIS), no podrán prestar servicios de salud directamente a sus <b>usuarios afiliados</b>, lo harán a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados. Las nuevas GIS que se constituyan en el futuro, no podrán tener integración vertical de ningún tipo.</p>
<p><b>j) Definición de roles de los agentes del Sistema de Salud.</b> Cada agente del Sistema deberá conservar su rol acorde a su misión; así, la ADRES, se dedicará a recaudar, administrar y distribuir los recursos a las GIS y a los prestadores de los servicios; las Gestoras Integrales de Salud (GIS), se encargan de garantizar las prestaciones en salud financiadas con recursos públicos y no prestarán servicios directamente; y las RIIS, los hospitales e IPS, según su nivel de complejidad y su papel dentro de las redes integradas, se dedicarán a prestar dichos servicios con calidad, oportunidad y continuidad; los presta-</p>	<p><b>j) Definición de roles de los agentes del Sistema de Salud.</b> Cada agente del Sistema deberá conservar su rol acorde a su misión; así, la ADRES, se dedicará a recaudar, administrar y distribuir los recursos a las GIS y a los prestadores de los servicios; las Gestoras Integrales de Salud (GIS), se encargan de garantizar las prestaciones en salud financiadas con recursos públicos y no prestarán servicios directamente; y las RIIS, los hospitales e IPS, según su nivel de complejidad y su papel dentro de las redes integradas, se dedicarán a prestar dichos servicios con calidad, oportunidad y conti-</p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>dores no asumirán funciones de Gestoras Integrales de Salud (GIS).</p> <p><b>k) Sistema unificado de tarifas.</b> El Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispondrá de un sistema único de tarifas que aplicará para todos los actores del Sistema, es decir para las RIIS, los prestadores de servicios públicos, privados o mixtos y los grupos de profesionales independientes.</p> <p>El Sistema Unificado de Tarifas tendrá estímulos hasta un 5%, sobre la facturación mensual, para las IPS públicas o privadas que sean acreditadas por excelencia y para los hospitales universitarios.</p> <p>El Sistema Unificado de Tarifas tendrá dentro de los modos de pago, un componente importante ligado al cumplimiento de metas que midan las actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.</p> <p>Los actores del sistema en ningún caso podrán contratar la prestación del servicio por valores inferiores a los establecidos en el Sistema Unificado de Tarifas.</p> <p>El Ministerio de Salud, tendrá un (1) año a partir de la aprobación de la presente Ley, para emitir el Sistema Unificado de Tarifas, en todo caso las mismas no podrán ser inferiores a las establecidas en el Manual Tarifario SOAT de la vigencia respectiva y deberá ser actualizado anualmente según el IPC.</p> <p><b>l) Servicios sociales complementarios y de protección social.</b> Cuando el acceso al servicio de salud dependa de la financiación de los gastos de desplazamiento y estadía en el lugar donde se prestará la atención médica al paciente, estos gastos estarán cubiertos por el sistema de salud. En el caso de los enfermos que por su estado de salud o la cronicidad de su patología, requieran de un cuidador permanente soportado en orden médica y no dispongan de red familiar, su protección social será cubierta por el sistema de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la aprobación de la presente Ley.</p>	<p>nidad; los prestadores no asumirán funciones de Gestoras Integrales de Salud (GIS).</p> <p><b>k) Sistema unificado de tarifas.</b> El Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispondrá de un sistema único de tarifas que aplicará para todos los actores del Sistema, es decir para las RIIS, los prestadores de servicios públicos, privados o mixtos y los grupos de profesionales independientes.</p> <p>El Sistema Unificado de Tarifas tendrá estímulos hasta un 5%, sobre la facturación mensual, para las IPS públicas o privadas que sean acreditadas por excelencia y para los hospitales universitarios.</p> <p>El Sistema Unificado de Tarifas tendrá dentro de los modos de pago, un componente importante ligado al cumplimiento de metas que midan las actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.</p> <p>Los actores del sistema en ningún caso podrán contratar la prestación del servicio por valores inferiores a los establecidos en el Sistema Unificado de Tarifas.</p> <p>El Ministerio de Salud, tendrá un (1) año a partir de la aprobación de la presente Ley, para emitir el Sistema Unificado de Tarifas, en todo caso las mismas no podrán ser inferiores a las establecidas en el Manual Tarifario SOAT de la vigencia respectiva y deberá ser actualizado anualmente según el IPC.</p> <p><b>l) Servicios sociales complementarios y de protección social.</b> Cuando el acceso al servicio de salud dependa de la financiación de los gastos de desplazamiento y estadía en el lugar donde se prestará la atención médica al paciente, estos gastos estarán cubiertos por el sistema de salud. En el caso de los enfermos que por su estado de salud o la cronicidad de su patología, requieran de un cuidador permanente soportado en orden médica y no dispongan de red familiar, su protección social será cubierta por el sistema de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la aprobación de la presente Ley.</p>
<p><b>Artículo 7°. Evaluación del sistema.</b> A partir del año 2019, cada cuatro (4) años, el Gobierno nacional evaluará el Sistema de acuerdo con los siguientes criterios:</p> <p>a) La forma en que los beneficios del Sistema se distribuyen con base en las necesidades de salud de las personas en condiciones de equidad;</p> <p>b) La asignación y flujo de los recursos del Sistema hacia la satisfacción de las necesidades de salud;</p> <p>c) El aporte de las tecnologías en salud;</p> <p>d) La capacidad de la red hospitalaria;</p> <p>e) La calidad de los servicios de salud y los principios que la sustentan;</p> <p>f) Los resultados de las políticas de salud pública;</p> <p>g) La inspección, vigilancia y control;</p> <p>h) Las oportunidades de participación efectiva de los usuarios y su percepción sobre los resultados de salud y la calidad de los servicios;</p> <p>i) La sostenibilidad financiera;</p> <p>j) La percepción de los profesionales de la salud sobre los resultados del Sistema, así como sus condiciones laborales.</p> <p>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.</p> <p>Los resultados obtenidos del proceso de evaluación servirán de insumo para la elaboración de políticas públicas para el sector tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.</p>	<p><b>Artículo 7°. Evaluación del sistema.</b> A partir del año 2019, cada <del>cuatro (4)</del> <b>dos (2)</b> años, el Gobierno nacional evaluará el Sistema de acuerdo con los siguientes criterios:</p> <p>a) La forma en que los beneficios del Sistema se distribuyen con base en las necesidades de salud de las personas en condiciones de equidad;</p> <p>b) La asignación y flujo de los recursos del Sistema hacia la satisfacción de las necesidades de salud;</p> <p>c) El aporte de las tecnologías en salud;</p> <p>d) La capacidad de la red hospitalaria;</p> <p>e) La calidad de los servicios de salud y los principios que la sustentan;</p> <p>f) Los resultados de las políticas de salud pública;</p> <p>g) La inspección, vigilancia y control;</p> <p>h) Las oportunidades de participación efectiva de los usuarios y su percepción sobre los resultados de salud y la calidad de los servicios;</p> <p>i) La sostenibilidad financiera;</p> <p>j) La percepción de los profesionales de la salud sobre los resultados del Sistema, así como sus condiciones laborales.</p> <p>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 <del>año dos (2)</del> <b>años</b> a las mencionadas comisiones.</p> <p>Los resultados obtenidos del proceso de evaluación servirán de insumo para la elaboración de políticas públicas para el sector tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.</p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p style="text-align: center;">CAPÍTULO III MANEJO UNIFICADO DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA</p>	
<p><b>Artículo 8°. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</b> 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.</p>	<p><b>Artículo 8°. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</b> 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 <b>registro de usuarios afiliación</b>, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema. Los procesos de <b>registro afiliación</b> podrán realizarse a través de terceros, siempre bajo la dirección de la ADRES.</p>
<p><b>Artículo 9. Funciones de la ADRES.</b> 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:</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 y administrar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Único de salud y las demás que la ley determine;</p> <p>c) Ordenar y pagar directamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, previa verificación y aceptación por parte de las Gestoras Integrales de Salud – GIS, de acuerdo al procedimiento descrito en la presente ley.</p> <p>d) Efectuar los giros directos en nombre de las Gestoras Integrales de Salud – GIS o las Entidades Territoriales y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema;</p> <p>e) Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución de riesgo;</p> <p>f) Administrar la información relativa a la afiliación, cotización, registro de novedades, registro de actividades de facturación y manejo de los recursos del Sistema, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social;</p> <p>g) Implementar métodos de auditoría para verificar la información sobre resultados en salud y mecanismos de ajuste de riesgo;</p> <p>h) Adelantar las auditorías para el reconocimiento y pago de servicios de salud.</p> <p>i) Realizar el proceso de pago al beneficiario de licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general previa verificación realizada por los Gestores de Servicios de Salud - GIS.</p> <p>j) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.</p> <p><b>Parágrafo 1°.</b> La determinación de las obligaciones y el cobro coactivo derivados del pago por menor labor o el no pago de las cotizaciones en salud que deben realizar las personas naturales y jurídicas serán adelantados por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) bajo las reglas del Estatuto Tributario. Las cotizaciones en salud son imprescriptibles, al igual que las acciones que procedan para el recaudo de las mismas.</p> <p><b>Parágrafo 2°.</b> 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><b>Artículo 9. Funciones de la ADRES.</b> 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:</p> <p>Administrar <b>el registro la afiliación</b> al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los residentes en el territorio colombiano;</p> <p>b) Recaudar y administrar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Único de salud y las demás que la ley determine;</p> <p>c) Ordenar y pagar directamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, previa verificación y aceptación por parte de las Gestoras Integrales de Salud – GIS, de acuerdo al procedimiento descrito en la presente ley.</p> <p>d) Efectuar los giros directos en nombre de las Gestoras Integrales de Salud – GIS o las Entidades Territoriales y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema;</p> <p>e) Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución de riesgo;</p> <p>f) Administrar la información relativa a la afiliación, cotización, registro de novedades, registro de actividades de facturación y manejo de los recursos del Sistema, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social;</p> <p>g) Implementar métodos de auditoría para verificar la información sobre resultados en salud y mecanismos de ajuste de riesgo;</p> <p>h) Adelantar las auditorías para el reconocimiento y pago de servicios de salud.</p> <p>i) Realizar el proceso de pago al beneficiario de licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general previa verificación realizada por los Gestores de Servicios de Salud - GIS.</p> <p><b>j) Administrar el riesgo financiero del sector salud;</b></p> <p>k) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.</p> <p><b>Parágrafo 1°.</b> La determinación de las obligaciones y el cobro coactivo derivados del pago por menor labor o el no pago de las cotizaciones en salud que deben realizar las personas naturales y jurídicas serán adelantados por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) bajo las reglas del Estatuto Tributario. Las cotizaciones en salud son imprescriptibles, al igual que las acciones que procedan para el recaudo de las mismas.</p> <p><b>Parágrafo 2°.</b> 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>



TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
	<b><u>Parágrafo 3. Las funciones descritas en la presente ley para la ADRES, no podrán ser delegadas o subcontratadas con un tercero.</u></b>
<p><b>Artículo 10. Recursos que recaudará y administrará.</b> La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, recaudará y administrará los siguientes recursos, además de los contemplados en el artículo 67 de la ley 1753 de 2015 y en las demás normas que lo modifiquen o sustituyan:</p> <p>a) Las cotizaciones de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Único o quienes tienen la obligación de aportar al Sistema y los aportes del empleador. Estas cotizaciones se recaudarán por dicha entidad a través de un sistema de recaudo y transacciones controlado por ella y podrá contratar los servicios financieros o tecnológicos que requiera para su adecuada operación. El sistema de recaudo se integrará con el de los demás administradores del Sistema de Seguridad Social Integral y con el de las Cajas de Compensación Familiar;</p> <p>b) 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><b>Artículo 10. Recursos que recaudará y administrará.</b> La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, recaudará y administrará los siguientes recursos, además de los contemplados en el artículo 67 de la ley 1753 de 2015 y en las demás normas que lo modifiquen o sustituyan:</p> <p>a) Las cotizaciones de los <u>usuarios afiliados</u> al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Único o quienes tienen la obligación de aportar al Sistema y los aportes del empleador. Estas cotizaciones se recaudarán por dicha entidad a través de un sistema de recaudo y transacciones controlado por ella y podrá contratar los servicios financieros o tecnológicos que requiera para su adecuada operación. El sistema de recaudo se integrará con el de los demás administradores del Sistema de Seguridad Social Integral y con el de las Cajas de Compensación Familiar;</p> <p><b><del>b) Los demás recursos nacionales y territoriales que se destinan a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con la Ley o el reglamento.</del></b></p>
<p><b>Artículo 11. Destinación de los recursos administrados.</b> Los recursos administrados se destinarán de conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 y adicionalmente a:</p> <p>a) Pago por resultado a las Gestores Integrales de Salud – GIS, de conformidad con los criterios establecidos en la presente ley;</p> <p>b) Recursos para el fortalecimiento y ajuste de la red pública hospitalaria. Este gasto se hará siempre y cuando en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud;</p> <p>c) Acciones de salud pública o programas nacionales de promoción y prevención adicionales a los financiados con recursos del Sistema General de Participaciones;</p> <p>d) Administración, funcionamiento y operación de la entidad;</p> <p>e) Pago a prestadores de servicios de salud y proveedores;</p> <p>f) Las demás destinaciones que la ley expresamente haya definido su financiamiento con cargo a los recursos del Fosyga.</p> <p><b>Parágrafo 1º.</b> Los excedentes financieros que genere la operación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES se destinarán a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud para lo cual se mantendrá su destinación inicial y se podrán invertir en la compra progresiva de las instituciones prestadoras de salud que se encuentren integradas.</p>	<p><b>Artículo 11. Destinación de los recursos administrados.</b> Los recursos administrados se destinarán de conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 y adicionalmente a:</p> <p>a) Pago por resultado a las Gestores Integrales de Salud – GIS, de conformidad con los criterios establecidos en la presente ley;</p> <p>b) Recursos para el fortalecimiento y ajuste de la red pública hospitalaria. Este gasto se hará siempre y cuando en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud;</p> <p>c) Acciones de salud pública o programas nacionales de promoción y prevención adicionales a los financiados con recursos del Sistema General de Participaciones;</p> <p>d) Administración, funcionamiento y operación de la entidad;</p> <p>e) Pago a prestadores de servicios de salud y proveedores;</p> <p>f) Las demás destinaciones que la ley expresamente haya definido su financiamiento con cargo a los recursos del Fosyga <b><u>o la entidad que lo sustituya.</u></b></p> <p><b>Parágrafo 1º.</b> 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 <b><u>y se distribuirán de la siguiente manera:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b><u>1. 15% fortalecimiento de funciones de la ADRES.</u></b></li> <li><b><u>2. 30% en la compra progresiva de las instituciones prestadoras de salud que se encuentren integradas.</u></b></li> <li><b><u>3. 30% fortalecimiento de los programas de Salud Pública.</u></b></li> <li><b><u>4. 15% para garantizar los servicios excluidos de conformidad con la ley estatutaria de salud.</u></b></li> <li><b><u>5. 10% para el pago de las deudas acogidas dentro de la ADRES con prioridad de pago a los hospitales públicos.</u></b></li> </ol>
<p><b>Artículo 12. Flujo de recursos.</b> El flujo de recursos será directo, sin intermediación financiera y se realizará de la siguiente manera:</p> <p>1. Una vez se preste el servicio de salud o se reciban bienes por parte de las instituciones encargadas, estas deberán presentar ante las Gestoras Integrales de Salud – GIS, la cuenta de cobro o factura respectiva, la cual no podrá exceder los treinta (30) días calendario desde el momento de la prestación efectiva al usuario.</p>	<p><b>Artículo 12. Flujo de recursos.</b> El flujo de recursos será directo, sin intermediación financiera y se realizará de la siguiente manera:</p> <p>1. Una vez se preste el servicio de salud o se reciban bienes por parte de las instituciones encargadas, estas deberán presentar ante las Gestoras Integrales de Salud – GIS, la cuenta de cobro o factura respectiva, la cual no podrá exceder los <b><u>quince (15) treinta (30)</u></b> días calendario desde el momento de la prestación efectiva al usuario. <b><u>De no presentarse la</u></b></p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>2. Una vez recibida la cuenta de cobro o factura, las Gestoras Integrales de Salud – GIS, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes, visarán y autorizarán el pago por servicios prestados por las IPS públicas, privadas o mixtas o RIIS. En caso de presentarse glosas en este proceso, las mismas deberán ser resueltas en el término señalado en el presente numeral, el cual solo podrá ser ampliado hasta por 10 diez calendario días siguientes al vencimiento del termino inicial.</p> <p>3. La ADRES, dentro de los veinte (20) días calendario siguientes al recibo de las cuentas de cobro o facturas, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, el valor autorizado por parte de la respectiva Gestora Integral de Salud – GIS por los servicios de salud prestados y los bienes entregados.</p> <p>4. En los ámbitos territoriales con modelos de atención en salud diferenciados, cuyos hospitales funcionen con base en subsidios a la oferta, recibirán el pago por trimestre anticipado, correspondiente a los presupuestos globales prospectivos aprobados, los primeros diez (10) días hábiles de cada trimestre. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este giro teniendo en cuenta la modulación por resultados de salud del trimestre anterior.</p> <p>5. En caso de conflicto entre las GIS y una IPS específica o una red de servicios, para efectos del reconocimiento y pago de los servicios prestados y de los bienes entregados, a solicitud de alguna de las partes, intervendrá la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que resolverá las diferencias en un término no superior a 30 días y notificará a la ADRES, para efectos del pago en los siguientes 10 días. La Superintendencia, reglamentará la materia, incluyendo medidas de fondo cuando los conflictos se hagan reiterados por parte de una o varias gestoras integrales de salud o prestadoras del servicio.</p> <p>6. La ADRES, reconocerá un valor anual el cual se pagará gradualmente dentro de los primeros ocho (8) días hábiles de cada mes a las Gestoras Integrales de Salud - GIS, los pagos correspondientes al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios señalados en la presente ley y los que se establezcan mediante reglamento. Los ajustes correspondientes a novedades no registradas en el momento del pago, se incluirán en la siguiente cuenta.</p> <p>El primer año de la presente ley se deberá reconocer y pagar a las GIS el 12.5% de la UPC y a partir del segundo año, deberá realizarse de manera proporcional de acuerdo al resultado obtenido en la evaluación de desempeño, sin que este porcentaje exceda el valor del 12.5% la UPC.</p> <p><b>Parágrafo.</b> 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><b><u>factura con sus respectivos soportes, en el tiempo señalado, la GIS ordenara el descuento del 10% del valor de la misma, el cual será administrado por la ADRES y servirá para realizar el pago de los servicios excluidos de conformidad con lo establecido en la ley estatutaria de salud.</u></b></p> <p>2. Una vez recibida la cuenta de cobro o factura, las Gestoras Integrales de Salud – GIS, dentro de los <b>quince (15) treinta (30)</b> días calendario siguientes, visarán y autorizarán el pago por servicios prestados por las IPS públicas, privadas o mixtas o RIIS. En caso de presentarse glosas en este proceso, las mismas deberán ser resueltas en el término señalado en el presente numeral, el cual solo podrá ser ampliado hasta por 10 diez <b>días</b> calendario <b>días</b> siguientes al vencimiento del termino inicial.</p> <p>3. La ADRES, dentro de los <b>quince (15) veinte (20)</b> días calendario siguientes al recibo de las cuentas de cobro o facturas, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, el valor autorizado por parte de la respectiva Gestora Integral de Salud – GIS por los servicios de salud prestados y los bienes entregados. <b><u>En los casos en que las cuentas se radiquen directamente ante la ADRES, la misma se encargará de auditar la cuenta en un tiempo no superior a cinco (05) días calendario y su giro no podrá exceder de los quince (15) días siguientes.</u></b></p> <p>4. En los ámbitos territoriales con modelos de atención en salud diferenciados, cuyos hospitales funcionen con base en subsidios a la oferta, recibirán el pago por trimestre anticipado, correspondiente a los presupuestos globales prospectivos aprobados, los primeros diez (10) días hábiles de cada trimestre. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este giro teniendo en cuenta la modulación por resultados de salud del trimestre anterior.</p> <p>5. En caso de conflicto entre las GIS y una IPS específica o una red de servicios, para efectos del reconocimiento y pago de los servicios prestados y de los bienes entregados, a solicitud de alguna de las partes, intervendrá la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que resolverá las diferencias en un término no superior a 30 días y notificará a la ADRES, para efectos del pago en los siguientes 10 días. La Superintendencia, reglamentará la materia, incluyendo medidas de fondo cuando los conflictos se hagan reiterados por parte de una o varias gestoras integrales de salud o prestadoras del servicio.</p> <p>6. La ADRES, reconocerá un valor anual el cual se pagará gradualmente dentro de los primeros ocho (8) días hábiles de cada mes a las Gestoras Integrales de Salud - GIS, los pagos correspondientes al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios señalados en la presente ley y los que se establezcan mediante reglamento. Los ajustes correspondientes a novedades no registradas en el momento del pago, se incluirán en la siguiente cuenta.</p> <p>El primer año de la presente ley se deberá reconocer y pagar a las GIS el <b>8% 12.5%</b> de la UPC y a partir del segundo año, deberá realizarse de manera proporcional de acuerdo al resultado obtenido en la evaluación de desempeño, sin que este porcentaje exceda el valor del <b>8% 12.5%</b> la UPC.</p> <p><b>Parágrafo Primero.</b> 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><b><u>Parágrafo segundo: Si las Gestoras Integrales de Salud, realizan maniobras tendientes a no recibir las facturas por parte de los prestadores de servicios o aun recibiendo excedan el plazo señalado en el numeral 2 de la presente ley para decidir, los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías, podrán radicar la respectiva cuenta, debidamente soportada, ante la</u></b></p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
	<b><u>ADRES y continuará el procedimiento señalado en el numeral 3 para el respectivo pago o giro directo. En todo caso el valor girado en la respectiva factura, se descontará a la GIS del porcentaje de su administración y se destinará para realizar el pago de los servicios excluidos de conformidad con lo establecido en la ley estatutaria de salud. Parágrafo Tercero: En caso de ser sucesivas dos (2) o más veces dentro de los seis (6) meses en la misma vigencia fiscal, las faltas enunciadas en el parágrafo segundo del presente artículo, la Superintendencia Nacional de Salud, de oficio o a petición de parte, podrá iniciar los procesos sancionatorios respectivos, el cual dará lugar a la pérdida de la habilitación y sus respectivos socios o accionistas no podrán volver a conformar o hacer parte de la junta directiva de ninguna Gestora Integral de Salud.</u></b>
	<b><u>ARTICULO NUEVO: En caso de que las GIS no tengan en su red de prestación de servicios una especialidad que requiera un paciente en aras de proteger el derecho fundamental de salud, deberá ser atendido por las IPS que preste el servicio y el giro se realizara directamente al prestador por parte de la ADRES.</u></b>
<p><b>Artículo 13. Ajuste y redistribución de riesgo.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los mecanismos de ajuste y redistribución de riesgo entre las Gestoras Integrales de Salud (GIS), tomando en cuenta criterios etarios, poblacionales, geográficos, epidemiológicos o de alto costo por frecuencia de eventos o patologías.</p>	
<p>CAPÍTULO IV GESTORAS INTEGRALES DE SALUD</p>	
<p><b>Artículo 14. Gestoras Integrales de Salud (GIS).</b> Son las entidades encargadas de garantizar la prestación del servicio de salud a la población residente en el país. Aquellas EPS que se encuentren al día en sus obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cumplan con los requisitos de habilitación y con lo establecido en la presente ley podrán transformarse como Gestoras Integrales de Salud (GIS), previa evaluación de su margen de solvencia, patrimonio mínimo y condiciones de permanencia de parte de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Las EPS actuales que se transformen a GIS, tendrán un plazo de dos (2) años para adecuarse a esta norma, luego del cual las EPS que no se hayan adaptado, procederán a su disolución y liquidación.</p> <p>En la habilitación, la Superintendencia definirá los territorios en los cuales las GIS podrán operar. La habilitación de las GIS, tendrá una vigencia de cuatro (4) años.</p> <p><b>Parágrafo.</b> No habrá integración vertical de las GIS y los Prestadores de Servicios de Salud, salvo en la prestación primaria de servicios. Tampoco se permitirá la integración vertical u horizontal, directa o indirecta entre GIS, IPS y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos.</p>	<p><b>Artículo 14. Gestoras Integrales de Salud (GIS).</b> Son las entidades encargadas de garantizar la prestación del servicio de salud a la población residente en el país. Aquellas EPS que se encuentren al día en sus obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cumplan con los requisitos de habilitación y con lo establecido en la presente ley podrán transformarse como Gestoras Integrales de Salud (GIS), previa evaluación de su margen de solvencia, patrimonio mínimo y condiciones de permanencia de parte de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Las EPS actuales que se transformen a GIS, tendrán un plazo de dos (2) años para adecuarse a esta norma, luego del cual las EPS que no se hayan adaptado, procederán a su disolución y liquidación.</p> <p>En la habilitación, la Superintendencia definirá los territorios en los cuales las GIS podrán operar. La habilitación de las GIS, tendrá una vigencia de cuatro (4) años.</p> <p><b>Parágrafo.</b> No habrá integración vertical de las GIS y los Prestadores de Servicios de Salud, <del>salvo en la prestación primaria de servicios.</del> Tampoco se permitirá la integración vertical u horizontal, directa o indirecta entre GIS, IPS y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos.</p> <p><b>Parágrafo Segundo: De conformidad con los estudios y resultados epidemiológicos determinados por el Instituto Nacional de Salud, las Gestoras Integrales de Salud, garantizarán la prestación del servicio en áreas urbanas y rurales; con el objeto de disminuir las brechas sociales y garantizar el principio de equidad en la prestación del servicio, las GIS que operen en los 10 departamentos con mejores resultados epidemiológicos, deberán prestar el servicio en los 10 departamentos con indicadores insatisfactorios, generando el efecto espejo, en donde la GIS que opere en el primer departamento deberá operar también en el último departamento y así sucesivamente.</b></p>
<p><b>Artículo 15. Funciones de las Gestoras Integrales de Salud (GIS).</b> Son funciones de las GIS, las siguientes:</p> <p>a) Afiliación de los usuarios al régimen contributivo o al subsidiado, según corresponda e informar a la ADRES para la actualización de la BDUA.</p>	<p><b>Artículo 15. Funciones de las Gestoras Integrales de Salud (GIS).</b> Son funciones de las GIS, las siguientes:</p> <p><b><del>a) Afiliación de los usuarios al régimen contributivo o al subsidiado, según corresponda e informar a la ADRES para la actualización de la BDUA.</del></b></p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>b) Ejercer las funciones de aseguramiento social en salud, sin ánimo de lucro.</p> <p>c) Garantizar a sus usuarios las prestaciones en salud establecidas en el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud a ser financiadas con recursos públicos dentro del territorio en la cual está autorizada para operar, así como en todo el territorio nacional cuando se requieran servicios por fuera de ésta, incluida la referencia y contra referencia dentro de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud que conformen;</p> <p>d) Garantizar red de servicios para la cobertura y atención integral de prestación de servicios de salud en todos los municipios del área donde fue autorizada su operación;</p> <p>e) Conformar y gestionar la operación de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud que garantice el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutiveidad y calidad en la prestación de servicios individuales de salud a sus afiliados;</p> <p>f) Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus afiliados en las fases de identificación, caracterización e intervención;</p> <p>g) Suscribir contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Redes de Prestadores de Servicios de Salud en los territorios autorizados para operar y con los Prestadores de Servicios de Salud especial por fuera de éstas. Los contratos deben cumplir con las condiciones que fije el Ministerio de Salud y Protección Social;</p> <p>h) Coordinar con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en los territorios donde operen;</p> <p>i) Auditar las facturas por servicios prestados, realizar el reconocimiento de los montos a pagar y autorizar los giros directos desde la ADRES a los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de la Red y a los proveedores de medicamentos y dispositivos médicos;</p> <p>j) Contar con centros de atención permanente en todos los municipios y distritos de los territorios donde operen;</p> <p>k) Contar con un sistema de información al usuario sobre beneficios, Redes de Prestadores 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;</p> <p>l) Entregar información a la Superintendencia Nacional de Salud, a la ADRES y al Ministerio sobre los resultados en salud que determine el Ministerio de Salud y Protección Social;</p> <p>m) Administrar la información clínica de sus usuarios para que esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud.</p> <p>n) Gestionar y 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 Prestadores de Servicios de Salud;</p> <p>o) Cumplir con las condiciones de habilitación y de permanencia de orden financiero, administrativo y técnico que soporten el cumplimiento de sus obligaciones, según las normas legales vigentes, ante la Superintendencia Nacional de Salud y Superintendencia financiera;</p> <p>p) Contar con una auditoría concurrente e independiente que vigile el cumplimiento de las metas de cobertura, resultado y calidad en el servicio, por parte de los Prestadores de Servicios de Salud de su Red;</p> <p>q) Realizar ejercicios periódicos de rendición pública de cuentas sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio, gestión del riesgo financiero y en salud;</p> <p>r) Tramitar 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</p>	<p>b) Ejercer las funciones de aseguramiento social en salud, sin ánimo de lucro.</p> <p>c) Garantizar a sus usuarios las prestaciones en salud establecidas en el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud a ser financiadas con recursos públicos dentro del territorio en la cual está autorizada para operar, así como en todo el territorio nacional cuando se requieran servicios por fuera de ésta, incluida la referencia y contra referencia dentro de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud que conformen;</p> <p>d) Garantizar red de servicios para la cobertura y atención integral de prestación de servicios de salud en todos los municipios del área donde fue autorizada su operación;</p> <p><del>e) Conformar y gestionar la operación de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud que garantice el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutiveidad y calidad en la prestación de servicios individuales de salud a sus afiliados;</del></p> <p>f) Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus <u>usuarios registrados</u> <del>afiliados</del> en las fases de identificación, caracterización e intervención;</p> <p>g) Suscribir contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Redes de Prestadores de Servicios de Salud en los territorios autorizados para operar y con los Prestadores de Servicios de Salud especial por fuera de éstas. Los contratos deben cumplir con las condiciones que fije el Ministerio de Salud y Protección Social;</p> <p>h) Coordinar con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en los territorios donde operen;</p> <p>i) Auditar las facturas por servicios prestados, realizar el reconocimiento de los montos a pagar y autorizar los giros directos desde la ADRES a los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de la Red y a los proveedores de medicamentos y dispositivos médicos;</p> <p>j) Contar con centros de atención permanente en todos los municipios y distritos de los territorios donde operen;</p> <p>k) Contar con un sistema de información al usuario sobre beneficios, Redes de Prestadores 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;</p> <p>l) Entregar información a la Superintendencia Nacional de Salud, a la ADRES y al Ministerio sobre los resultados en salud que determine el Ministerio de Salud y Protección Social;</p> <p>m) Administrar la información clínica de sus usuarios para que esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud.</p> <p>n) Gestionar y 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 Prestadores de Servicios de Salud;</p> <p>o) Cumplir con las condiciones de habilitación y de permanencia de orden financiero, administrativo y técnico que soporten el cumplimiento de sus obligaciones, según las normas legales vigentes, ante la Superintendencia Nacional de Salud y Superintendencia financiera;</p> <p>p) Contar con una auditoría concurrente e independiente que vigile el cumplimiento de las metas de cobertura, resultado y calidad en el servicio, por parte de los Prestadores de Servicios de Salud de su Red;</p> <p>q) Realizar ejercicios periódicos de rendición pública de cuentas sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio, gestión del riesgo financiero y en salud;</p> <p>r) Tramitar 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</p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>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.</p> <p>s) Las demás que se establezcan en la Ley.</p>	<p>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.</p> <p>s) Las demás que se establezcan en la Ley.</p>
<p><b>Artículo 16. Ingresos de las Gestoras Integrales de Salud (GIS).</b> Las Gestoras Integrales de Salud (GIS) tendrán como ingreso exclusivo el pago que realice la ADRES por concepto de pago por resultados de conformidad con los criterios definidos en la presente ley, sin exceder el 12.5% de la UPC, actualizada anualmente según el IPC.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Cupo o capacidad de Contratación. La ADRES, establecerá para cada GIS, un cupo o capacidad de contratación de las IPS y redes de salud que se contraten para garantizar las prestaciones de salud implícitas según lo definido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.</p>	<p><b>Artículo 16. Ingresos de las Gestoras Integrales de Salud (GIS).</b> Las Gestoras Integrales de Salud (GIS) tendrán como ingreso exclusivo el pago que realice la ADRES por concepto de pago por resultados de conformidad con los criterios definidos en la presente ley, sin exceder el <del>12.5%</del> <b>8%</b> de la UPC, actualizada anualmente según el IPC.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Cupo o capacidad de Contratación. La ADRES, establecerá para cada GIS, un cupo o capacidad de contratación de las IPS y redes de salud que se contraten para garantizar las prestaciones de salud implícitas según lo definido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.</p>
<p><b>Artículo 17. Cuotas moderadoras y copagos.</b> Los afiliados y beneficiarios del Sistema, no estarán sujetos a pagos de cuotas moderadoras o deducibles de que trata el artículo 187 de la ley 100 de 1993, salvo cuando se trate de servicios considerados puerta de entrada del sistema de salud, los cuales se cobrarán exclusivamente a las personas con capacidad de pago de conformidad con el artículo 157 de la ley 100 de 1993. Estos valores no podrán exceder del 1% del valor total de la factura y serán recaudados por la IPS que presten el servicio y formarán parte anticipada de los pagos correspondientes. El monto de estos cobros, será descontado en el momento del pago respectivo a la IPS o red de servicios, por parte de la ADRES.</p>	<p><b>Artículo 17. Cuotas moderadoras y copagos.</b> Los <b>usuarios afiliados</b> y beneficiarios del Sistema, no estarán sujetos a pagos de cuotas moderadoras o deducibles de que trata el artículo 187 de la ley 100 de 1993, salvo cuando se trate de servicios considerados puerta de entrada del sistema de salud, los cuales se cobrarán exclusivamente a las personas con capacidad de pago de conformidad con el artículo 157 de la ley 100 de 1993. Estos valores no podrán exceder del 1% del valor total de la factura y serán recaudados por la IPS que presten el servicio y formarán parte anticipada de los pagos correspondientes. El monto de estos cobros, será descontado en el momento del pago respectivo a la IPS o red de servicios, por parte de la ADRES.</p>
<p><b>Artículo 18. Sistema de pago por resultado.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por resultado que incentive a las Gestoras Integrales de Salud (GIS) a alcanzar los mayores logros posibles en el mejoramiento del estado de salud de la población, el mejoramiento de la calidad de la atención, la satisfacción y experiencia del usuario y la adecuada utilización de sus recursos.</p> <p>Para el cumplimiento de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología con el fin de lograr la implementación progresiva del sistema y deberá ceñirse a los siguientes indicadores, los cuales serán valorados equitativamente al momento de realizar el pago a la GIS:</p> <p>a) Satisfacción al usuario  b) Programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud  c) Ejecución de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad  d) Creación de guías de atención según el modelo de APS  e) Índice de fallos de tutela en contra  f) Oportunidad en la prestación del servicio  g) Oportunidad en la entrega de medicamentos  h) Oportunidad en la toma de exámenes para clínicos e imágenes diagnósticas  i) Inicio de tratamientos después de la orden médica  j) Adherencia a los programas de enfermedades crónicas  k) Creación e implementación de programas de seguimiento y control a las enfermedades de salud pública  l) Implementación del modelo de atención diferenciada  m) Gestión en trámites administrativos  n) Respeto a la autonomía profesional  o) Riesgo</p> <p>Los anteriores indicadores como mínimo deberán enfocarse en el logro de metas o resultados esperados y en actividades consideradas prioritarias, obligatorias o de interés en salud pública; 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><b>Artículo 18. Sistema de pago por resultado.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por resultado que incentive a las Gestoras Integrales de Salud (GIS) a alcanzar los mayores logros posibles en el mejoramiento del estado de salud de la población, el mejoramiento de la calidad de la atención, la satisfacción y experiencia del usuario y la adecuada utilización de sus recursos.</p> <p>Para el cumplimiento de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología con el fin de lograr la implementación progresiva del sistema y deberá ceñirse a los siguientes indicadores, los cuales serán valorados equitativamente al momento de realizar el pago a la GIS:</p> <p>a) Satisfacción al usuario <b><u>el cual se medirá por</u></b>  <b><u>1. Número de quejas resueltas y tutelas falladas en contra de las entidades, por cada 1.000 usuarios.</u></b>  <b><u>2. Encuesta de satisfacción cualitativa y cuantitativa, la cual se realizará una vez al año a los usuarios de cada GIS.</u></b>  <b><u>3. Diseño de planes y programas de atención al usuario que incluyan un enfoque diferencial para poblaciones de difícil acceso, cobertura, resolutivez e interacción con el usuario, garantizando la atención en las regiones que no haya conectividad o tecnologías de la información.</u></b>  <b><u>b. Cumplimiento y mejora en los indicadores del Plan Decenal de Salud Pública, atendiendo el enfoque diferencial por departamento, ciclo vital y población.</u></b>  c) Programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.  d) Ejecución de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad  e) <b><u>Aplicación de las guías de atención expedidas por el Ministerio de Salud y su medición de adherencia.</u></b> Creación de guías de atención según el modelo de APS  f) Índice de fallos de tutela en contra  g) <b><u>Cumplimiento de las normas de calidad en la oportunidad de la prestación del servicio establecidas por el Ministerio de Salud.</u></b> Oportunidad en la prestación del servicio</p>

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>El Gobierno nacional reglamentará el pago por resultados descrito en el presente artículo, para lo cual solicitará el acompañamiento de las universidades públicas y deberá crear un formulario de evaluación el cual arrojará un resultado porcentual sobre cada uno de los indicadores señalados en el presente artículo y que servirá de insumo para calcular el valor a pagar a las GIS por el resultado obtenido, el cual será equivalente o proporcional al 12.5% de la UPC, según el resultado y sin exceder dicho porcentaje.</p>	<p>h) Oportunidad en la entrega de medicamentos <b>y Oportunidad</b> en la toma de exámenes para clínicos e imágenes diagnósticas.  <b>i) Tiempo de Inicio de tratamientos <u>intervencionistas y de alto costo</u></b> después del <del>la</del> <b>orden diagnóstico</b> médico.                      j) Adherencia a los programas de enfermedades crónicas                      k) Creación e implementación de programas de seguimiento y control a las enfermedades de salud pública                      l) Implementación del modelo de atención <b><u>integral de salud con atención diferenciada basada en atención primaria en salud con enfoque en salud familiar.</u></b>                      m) Gestión en trámites administrativos  <b>n) Percepción cualitativa y cuantitativa, el cual se medirá anualmente, con el fin de evaluar las condiciones laborales con la GIS por parte del personal de la salud.</b>                      Respeto a la autonomía profesional                      o) Riesgo                      Los anteriores indicadores como mínimo deberán enfocarse en el logro de metas o resultados esperados y en actividades consideradas prioritarias, obligatorias o de interés en salud pública; en el mejoramiento de la calidad de la atención, la experiencia y satisfacción del usuario; y en la adecuada gestión de los recursos.                      El Gobierno nacional reglamentara el pago por resultados descrito en el presente artículo, para lo cual solicitara el acompañamiento de las universidades públicas <b>y privadas</b> y deberá crear un formulario de evaluación el cual arrojará un resultado porcentual sobre cada uno de los indicadores señalados en el presente artículo y que servirá de insumo para calcular el valor a pagar a las GIS por el resultado obtenido, el cual será <b><u>del 3% de la UPC como valor fijo y adicional hasta un 5%, el cual será</u></b> equivalente o proporcional <b><u>al 12.5% de la UPC, según el</u></b> <del>al</del> resultado <b><u>obtenido</u></b> y sin exceder <b><u>el valor total a pagar del 8% dicho porcentaje.</u></b>  <b><u>Parágrafo: Para realizar una valoración objetiva y con el fin de determinar el valor o porcentaje de pago por resultados a las GIS, se conformará una comisión integrada por 1 representante de los hospitales, 2 representante de los trabajadores del sector salud, 1 representante de los pacientes, 1 representante de los gestores, 1 representante del Ministerio de Salud y 1 representante de la ADRES. El Gobierno nacional reglamentará el funcionamiento de la presente comisión, la cual actuara ad honorem y sus decisiones serán vinculantes.</u></b></p>
	<p>ARTICULO NUEVO. Con el fin de gestionar, crear, modificar o suprimir las Redes de Prestadores de Servicios de Salud que garanticen el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez, equidad y calidad en la prestación de servicios, principios basados en la ley estatutaria de salud, se conformará una comisión integrada por 1 miembro de las Gestoras Integrales de Salud, 1 delegado del Ministerio de Salud, 1 delegado de las Clínicas y Hospitales, 1 delegado de los pacientes, 1 delegado de los trabajadores, 1 representante de la ADRES y 1 representante de la secretaria de salud departamental o la Dirección encargada y 1 delegado de la secretaria de salud municipal o Distrital. Dicha comisión se encargará, adicionalmente, de autorizar la suscripción de los convenios o contratos con el voto positivo de las dos terceras partes de sus miembros. Sus decisiones son de carácter obligatorio y sus actuaciones serán ad honorem.</p>
<p>CAPITULO V DISPOSICIONES FINALES</p>	
<p><b>Artículo 19. Plazo para la implementación de la ley.</b> La presente ley para su implementación tendrá un plazo máximo de dos (2) 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.</p>	



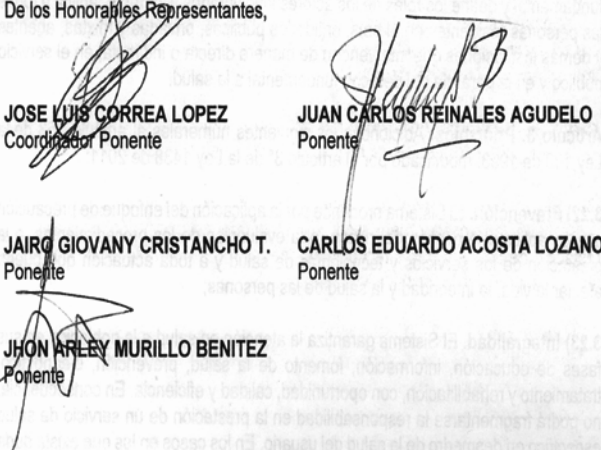
TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO
<p><b>Artículo 20. Transición del sistema.</b> Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestoras Integrales de Salud - GIS de conformidad con lo dispuesto en la presente ley. Durante el periodo de transición 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.</p> <p>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, y deberá garantizar la prestación y continuidad de los servicios médicos y especializados, así como los tratamientos en curso de los afiliados al Sistema que no hayan elegido Gestora Integral de Salud – GIS en el nivel de especialidad que se encuentren.</p>	<p><b>Artículo 20. Transición del sistema.</b> Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestoras Integrales de Salud - GIS de conformidad con lo dispuesto en la presente ley. Durante el periodo 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.</p> <p>El Gobierno nacional definirá los procesos que se deberán surtir durante la transición para <u>el registro la afiliación,</u> traslados y movimientos de afiliados <u>o usuarios</u> de las actuales Entidades Promotoras de Salud, y deberá garantizar la prestación y continuidad de los servicios médicos y especializados, así como los tratamientos en curso de los afiliados al Sistema que no hayan elegido Gestora Integral de Salud – GIS en el nivel de especialidad que se encuentren.</p>
<p><b>Artículo 21. Vigencias y derogatorias.</b> La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.</p>	

## 6. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones, solicito a los honorables Representantes de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, debatir y aprobar en primer debate, el **Proyecto de ley número 062 de 2018 Cámara**, “*por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*”, con base en el texto adjunto.

De los Honorables Representantes,

De los Honorables Representantes,



**JOSE LUIS CORREA LOPEZ**  
 Coordinador Ponente

**JUAN CARLOS REINALES AGUDELO**  
 Ponente

**JAIRO GIOVANY CRISTANCHO T.**  
 Ponente

**CARLOS EDUARDO ACOSTA LOZANO**  
 Ponente

**JHON ARLEY MURILLO BENITEZ**  
 Ponente

### TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 062 DE 2018 CÁMARA

*por 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 1. Objeto.** El objetivo de la presente ley es redefinir 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, en todos los niveles de atención, con calidad, oportunidad, continuidad, pertinencia y seguimiento de los servicios; así como garantizar la sostenibilidad y el equilibrio financiero del Sistema.

**Artículo 2°. Ámbito de la ley.** La presente ley regula la forma en que el Estado organiza, dirige y coordina, la prestación del servicio de salud, como un derecho fundamental y define los roles de los actores involucrados. Por tanto, aplica a todas las personas residentes en el país, entidades públicas, privadas y mixtas, agentes y demás instituciones que intervengan de manera directa o indirecta, en el servicio público y en la garantía del derecho fundamental a la salud.

**Artículo 3°. Principios.** Adiciónese los siguientes numerales al artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011:

**“3.22) Prevención.** El Sistema propende por la aplicación del enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos, a la 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;”.

**Artículo 4°. Protección de la salud como derecho y deber.** Toda persona tiene derecho a los beneficios que la presente ley consagra para la protección de la salud y el deber de velar por la preservación, mejoramiento y la recuperación de su salud personal, la de su familia y la de los miembros de su entorno, evitando acciones y omisiones perjudiciales al bienestar de la colectividad.

## CAPÍTULO II

### Organización General del Sistema de Salud

**Artículo 5° Características generales del Sistema de Salud.** El Sistema de Salud es de carácter nacional, universal, solidario, de financiación mixta con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial, con centralización política, descentralización administrativa y con prestación mixta, público y privada; estructurado sobre una concepción integral de la salud, hacia el logro del mejoramiento de la calidad de vida de la población y la disminución de inequidades en salud, con amplia participación y control social.

El Sistema de Salud tendrá las siguientes características:

- a) **Rectoría.** El Sistema de Salud estará dirigido, orientado, regulado, supervisado, controlado y vigilado por el Estado en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.
- b) **Registro.** Todos los habitantes en Colombia deberán estar registrados en el sistema general de seguridad social en salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales;
- c) **Financiación del Sistema de Salud.** Estará financiado con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial o tributos de destinación específica que se creen para el efecto y por los demás contemplados en la normatividad vigente.
- d) **Gestoras Integrales de Salud - GIS.** El registro de la población, la contratación de los servicios, la auditoría de las cuentas médicas y las actividades de promoción y prevención, la gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno y la representación del usuario corresponden a las GIS.
- e) **Prestaciones de salud.** El Sistema de Salud garantizará a todos los residentes en el país el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, acorde a lo establecido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. El Sistema de Salud garantiza las prestaciones de salud implícitas, financiadas con recursos públicos, a través del aseguramiento social y subsidios a la oferta y a la demanda.
- f) **Salud pública.** El Sistema de Salud incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con la presente Ley, las Leyes 9ª de 1979, 715 de 2001, 1438 de 2011 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan, incorporadas en el Plan Decenal de Salud Pública vigente y en sus planes territoriales.
- g) **Atención primaria y complementaria.** El Sistema de Salud garantizará la atención primaria en salud a través de los entes territoriales, prestada por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS preferencialmente de naturaleza pública o mixta, financiada a través de pagos directos desde el ente territorial correspondiente.
- h) **Redes de servicios.** De conformidad con el artículo 13 de la Ley Estatutaria en salud 1751 de 2015, el Sistema de salud operará mediante esquemas de integración territorial y redes integrales e integradas de salud -RIISS que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención en los Territorios de Salud que se conformen.
- i) **Participación en las decisiones del Sistema de Salud.** Acorde con el artículo 12 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Sistema de Salud contará con la participación de los usuarios, quienes podrán asociarse para actuar ante las GIS e IPS y ante las redes de servicios, teniendo en cuenta la georreferenciación en la atención primaria y la disponibilidad de prestadores de servicios en el territorio.
- j) **Plan Maestro de Equipamientos en Salud -PMES.** El Ministerio de Salud y Protección Social, generará los lineamientos que deben tener en cuenta las entidades territoriales para la elaboración de los respectivos PMES avalados por los entes Territoriales respectivos y serán articulados con los planes de desarrollo nacional, departamental y distrital.
- k) **Enfoque diferencial.** El Sistema de Salud reconoce y protege a las poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, discapacidad, tercera edad, poblaciones localizadas en

zonas dispersas y víctimas de la violencia; por lo cual diseñará rutas de atención integral y preferencial para estas poblaciones de especial protección constitucional.

**Artículo 6°. Redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá adicionalmente las siguientes características:

- a) **Administrador de Recursos Único.** La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre registro de los usuarios, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema.
- b) **No habrá intermediación financiera.** Los pagos por los servicios de salud prestados serán girados oportuna y directamente a las IPS o a las redes de servicios establecidas, sin intermediación financiera; así como se girarán con oportunidad los valores correspondientes por gastos de administración a las Gestoras Integrales de Salud - GIS
- c) **Flujo de recursos.** A través de la ADRES, se girará a las GIS, el valor correspondiente al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios descritos en la presente ley; así mismo, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas previo aval de las cuentas por parte de la respectiva GIS, el valor correspondiente al pago de los servicios de salud prestados.
- d) **Atención Integral.** El Ministerio de Salud, como ente rector garantizará la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y velará por la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, mediante la implementación o continuidad de un modelo de atención integral en salud, en el que se garantice la prestación del servicio mediante redes integrales.
- e) **Regímenes.** El Sistema de Salud, contará con un Régimen Único, que garantice la universalidad en su registro y en el cual se realizarán los reconocimientos económicos definidos en la ley, exclusivamente para quienes coticen al mismo. El Gobierno nacional reglamentará lo dispuesto en el presente inciso.
- f) **Población pobre no registrada.** La atención en salud y los costos respectivos de la población pobre no registrada, corresponde a

la entidad territorial respectiva con recursos de oferta, preferencialmente en los hospitales públicos y en las RIIS públicas, privadas o mixtas que se requieran para garantizar el derecho a la salud. Las entidades territoriales y las GIS harán la gestión para afiliar a toda la población. En ningún caso se podrá argumentar la falta de registro como excusa para negar la atención a una persona.

- g) **Modelos diferenciados.** El Sistema de Salud, dispondrá de modelos diferenciados de atención para poblaciones especiales y aquellas localizadas en zonas dispersas; dicho esquema diferenciado incluirá subsidio a la oferta y pago por evento para las Empresas Sociales del Estado pertenecientes a las entidades territoriales. En todo caso, se deberá acudir a las entidades de primer nivel como los primeros respondientes de los pacientes, garantizando la atención integral de la salud.
- h) **Subsidio a la oferta.** En los casos de subsidio a la oferta, la ADRES, girará directamente a los hospitales públicos, de acuerdo con los presupuestos globales prospectivos que se establezcan y girará a la entidad territorial lo correspondiente a las actividades de salud pública e intervenciones colectivas, según lo establecido en las normas legales vigentes.
- i) **No habrá integración vertical.** Las Gestoras Integrales de Salud – GIS, no podrán prestar servicios de salud directamente a sus usuarios, lo harán a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud -IPS, públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados.

Las nuevas GIS que se constituyan en el futuro, no podrán tener integración vertical de ningún tipo.

- j) **Definición de roles de los agentes del Sistema de Salud.** Cada agente del Sistema deberá conservar su rol acorde a su misión; así, la ADRES, se dedicará a recaudar, administrar y distribuir los recursos a las GIS y a los prestadores de los servicios; las Gestoras Integrales de Salud - GIS, se encargan de garantizar las prestaciones en salud financiadas con recursos públicos y no prestarán servicios directamente; y las RIIS, los hospitales e IPS, según su nivel de complejidad y su papel dentro de las redes integradas, se dedicarán a prestar dichos servicios con calidad, oportunidad y continuidad; los prestadores no asumirán funciones de Gestoras Integrales de Salud – GIS.
- k) **Sistema unificado de tarifas.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispondrá de un sistema único de tarifas que aplicará para todos los actores del Sistema, es decir para las RIIS, los prestadores de servicios públicos, privados o mixtos y los grupos de profesionales independientes.

El Sistema Unificado de Tarifas tendrá estímulos hasta un 5%, sobre la facturación mensual, para las IPS públicas o privadas que sean acreditadas por excelencia y para los hospitales universitarios.

El Sistema Unificado de Tarifas tendrá dentro de los modos de pago, un componente importante ligado al cumplimiento de metas que midan las actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Los actores del sistema en ningún caso podrán contratar la prestación del servicio por valores inferiores a los establecidos en el Sistema Unificado de Tarifas.

El Ministerio de Salud, tendrá un (1) año a partir de la aprobación de la presente Ley, para emitir el Sistema Unificado de Tarifas, en todo caso las mismas no podrán ser inferiores a las establecidas en el Manual Tarifario SOAT de la vigencia respectiva y deberá ser actualizado anualmente según el IPC.

**I) Servicios sociales complementarios y de protección social.** Cuando el acceso al servicio de salud dependa de la financiación de los gastos de desplazamiento y estadía en el lugar donde se prestará la atención médica al paciente, estos gastos estarán cubiertos por el sistema de salud. En el caso de los enfermos que por su estado de salud o la cronicidad de su patología, requieran de un cuidador permanente soportado en orden médica y no dispongan de red familiar, su protección social será cubierta por el sistema de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la aprobación de la presente Ley.

**Artículo 7°. Evaluación del sistema.** A partir del año 2019, cada dos (2) 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 año a las mencionadas comisiones.

Los resultados obtenidos del proceso de evaluación servirán de insumo para la elaboración de políticas públicas para el sector tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

### CAPÍTULO III

#### Manejo unificado de los recursos del sistema

**Artículo 8°. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES cuyo objeto es administrar los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre registro de usuarios, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema. Los procesos de registro podrán realizarse a través de terceros, siempre bajo la dirección de la ADRES.

**Artículo 9°. 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 el registro al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los residentes en el territorio colombiano;
- b) Recaudar y administrar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Único de Salud y las demás que la ley determine;
- c) Ordenar y pagar directamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, previa verificación y aceptación por parte de las Gestoras Integrales de Salud – GIS, de acuerdo al procedimiento descrito en la presente ley.
- d) Efectuar los giros directos en nombre de las Gestoras Integrales de Salud – GIS o las Entidades Territoriales y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema;
- e) Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución de riesgo;
- 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;

- g) Implementar métodos de auditoría para verificar la información sobre resultados en salud y mecanismos de ajuste de riesgo;
- h) Adelantar las auditorías para el reconocimiento y pago de servicios de salud.
- l) 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 - GIS.
- j) Administrar el riesgo financiero del sector salud;
- k) 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 procedan para el recaudo de las mismas.

**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.

**Parágrafo 3°.** Las funciones descritas en la presente ley para la ADRES, no podrán ser delegadas o subcontratadas con un tercero.

**Artículo 10. Recursos que recaudará y administrará.** La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, recaudará y administrará los siguientes recursos, además de los contemplados en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 y en las demás normas que lo modifiquen o sustituyan:

- a) Las cotizaciones de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Único o quienes tienen la obligación de aportar al Sistema y los aportes del empleador. Estas cotizaciones se recaudarán por dicha entidad a través de un sistema de recaudo y transacciones controlado por ella y podrá contratar los servicios financieros o tecnológicos que requiera para su adecuada operación. El sistema de recaudo se integrará con el de los demás administradores del Sistema de Seguridad Social Integral y con el de las Cajas de Compensación Familiar;

**Artículo 11. Destinación de los recursos administrados.** Los recursos administrados se destinarán de conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 y adicionalmente a:

- g) Pago por resultado a las Gestoras Integrales de Salud – GIS, de conformidad con los criterios establecidos en la presente ley;
- 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) Pago a prestadores de servicios de salud y proveedores;
- l) Las demás destinaciones que la ley expresamente haya definido su financiamiento con cargo a los recursos del Fosyga o la entidad que lo sustituya.

**Parágrafo 1°.** Los excedentes financieros que genere la operación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES se destinarán a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud para lo cual se mantendrá su destinación inicial y se distribuirán de la siguiente manera:

1. 15% fortalecimiento de funciones de la ADRES.
2. 30% en la compra progresiva de las instituciones prestadoras de salud que se encuentren integradas.
3. 30% fortalecimiento de los programas de Salud Pública.
4. 15% para garantizar los servicios excluidos de conformidad con la ley estatutaria de salud.
5. 10% para el pago de las deudas acogidas dentro de la ADRES con prioridad de pago a los hospitales públicos.

**Artículo 12. Flujo de recursos.** El flujo de recursos será directo, sin intermediación financiera y se realizará de la siguiente manera:

1. Una vez se preste el servicio de salud o se reciban bienes por parte de las instituciones encargadas, estas deberán presentar ante las Gestoras Integrales de Salud – GIS, la cuenta de cobro o factura respectiva, la cual no podrá exceder los quince (15) días calendario desde el momento de la prestación efectiva al usuario. De no presentarse la factura con sus respectivos soportes, en el tiempo señalado, la GIS ordenará el descuento del 10% del valor de la misma, el cual será administrado por la ADRES y servirá para realizar el pago de los servicios excluidos de conformidad con lo establecido en la ley estatutaria de salud.

2. Una vez recibida la cuenta de cobro o factura, las Gestoras Integrales de Salud – GIS, dentro de los quince (15) días calendario siguientes, visarán y autorizarán el pago por servicios prestados por las IPS públicas, privadas o mixtas o RIIS. En caso de presentarse glosas en este proceso, las mismas deberán ser resueltas en el término señalado en el presente numeral, el cual solo podrá ser ampliado hasta por 10 diez días calendario siguientes al vencimiento del término inicial.
3. La ADRES, dentro de los quince (15) días calendario siguientes al recibo de las cuentas de cobro o facturas, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, el valor autorizado por parte de la respectiva Gestora Integral de Salud – GIS por los servicios de salud prestados y los bienes entregados. En los casos en que las cuentas se radiquen directamente ante la ADRES, la misma se encargará de auditar la cuenta en un tiempo no superior a cinco (5) días calendario y su giro no podrá exceder de los quince (15) días siguientes.
4. En los ámbitos territoriales con modelos de atención en salud diferenciados, cuyos hospitales funcionen con base en subsidios a la oferta, recibirán el pago por trimestre anticipado, correspondiente a los presupuestos globales prospectivos aprobados, los primeros diez (10) días hábiles de cada trimestre. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este giro teniendo en cuenta la modulación por resultados de salud del trimestre anterior.
5. En caso de conflicto entre las GIS y una IPS específica o una red de servicios, para efectos del reconocimiento y pago de los servicios prestados y de los bienes entregados, a solicitud de alguna de las partes, intervendrá la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que resolverá las diferencias en un término no superior a 30 días y notificará a la ADRES, para efectos del pago en los siguientes 10 días. La Superintendencia, reglamentará la materia, incluyendo medidas de fondo cuando los conflictos se hagan reiterados por parte de una o varias gestoras integrales de salud o prestadoras del servicio.
6. La ADRES, reconocerá un valor anual el cual se pagará gradualmente dentro de los primeros ocho (8) días hábiles de cada mes a las Gestoras Integrales de Salud (GIS), los pagos correspondientes al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios señalados en la presente ley y los que se establezcan mediante reglamento. Los ajustes correspondientes a novedades no registradas en el momento del pago, se incluirán en la siguiente cuenta.

El primer año de la presente ley se deberá reconocer y pagar a las GIS el 8% de la UPC y a partir del segundo año, deberá realizarse de manera proporcional de acuerdo al resultado obtenido en la evaluación de desempeño, sin que este porcentaje exceda el valor del 8% la UPC.

**Parágrafo 1°.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares de las facturas y la codificación para todos los bienes y servicios de salud.

**Parágrafo 2°.** Si las Gestoras Integrales de Salud, realizan maniobras tendientes a no recibir las facturas por parte de los prestadores de servicios o aun recibéndolas excedan el plazo señalado en el numeral 2 de la presente ley para decidir, los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías, podrán radicar la respectiva cuenta, debidamente soportada, ante la ADRES y continuará el procedimiento señalado en el numeral 3 para el respectivo pago o giro directo. En todo caso el valor girado en la respectiva factura, se descontará a la GIS del porcentaje de su administración y se destinará para realizar el pago de los servicios excluidos de conformidad con lo establecido en la ley estatutaria de salud.

**Parágrafo 3°.** En caso de ser sucesivas dos (2) o más veces dentro de los seis (6) meses en la misma vigencia fiscal, las faltas enunciadas en el parágrafo segundo del presente artículo, la Superintendencia Nacional de Salud, de oficio o a petición de parte, podrá iniciar los procesos sancionatorios respectivos, el cual dará lugar a la pérdida de la habilitación y sus respectivos socios o accionistas no podrán volver a conformar o hacer parte de la junta directiva de ninguna Gestora Integral de Salud.

**Artículo 13.** En caso de que las GIS no tengan en su red de prestación de servicios una especialidad que requiera un paciente en aras de proteger el derecho fundamental de salud, deberá ser atendido por las IPS que preste el servicio y el giro se realizará directamente al prestador por parte de la ADRES.

**Artículo 14. Ajuste y redistribución de riesgo.** El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los mecanismos de ajuste y redistribución de riesgo entre las Gestoras Integrales de Salud (GIS), tomando en cuenta criterios etarios, poblacionales, geográficos, epidemiológicos o de alto costo por frecuencia de eventos o patologías.

#### CAPÍTULO IV

##### Gestoras Integrales de Salud

**Artículo 15. Gestoras Integrales de Salud (GIS).** Son las entidades encargadas de garantizar la prestación del servicio de salud a la población residente en el país. Aquellas EPS que se encuentren al día en sus obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cumplan con los requisitos de habilitación y con lo



establecido en la presente ley podrán transformarse como Gestoras Integrales de Salud (GIS), previa evaluación de su margen de solvencia, patrimonio mínimo y condiciones de permanencia de parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Las EPS actuales que se transformen a GIS, tendrán un plazo de dos (2) años para adecuarse a esta norma, luego del cual las EPS que no se hayan adaptado, procederán a su disolución y liquidación.

En la habilitación, la Superintendencia definirá los territorios en los cuales las GIS podrán operar. La habilitación de las GIS, tendrá una vigencia de cuatro (4) años.

**Parágrafo 1°.** No habrá integración vertical de las GIS y los Prestadores de Servicios de Salud. Tampoco se permitirá la integración vertical u horizontal, directa o indirecta entre GIS, IPS y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos.

**Parágrafo 2°.** De conformidad con los estudios y resultados epidemiológicos determinados por el Instituto Nacional de Salud, las Gestoras Integrales de Salud, garantizarán la prestación del servicio en áreas urbanas y rurales; con el objeto de disminuir las brechas sociales y garantizar el principio de equidad en la prestación del servicio, las GIS que operen en los 10 departamentos con mejores resultados epidemiológicos, deberán prestar el servicio en los 10 departamentos con indicadores insatisfactorios, generando el efecto espejo, en donde la GIS que opere en el primer departamento deberá operar también en el último departamento y así sucesivamente.

**Artículo 16. Funciones de las Gestoras Integrales de Salud (GIS).** Son funciones de las GIS, las siguientes:

- a) Ejercer las funciones de aseguramiento social en salud, sin ánimo de lucro.
- b) Garantizar a sus usuarios las prestaciones en salud establecidas en el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud a ser financiadas con recursos públicos dentro del territorio en la cual está autorizada para operar, así como en todo el territorio nacional cuando se requieran servicios por fuera de esta, incluida la referencia y contra referencia dentro de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud que conformen;
- c) Garantizar red de servicios para la cobertura y atención integral de prestación de servicios de salud en todos los municipios del área donde fue autorizada su operación;
- d) Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus usuarios registrados en las fases de identificación, caracterización e intervención;
- e) Suscribir contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Redes de Prestadores de Servicios de Salud en los territorios autorizados para operar y con los Prestadores de Servicios de Salud especial por fuera de estas. Los contratos deben cumplir con las condiciones que fije el Ministerio de Salud y Protección Social;
- f) Coordinar con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en los territorios donde operen;
- g) Auditar las facturas por servicios prestados, realizar el reconocimiento de los montos a pagar y autorizar los giros directos desde la ADRES a los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de la Red y a los proveedores de medicamentos y dispositivos médicos;
- h) Contar con centros de atención permanente en todos los municipios y distritos de los territorios donde operen;
- i) Contar con un sistema de información al usuario sobre beneficios, Redes de Prestadores 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) Entregar información a la Superintendencia Nacional de Salud, a la ADRES y al Ministerio sobre los resultados en salud que determine el Ministerio de Salud y Protección Social;
- k) Administrar la información clínica de sus usuarios para que esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud.
- l) Gestionar y 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 Prestadores de Servicios de Salud;
- m) Cumplir con las condiciones de habilitación y de permanencia de orden financiero, administrativo y técnico que soporten el cumplimiento de sus obligaciones, según las normas legales vigentes, ante la Superintendencia Nacional de Salud y Superintendencia financiera;
- n) Contar con una auditoría concurrente e independiente que vigile el cumplimiento de las metas de cobertura, resultado y calidad en el servicio, por parte de los Prestadores de Servicios de Salud de su Red;
- o) Realizar ejercicios periódicos de rendición pública de cuentas sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio, gestión del riesgo financiero y en salud;
- p) Tramitar 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.

q) Las demás que se establezcan en la Ley.

**Artículo 17. Ingresos de las Gestoras Integrales de Salud (GIS).** Las Gestoras Integrales de Salud (GIS) tendrán como ingreso exclusivo el pago que realice la ADRES por concepto de pago por resultados de conformidad con los criterios definidos en la presente ley, sin exceder el 8% de la UPC, actualizada anualmente según el IPC.

**Parágrafo. Cupo o capacidad de Contratación.** La ADRES, establecerá para cada GIS, un cupo o capacidad de contratación de las IPS y redes de salud que se contraten para garantizar las prestaciones de salud implícitas según lo definido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

**Artículo 18. Cuotas moderadoras y copagos.** Los usuarios y beneficiarios del Sistema, no estarán sujetos a pagos de cuotas moderadoras o deducibles de que trata el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, salvo cuando se trate de servicios considerados puerta de entrada del sistema de salud, los cuales se cobrarán exclusivamente a las personas con capacidad de pago de conformidad con el artículo 157 de la Ley 100 de 1993. Estos valores no podrán exceder del 1% del valor total de la factura y serán recaudados por la IPS que presten el servicio y formarán parte anticipada de los pagos correspondientes. El monto de estos cobros, será descontado en el momento del pago respectivo a la IPS o red de servicios, por parte de la ADRES.

**Artículo 19. Sistema de pago por resultado.** El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por resultado que incentive a las Gestoras Integrales de Salud (GIS) 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.

Para el cumplimiento de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología con el fin de lograr la implementación progresiva del sistema y deberá ceñirse a los siguientes indicadores, los cuales serán valorados equitativamente al momento de realizar el pago a la GIS:

- a) Satisfacción al usuario el cual se medirá por
  1. Número de quejas resueltas y tutelas falladas en contra de las entidades, por cada 1.000 usuarios.
  2. Encuesta de satisfacción cualitativa y cuantitativa, la cual se realizará una vez al año a los usuarios de cada GIS.

3. Diseño de planes y programas de atención al usuario que incluyan un enfoque diferencial para poblaciones de difícil acceso, cobertura, resolutivez y interacción con el usuario, garantizando la atención en las regiones que no haya conectividad o tecnologías de la información.
- b) Cumplimiento y mejora en los indicadores del Plan Decenal de Salud Pública, atendiendo el enfoque diferencial por departamento, ciclo vital y población.
- c) Aplicación de las guías de atención expedidas por el Ministerio de Salud y su medición de adherencia.
- d) Cumplimiento de las normas de calidad en la oportunidad de la prestación del servicio establecidas por el Ministerio de Salud.
- e) Oportunidad en la entrega de medicamentos y en la toma de exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas.
- f) Tiempo de Inicio de tratamientos intervencionistas y de alto costo después del diagnóstico médico.
- g) Implementación del modelo de atención integral de salud con atención diferenciada basada en atención primaria en salud con enfoque en salud familiar.
- h) Percepción cualitativa y cuantitativa, el cual se medirá anualmente, con el fin de evaluar las condiciones laborales con la GIS por parte del personal de la salud.

Los anteriores indicadores como mínimo deberán enfocarse en el logro de metas o resultados esperados y en actividades consideradas prioritarias, obligatorias o de interés en salud pública; en el mejoramiento de la calidad de la atención, la experiencia y satisfacción del usuario; y en la adecuada gestión de los recursos.

El Gobierno nacional reglamentará el pago por resultados descrito en el presente artículo, para lo cual solicitará el acompañamiento de las universidades públicas y privadas y deberá crear un formulario de evaluación el cual arrojará un resultado porcentual sobre cada uno de los indicadores señalados en el presente artículo y que servirá de insumo para calcular el valor a pagar a las GIS por el resultado obtenido, el cual será del 3% de la UPC como valor fijo y adicional hasta un 5%, el cual será equivalente o proporcional al resultado obtenido y sin exceder el valor total a pagar del 8%.

**Parágrafo:** Para realizar una valoración objetiva y con el fin de determinar el valor o porcentaje de pago por resultados a las GIS, se conformará una comisión integrada por 1 representante de los hospitales, 2 representantes de los trabajadores del sector salud, 1 representante de los pacientes, 1 representante de los gestores, 1 representante del Ministerio de Salud y 1 representante de la ADRES. El Gobierno nacional reglamentará

el funcionamiento de la presente comisión, la cual actuará ad honorem y sus decisiones serán vinculantes.

**Artículo 20.** Con el fin de gestionar, crear, modificar o suprimir las Redes de Prestadores de Servicios de Salud que garanticen el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez, equidad y calidad en la prestación de servicios, principios basados en la ley estatutaria de salud, se conformará una comisión integrada por 1 miembro de las Gestoras Integrales de Salud, 1 delegado del Ministerio de Salud, 1 delegado de las Clínicas y Hospitales, 1 delegado de los pacientes, 1 delegado de los trabajadores, 1 representante de la ADRES y 1 representante de la secretaría de salud departamental o la Dirección encargada y 1 delegado de la secretaría de salud municipal o Distrital. Dicha comisión se encargará, adicionalmente, de autorizar la suscripción de los convenios o contratos con el voto positivo de las dos terceras partes de sus miembros. Sus decisiones son de carácter obligatorio y sus actuaciones serán ad honorem.

#### CAPÍTULO V

#### Disposiciones finales

**Artículo 21. Plazo para la implementación de la ley.** La presente ley para su implementación tendrá un plazo máximo de dos (2) 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 22. Transición del sistema.** Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestoras Integrales de Salud

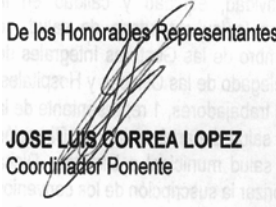
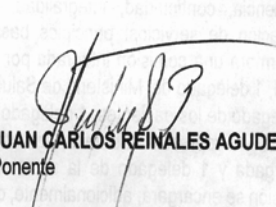
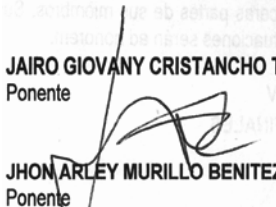
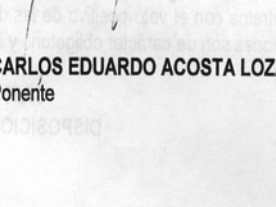

- GIS de conformidad con lo dispuesto en la presente ley.

Durante el periodo 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 el registro, traslados y movimientos de afiliados o usuarios de las actuales Entidades Promotoras de Salud, y deberá garantizar la prestación y continuidad de los servicios médicos y especializados, así como los tratamientos en curso de los afiliados al Sistema que no hayan elegido Gestora Integral de Salud (GIS) en el nivel de especialidad que se encuentren.

**Artículo 23. 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 Representantes,

 <b>JOSE LUIS CORREA LOPEZ</b> Coordinador Ponente	 <b>JUAN CARLOS REINALES AGUDELO</b> Ponente
 <b>JAIRO GIOVANY CRISTANCHO T.</b> Ponente	 <b>CARLOS EDUARDO ACOSTA LOZANO</b> Ponente
 <b>JHON ARLEY MURILLO BENITEZ</b> Ponente	

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA  
Edificio nuevo del Congreso. Ofc. 349B

## TEXTOS DE PLENARIA

### TEXTODEFINITIVO PLENARIA CÁMARA AL PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NÚMERO 023 DE 2018 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NÚMERO 110 DE 2018 CÁMARA Y EL PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NÚMERO 174 DE 2018 CÁMARA

por el cual se modifica el artículo 361 de la constitución política y se dictan otras disposiciones sobre el régimen de regalías y compensaciones.

El Congreso de Colombia:

DECRETA:

**Artículo 1º.** Modifíquese el artículo 361 de la Constitución Política quedará así:

*Artículo 361.* Los ingresos del Sistema General de Regalías se destinarán al financiamiento de proyectos de inversión para el desarrollo social, económico, ambiental, educativo y agropecuario

de las entidades territoriales, priorizando las Instituciones de Educación Superior Técnico, Tecnológico y Universitaria Pública y el Sector Agropecuario; al ahorro para su pasivo pensional; para inversiones físicas en educación, para inversiones en ciencia, tecnología e innovación; para la generación de ahorro público; para la fiscalización de la exploración y explotación de los yacimientos y conocimiento y cartografía geológica del subsuelo; y para aumentar la competitividad general de la economía buscando mejorar las condiciones sociales de la población.

Los departamentos, municipios y distritos en cuyo territorio se adelanten explotaciones de recursos naturales no renovables, así como los municipios y distritos con puertos marítimos y fluviales por donde se transporten dichos recursos o productos derivados de los mismos, tendrán derecho a participar en las regalías y

compensaciones, así como a ejecutar directamente estos recursos.

Para efectos de cumplir con los objetivos y fines del Sistema General de Regalías, créanse los Fondos de Ciencia, Tecnología e Innovación; de inversión para las Instituciones de Educación Superior Técnico, Tecnológico y Universitaria Pública; de Desarrollo Regional; de Compensación Regional; y de Ahorro y Estabilización.

Los ingresos del Sistema General de Regalías se distribuirán así: En un porcentaje en un equivalente al 25% Neto para las asignaciones directas de que trata el inciso 2 del presente artículo. Los recursos restantes se distribuirán en un porcentaje equivalente hasta un 10% para el Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación y hasta un 10% para ahorro pensional territorial. Un 5% para el Fondo de Inversión para las Instituciones de Educación Superior Técnico, Tecnológico y Universitaria Pública. Hasta un 5% se priorizará para atender proyectos que contribuyan a mejorar los indicadores de calidad de vida de las regiones en el sector agropecuario.

Los recursos restantes se distribuirán en un porcentaje equivalente hasta el 10% para el Fondo de Ahorro y Estabilización, y un 90% para los Fondos de Compensación Regional, y de Desarrollo Regional. Del total de los recursos destinados a estos dos últimos Fondos, se destinará un porcentaje equivalente al 60% para el Fondo de Compensación Regional y un 40% para el Fondo de Desarrollo Regional.

De los ingresos del Sistema General de Regalías, se destinará un porcentaje del 2% para fiscalización Nacional de la exploración y explotación de los yacimientos, y el conocimiento y cartografía geológica del subsuelo. Este porcentaje se descontará en forma proporcional de los ingresos del Sistema general de Regalías distribuidos en el inciso anterior. Las funciones aquí establecidas serán realizadas por el Ministerio de Minas y Energía o por la entidad a quien este delegue y en los Departamentos por Planeación Departamental, los organismos encargados de la fiscalización de los recursos deberán realizar un informe de rendición de cuentas anualmente que será publicado por el Departamento Nacional de Planeación.

La suma de los recursos correspondientes a las asignaciones directas de que trata el inciso 2° del presente artículo, y de los recursos del Fondo de Desarrollo Regional y del Fondo de Compensación Regional, crecerán anualmente a una tasa equivalente a la mitad de la tasa de crecimiento total de los ingresos del sistema General de Regalías. La ley que regulará el sistema definirá un mecanismo para mitigar la disminución de los mencionados recursos, que se presente como consecuencia de una reducción

drástica en los ingresos del Sistema General de Regalías.

La diferencia entre el total de los ingresos del Sistema General de Regalías y los recursos destinados al ahorro pensional territorial, al Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación, al Fondo de Desarrollo Regional, al Fondo de Compensación Regional, así como a los que se refiere el inciso 2° del presente artículo se destinará al Fondo de Ahorro y Estabilización.

Los Fondos de Ciencia, Tecnología e Innovación y de Desarrollo Regional tendrán como finalidad la financiación de proyectos regionales acordados entre las entidades territoriales y el Gobierno nacional. Las Instituciones de Educación Superior Técnico, Tecnológico y Universitaria Pública podrán participar en los recursos de éste fondo para proyectos de investigación científica.

El Fondo de Inversión para las Instituciones de Educación Superior Técnico, Tecnológico y Universitaria Pública tendrá como finalidad la financiación de los proyectos de inversión acordados entre las Instituciones de Educación Superior Técnico, Tecnológico y Universitaria Pública y el Gobierno nacional. Las IES Públicas tendrán el acompañamiento técnico del Departamento Nacional de Planeación.

Los recursos del Fondo de Compensación Regional se destinarán a la financiación de proyectos de impacto regional o local de desarrollo en las entidades territoriales más pobres, de acuerdo con criterios de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), población y desempleo, y con prioridad en las zonas costeras, étnicas, fronterizas y de periferia. La duración del Fondo de compensación Regional será de treinta (30) años, contados a partir de la entrada en vigencia de la ley a la que se refiere el inciso 2° del artículo anterior. Transcurrido este periodo, estos recursos se destinarán al Fondo de Desarrollo Regional.

Los recursos del Fondo de Ahorro y Estabilización, así como sus rendimientos, serán administrados por el Banco de la República en los términos que establezca el Gobierno nacional. En los períodos de desahorro, la distribución de estos recursos entre los demás componentes del Sistema se regirá por los criterios que defina la ley a la que se refiere el inciso 2° del artículo anterior.

En caso de que los recursos destinados anualmente al Fondo de ahorro y Estabilización excedan del treinta por ciento (30%) de los ingresos anuales del Sistema General de regalías, tal excedente se distribuirá entre los demás componentes del Sistema, conforme a los términos y condiciones que defina la ley a la que se refiere el inciso 2 del artículo anterior.

**Parágrafo 1°.** Los recursos del Sistema General de Regalías no harán parte del Presupuesto General de la Nación, ni del sistema General de

Participaciones. El sistema General de regalías tendrá su propio sistema presupuestal que se regirá por las normas contenidas en la ley a que se refiere el inciso 2° del artículo anterior. En todo caso, el Congreso de la República expedirá bienalmente el presupuesto del sistema General de regalías.

El Sistema General de Regalías, los presupuestos del Sistema General de Participación, el Presupuesto General de la Nación y los recursos propios de los entes territoriales según su disposición y capacidad fiscal, se podrán complementar entre sí, para la financiación de proyectos de alto impacto regional que contribuyan a la formación bruta de capital en los territorios. En todo caso primará la aceptación de la respectiva entidad territorial para el desarrollo de los mencionados proyectos.

**Parágrafo 2°.** La ejecución de los recursos correspondientes a las asignaciones directas de que trata el inciso 2° del presente artículo, así como de los recursos de los Fondos de Ciencia, Tecnología e Innovación; de Desarrollo Regional, y de Compensación Regional, se hará en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo y los planes de desarrollo de las entidades territoriales.

Los proyectos prioritarios que se financiarán con los recursos de los Fondos de Ciencia, Tecnología e Innovación; de Desarrollo Regional, y de Compensación Regional serán definidos por órganos colegiados de administración y decisión, en un término prudencial y previamente establecido, de conformidad con lo establecido en la ley que regule el Sistema General de Regalías. Frente a los recursos de las regalías directas a los que se refiere el inciso 2° del presente artículo, las entidades territoriales departamentales, municipales y distritales no tendrán que recurrir a instancias del orden nacional para aprobar los proyectos en los cuales decidan invertir los recursos del Sistema General de Regalías a que tengan derecho, solamente deberán observar estrictamente lo dispuesto en la ley y la constitución y no tendrán que ir a ningún órgano colegiado de administración y decisión, garantizando que en todo caso la inversión de recursos se priorice teniendo en cuenta los planes de desarrollo locales y el plan nacional de desarrollo, así como los resultados de manejo de recursos de regalías según los sistemas de evaluación y cumplimiento elaborados por el gobierno nacional, con el fin de cubrir los sectores cuyos indicadores de cobertura sean menores.

Las entidades territoriales que no tengan un adecuado desempeño en la gestión de los recursos de las regalías directas a lo que se refiere el inciso 2° del presente artículo, de acuerdo con el índice de gestión de proyectos establecido por el Departamento Nacional de Planeación, tendrán que continuar acudiendo a órganos colegiados de administración y decisión para la definición de

los mismos. Será el Departamento Nacional de Planeación quien certifique el cumplimiento de este inciso.

El Departamento Nacional de Planeación deberá, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente Acto Legislativo, diseñar y establecer un sistema de puntajes que incluya criterios de ruralidad y cierre de brechas en la distribución de los recursos del Sistema General de Regalías. Focalizando los recursos en los cinco (5) sectores de mayor impacto en la productividad regional: transporte y logística, educación, agua potable, energía, salud, cultural y deporte.

Los programas y/o proyectos en ciencia tecnología e innovación de los departamentos, municipios y distritos que se financiarán con los recursos del Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación, se definirán por un órgano colegiado de administración y decisión, en el cual tendrán asiento el Gobierno nacional, representado por tres (3) Ministros o sus delegados, un (1) representante del Organismo Nacional de Planeación y un (1) representante del Organismo Nacional encargado del manejo de la política pública de ciencia y tecnología e innovación, quien además ejercerá la Secretaría Técnica, un (1) Gobernador por cada una de las instancias de planeación regional a que se refiere el inciso siguiente del presente artículo; cuatro (4) representantes de las universidades públicas y dos (2) representantes de universidades privadas. Así mismo, los recursos de este Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación, se distribuirán en la misma proporción en que se distribuyan a los departamentos, los recursos de los Fondos de Compensación Regional y de Desarrollo Regional. En ningún caso los recursos de este fondo podrán financiar gasto corriente.

Los proyectos de impacto regional de los departamentos, municipios y distritos que se financiarán con los recursos de los Fondos de Desarrollo y Compensación Regional se definirán a través de ejercicios de planeación regional por órganos colegiados de administración y decisión donde tengan asiento cuatro (4) Ministros o sus delegados y un (1) representante del Organismo Nacional de Planeación, los gobernadores respectivos o sus delegados y un número representativo de alcaldes.

Con el fin de propender por un Sistema General de Regalías con equilibrio y equidad con relación al acceso de las entidades territoriales a los recursos que conforman el sistema, los órganos Colegiados de Administración y Decisión deberán garantizar que la ejecución de al menos el 40% de los recursos correspondientes a los fondos regionales que integran el Sistema General de Regalías se desarrolle por parte de las Alcaldías Municipales y Distritales. La ley reglamentará el procedimiento que adelantarán los Órganos

Colegiados de Administración y Decisión Regionales para velar por el debido cumplimiento de lo aquí consagrado.

La ley que regule el Sistema General de Regalías, podrá crear comités de carácter consultivo para los órganos colegiados de administración y decisión con participación de la sociedad civil.

En todo caso, la representación de las entidades territoriales en los órganos colegiados será mayoritaria, en relación con la del Gobierno nacional.

**Parágrafo 3°.** Créase el Sistema de Monitoreo, seguimiento, Control y Evaluación de las Regalías, cuyo objeto será velar por el uso eficiente y eficaz de los recursos del Sistema General de Regalías, fortaleciendo la transparencia, la participación ciudadana y el Buen Gobierno.

La ley a la que se refiere el inciso 2 del artículo anterior, definirá su funcionamiento y el procedimiento para la imposición de medidas preventivas, correctivas y sancionatorias por el inadecuado uso de los recursos del Sistema General de Regalías. Dentro de estas medidas podrán aplicarse a los Departamentos, Municipios y/o Distritos y demás ejecutores la suspensión de giros, cancelación de proyectos y/o el reintegro de recursos.

La ley a la que se refiere el inciso 2 del artículo anterior definirá igualmente, el porcentaje anual de los recursos de Sistema General de Regalías destinado a su funcionamiento y al del Sistema de Monitoreo, Seguimiento, Control y Evaluación de las Regalías. Este porcentaje se descontará en forma proporcional del total de los ingresos del Sistema General de Regalías distribuidos en el inciso cuarto del presente artículo.

**Parágrafo 4°.** Cuando una entidad territorial que recibe recursos del Sistema General de Regalías para el ahorro pensional territorial cubra sus pasivos pensionales, destinará los recursos provenientes de esta fuente a la financiación de proyectos de inversión. Durante los veinte (20) años siguientes a la entrada en vigencia del presente acto legislativo, estos proyectos deberán tener como objeto la implementación del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, incluyendo la financiación de proyectos destinados a la reparación integral de víctimas. Estos proyectos deberán ser definidos por los entes territoriales Departamentales, Municipales y Distritales que trata el parágrafo 2° del presente artículo.

Las entidades territoriales que a la fecha de entrada en vigencia del presente Acto Legislativo cuenten con recursos de ahorro pensional provenientes del Sistema General de Regalías, que sobrepasen el cubrimiento requerido de sus pasivos pensionales, los destinarán igualmente a

la financiación de proyectos de inversión en los términos señalados en el inciso anterior.

El Gobierno nacional, mediante decreto con fuerza de ley, que expedirá dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente acto legislativo, reglamentará la materia.

Para las entidades territoriales con una baja o nula incidencia del conflicto armado, los proyectos deberán ser aprobados por los entes territoriales Departamentales, Municipales y Distritales que trata el parágrafo 2 del presente artículo y serán destinados prioritariamente para la reparación integral a las víctimas o para el cierre de brechas.

**Parágrafo 5°.** Los programas o proyectos de inversión que se financiarán con los recursos del Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación, serán definidos por el respectivo Órgano Colegiado de Administración y Decisión, a través de convocatorias públicas abiertas y competitivas, articuladas con los correspondientes planes de desarrollo. Para la presentación y ejecución de los proyectos la entidad deberá ser parte del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. Los programas o proyectos aprobados serán ejecutados por las entidades que los presentaron en la convocatoria.

Lo establecido en el presente parágrafo regirá desde la entrada en vigencia de la ley que lo reglamente.

**Parágrafo 6°.** En el caso que el comportamiento de recaudo sea superior a la proyección del plan bienal de caja, se distribuirá el excedente de la siguiente forma:

60% se destinará a los Municipios productores.

40% se destinará a los Municipios no productores.

**Parágrafo 1°.** *Transitorio.* Suprímase el Fondo Nacional de Regalías a partir de la fecha que determine la ley a la que se refiere el inciso 2° del artículo anterior. El Gobierno nacional designará al liquidador y definirá el procedimiento y el plazo para la liquidación. Los recursos no comprometidos que posea el Fondo Nacional de Regalías a la entrada en vigencia del presente Acto Legislativo, se destinarán prioritariamente a la reconstrucción de la infraestructura vial del país y a la recuperación ambiental de las zonas afectadas por la emergencia invernal de 2010-2011.

**Parágrafo 2°.** *Transitorio.* Respecto de los recursos que se destinarán a las asignaciones directas de que trata el inciso 2° del presente artículo y a los Fondos de Compensación Regional, y de Desarrollo Regional, su distribución durante los tres primeros años será así: durante el primer año corresponderá a un porcentaje equivalente al 50% para las asignaciones directas de que trata el inciso 2° del presente artículo y un 50% para los fondos



enunciados en este párrafo; de la misma forma, durante el segundo año se destinará un porcentaje equivalente al 35% y al 65% respectivamente; y durante el tercer año se destinará un porcentaje equivalente al 25% y el 75%, respectivamente.

En el evento en que durante el periodo comprendido entre los años 2012 y 2014, las asignaciones directas de que trata el inciso 2° del presente artículo, sean inferiores al 50% del promedio anual, en pesos constantes de 2010, de las asignaciones directas causadas menos descuentos de ley entre los años 2007 y 2010; y durante el periodo comprendido entre los años 2015 y 2020, sean inferiores al 40% del promedio anual, en pesos constantes de 2010, de las asignaciones directas causadas menos descuentos de ley entre los años 2007 y 2010; el departamento, municipio o distrito, podrá utilizar los recursos de la asignación del departamento respectivo en el Fondo de Desarrollo Regional, hasta alcanzar dicho porcentaje o hasta agotar los recursos del departamento en el mencionado Fondo, lo que ocurra primero.

Parágrafo 3°. *Transitorio*. En el primer año de operación del Sistema General de Regalías, se destinará un veinticinco por ciento (25%) de sus recursos al Fondo de Ahorro y Estabilización.

Durante el periodo 2012-2014, una quinta parte de los recursos anuales del Fondo de Ahorro y Estabilización se destinará a las asignaciones directas de que trata el inciso 2° del presente artículo.

Parágrafo 4°. *Transitorio*. El Gobierno nacional contará con un término de tres (3) meses contados a partir de la fecha de promulgación del presente acto legislativo, para radicar ante el Congreso de la República el proyecto de ley a la que se refiere el inciso 2° del artículo anterior, que ajuste el régimen de regalías al nuevo marco constitucional.

Una vez radicado el proyecto de ley a que se refiere el inciso anterior, el Congreso de la República contará con un término que no podrá exceder de nueve (9) meses para su aprobación. Si vencido este término no se ha expedido la ley por parte del Congreso, se faculta por un (1) mes al Presidente de la República para expedir decretos con fuerza de ley para regular la materia.

Parágrafo 5°. *Transitorio*. El Sistema General de regalías regirá a partir de 1° de enero de 2012. Si para esta fecha no ha entrado en vigencia la ley de que trata el inciso 2° del artículo anterior, el Gobierno nacional garantizará la operación del Sistema mediante decretos transitorios con fuerza de ley, que expedirá a más tardar el 31 de diciembre de 2011.

Parágrafo 6°. *Transitorio*. Para asegurar la ejecución de los recursos en la vigencia 2012, el Gobierno nacional expedirá el presupuesto del Sistema General de Regalías para la citada

vigencia fiscal, mediante un decreto con fuerza de ley.

Parágrafo 7°. *Transitorio*. Durante los veinte (20) años siguientes a la entrada en vigencia del presente acto legislativo, un 7% de los ingresos del Sistema General de Regalías se destinarán a una asignación para la Paz que tendrá como objeto financiar proyectos de inversión para la implementación del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, incluyendo la financiación de proyectos destinados a la reparación de víctimas.

Igual destinación tendrá el 70% de los ingresos que por rendimientos financieros genere el Sistema General de Regalías en estos años, con excepción de los generados por las asignaciones directas de que trata el inciso segundo del presente artículo. El 30% restante se destinará para incentivar la producción de municipios, en cuyos territorios se exploten los recursos naturales no renovables y a los municipios y distritos con puertos marítimos y fluviales por donde se transporten dichos recursos o derivados de los mismos.

Durante este periodo, la asignación para ahorro pensional territorial será del 7% de los ingresos del Sistema General de Regalías. La diferencia entre el total de los ingresos del Sistema General de Regalías y los recursos destinados al ahorro pensional territorial, al Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación, al Fondo de Desarrollo Regional, al Fondo de Compensación Regional, a las asignaciones directas a las que se refiere el inciso segundo del presente artículo y a la Asignación para la Paz a la que se refiere el inciso 1 del presente párrafo, se destinará al Fondo de Ahorro y Estabilización.

Los recursos a los que se refieren los incisos 1° y 2° de este párrafo, se distribuirán priorizando las entidades territoriales más afectadas por la pobreza rural, las economías ilegales, la debilidad institucional, el conflicto armado y los municipios en cuyo territorio se adelanten explotaciones de recursos naturales no renovables y se orientarán a cerrar las brechas sociales, económicas e institucionales en dichas entidades territoriales.

Los proyectos de inversión a ser financiados con los recursos a los que se refieren los incisos 1° y 2° de este párrafo, serán definidos por un Órgano Colegiado de Administración y Decisión, en el cual tendrán asiento el Gobierno nacional, representado por el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado, un (1) representante del organismo nacional de planeación, y un (1) representante del Presidente de la República; el Gobierno departamental representado por dos (2) Gobernadores y el Gobierno municipal, representado por dos (2) alcaldes.

Asistirán a este Órgano Colegiado de Administración y Decisión, en calidad de invitados permanentes con voz y sin voto, dos Senadores y dos Representantes a la Cámara.

Para cumplir con lo dispuesto en el presente párrafo transitorio, el Gobierno nacional, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente acto legislativo, expedirá los decretos con fuerza de ley necesarios para ajustar el presupuesto del bienio 2017-2018 y para adoptar las medidas requeridas para el funcionamiento de este Órgano Colegiado de Administración y Decisión, y de la Asignación para la Paz.

Parágrafo 8°. *Transitorio.* Con el propósito de financiar la infraestructura de transporte requerida para la implementación del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, el Gobierno nacional trasladará el 60% de los saldos no aprobados en el Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación a 31 de diciembre de 2016. El 50% de los recursos objeto del traslado será destinado a la Asignación para la Paz, para ser definidos por el Órgano Colegiado de Administración y Decisión de que trata el párrafo 7° transitorio del presente artículo y el 50% restante al Fondo de Desarrollo Regional.

El gobierno departamental podrá establecer que el porcentaje de recursos a trasladar sea superior al 60%, en cuyo caso deberá informar al Gobierno nacional dentro de los cinco días siguientes a la entrada en vigencia del presente Acto Legislativo.

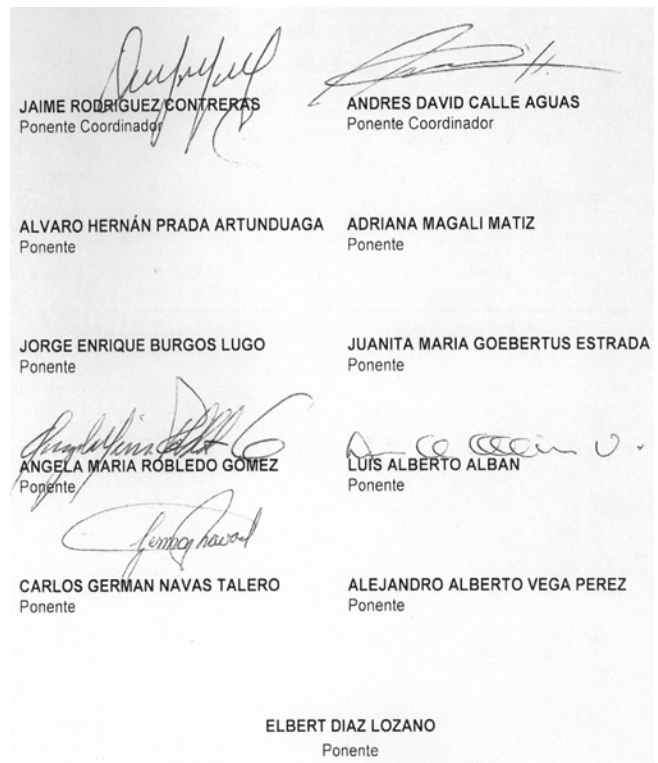
El Gobierno nacional realizará los ajustes presupuestales a los que haya lugar mediante un decreto con fuerza de ley. Los recursos trasladados serán apropiados al mismo departamento beneficiario de los saldos y se distribuirán en partes iguales a la Asignación para la Paz y al Fondo de Desarrollo Regional.

Parágrafo 9°. *Transitorio.* Los proyectos de inversión a financiarse con los recursos del Sistema General de Regalías destinados a la implementación del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, deberán guardar concordancia con el régimen de planeación vigente, el componente específico para la Paz y la implementación del Plan Plurianual de Inversiones del Plan Nacional de Desarrollo y de los planes de desarrollo de las entidades territoriales

Parágrafo 10. *Transitorio.* Durante los veinte (20) años siguientes a la entrada en vigencia del presente acto legislativo, las entidades beneficiarias cuya apropiación bienal de inversión sea menor a 4.000 salarios mínimos mensuales legales vigentes y que tengan un adecuado desempeño en la gestión de estos recursos, definirán directamente los proyectos de inversión cuando estos tengan como objeto la implementación del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y

la Construcción de una Paz Estable y Duradera, en concordancia con el decreto con fuerza de ley que para el efecto expida el Gobierno nacional en los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente acto legislativo. Los demás proyectos serán definidos por el Órgano Colegiado de Administración y Decisión respectivo.

Artículo 2°. *Vigencia y derogatorias.* El presente acto legislativo rige a partir de la fecha de su promulgación.



**SECRETARÍA GENERAL**

Bogotá, D. C., noviembre 14 de 2018

En Sesión Plenaria del día 14 de noviembre de 2018, fue aprobado en Segundo Debate el Texto Definitivo con modificaciones al **Proyecto de Acto Legislativo número 023 de 2018 Cámara, acumulado con el Proyecto de Acto Legislativo número 110 de 2018 Cámara y el Proyecto de Acto Legislativo número 174 de 2018 Cámara, “por el cual se modifica el artículo 361 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones sobre el régimen de regalías y compensaciones”**. Esto con el fin de que el citado Proyecto de ley siga su curso legal y reglamentario y de esta manera dar cumplimiento con lo establecido en el artículo 182 de la Ley 5ª de 1992.

Lo anterior, según consta en el acta de la Sesión Plenaria Ordinaria número 027 de noviembre 13 de 2018, previo su anuncio en la Sesión del día 7 de noviembre de 2018, correspondiente al Acta número 026.

**JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO**  
Secretario General

**TEXTODEFINITIVO PLENARIA CÁMARA  
AL PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO  
NÚMERO 081 DE 2018 CÁMARA**

*por el cual se modifica el artículo 122  
de la Constitución Política.*

El Congreso de la República

DECRETA:

Artículo 1°. El artículo 122 de la Constitución Política quedará así:

“**Artículo 122.** No habrá empleo público que no tenga funciones detalladas en la ley o el reglamento y para proveer los de carácter remunerado se requiere que estén contemplados en la respectiva planta y previstos sus emolumentos en el presupuesto correspondiente.

Ningún servidor público entrará a ejercer su cargo sin prestar juramento de cumplir y defender la Constitución Política y de desempeñar los deberes que le incumben.

Antes de tomar posesión del cargo, al retirarse del mismo o cuando autoridad competente se lo solicite, el servidor público deberá declarar bajo juramento, el monto de sus bienes y rentas y presentar copia de su última declaración de renta. El servidor público deberá actualizar cada año bajo juramento, el monto de sus bienes y rentas y presentar copia de su última declaración de renta.

El particular que ejerza funciones públicas o administre bienes o recursos públicos al inicio y al término del ejercicio de sus atribuciones o cuando autoridad competente se lo solicite, deberá declarar bajo juramento, el monto de sus bienes y rentas y presentar copia de su última declaración de renta. Además, deberá actualizar cada año bajo juramento, el monto de sus bienes y rentas y presentar copia de su última declaración de renta.

La declaración de bienes y rentas, así como la declaración de renta del servidor público y del particular que ejerza funciones públicas o administre bienes o recursos públicos no tendrá carácter de información reservada cuando la solicite un organismo de control competente, quienes serán responsables penal y fiscalmente del uso indebido de dicha información.

Sin perjuicio de las demás sanciones que establezca la ley, no podrán ser inscritos como candidatos a cargos de elección popular, ni elegidos, ni designados como servidores públicos, ni celebrar personalmente, o por interpuesta persona, contratos con el Estado, quienes hayan sido condenados, en cualquier tiempo, por la comisión de delitos que afecten el patrimonio del público o quienes hayan sido condenados por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos armados ilegales, delitos de lesa humanidad o por narcotráfico, en Colombia, o en el exterior. Tampoco quien haya dado lugar, como servidor público, con su conducta dolosa, o gravemente culposa, así calificada por sentencia judicial ejecutoriada, a que el Estado sea condenado a una reparación patrimonial.

Parágrafo. Los miembros de los grupos armados organizados al margen de la ley condenados por delitos cometidos por causa, con ocasión, o en relación directa o indirecta con el conflicto armado, que hayan suscrito un acuerdo de paz con el Gobierno, o se hayan desmovilizado individualmente, siempre que hayan dejado las armas, se hayan acogido al marco de justicia transicional aplicable en cada caso, entre estos la Jurisdicción Especial para la Paz en los términos de este acto legislativo y no hayan sido condenados por delitos dolosos posteriores al acuerdo de paz, o a su desmovilización, estarán habilitados para ser designados como empleados públicos, o trabajadores oficiales cuando no estén efectivamente privados de su libertad, bien sea de manera preventiva, o en cumplimiento de la sanción que les haya sido impuesta y para celebrar personalmente, o por interpuesta persona, contratos con el Estado. Las personas a las que se refiere el presente artículo no quedarán inhabilitadas para el ejercicio de una profesión, arte u oficio.

La anterior disposición aplicará igualmente a los miembros de la Fuerza Pública que se sometan a la Jurisdicción Especial para la Paz, quienes podrán ser empleados públicos, trabajadores oficiales, o contratistas del Estado, cuando no estén efectivamente privados de su libertad, bien sea de manera preventiva, o en cumplimiento de la sanción que les haya sido impuesta, sin perjuicio de la prohibición de reincorporación al servicio activo prevista en la Ley 1820 de 2016 para las situaciones en ella señaladas.

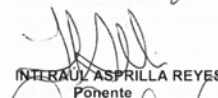
Como aporte a las garantías de no repetición, el Estado colombiano garantizará que los hechos que ocurrieron en el pasado no se repitan, y para ello implementará las medidas referidas en el Acuerdo General de Paz en esta materia. Quienes sean sancionados por graves violaciones de Derechos Humanos o graves infracciones al Derecho Internacional Humanitario, no podrán hacer parte de ningún organismo de seguridad, defensa del Estado, Rama Judicial ni órganos de control”.

Artículo 2°. El presente Acto Legislativo rige a partir de la fecha de su promulgación.

ARTÍCULO 2°. El presente Acto Legislativo rige a partir de la fecha de su promulgación.

  
GABRIEL JAIME VALLE JOCHUJEL  
Ponente

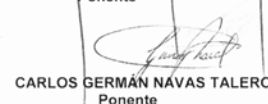
ERWIN ARIAS BETANCUR  
Ponente

  
INTRAUÍ ASPRILLA REYES  
Ponente

\* JUAN CARLOS LOZADA VARGAS  
Ponente

  
ADRIANA MAGALI MATIZ VARGAS  
Ponente

ALFREDO RAFAEL DELUQUE Z.  
Ponente

  
CARLOS GERMÁN NAVAS TALERO  
Ponente

LUIS ALBERTO ALBÁN URBANO  
Ponente

\* ÁNGELA MARÍA ROBLEDO GÓMEZ  
Ponente

**SECRETARÍA GENERAL**

Bogotá, D.C., noviembre 8 de 2018

En Sesión Plenaria de los días 23 de octubre y 6 de noviembre de 2018, fue aprobado en Segundo Debate el Texto Definitivo con modificaciones del **Proyecto de Acto Legislativo número 081 de 2018 Cámara “por el cual se modifica el artículo 122 de la Constitución Política”**. Esto con el fin de que el citado Proyecto de Ley siga su curso legal y reglamentario y de esta manera dar cumplimiento con lo establecido en el artículo 182 de la Ley 5ª de 1992.

Lo anterior, según consta en las actas de las Sesiones Plenarias Ordinarias número 021 de octubre 23 de 2018 y 025 de noviembre 6 de 2018, previo su anuncio en las Sesiones del día 17 y 31 de octubre de 2018, correspondiente a las Actas número 020 y 024.



**JORGE HÚMBERTO MANTILLA SERRANO**  
Secretario General

\* \* \*

**TEXTODEFINITIVO PLENARIA CÁMARA  
AL PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO  
NÚMERO 211 DE 2018 CÁMARA**

*por el cual se modifica el artículo 351 de la  
Constitución Política.*

El Congreso de la República

DECRETA:

Artículo 1º. El artículo 351 de la Constitución Política quedará así:

**Artículo 351.** El Congreso no podrá aumentar ninguna de las partidas del presupuesto de gastos propuestas por el Gobierno, ni incluir una nueva, sino con la aceptación escrita del ministro del ramo, salvo lo previsto en el inciso siguiente.

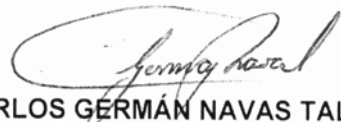
Una vez aprobado el monto definitivo del presupuesto de gastos decidido por las comisiones conjuntas, las plenarias de las cámaras podrán efectuar modificaciones al proyecto de presupuesto hasta el veinte (20 %) del presupuesto de inversión, mediante traslados entre partidas, aumento o disminución de las mismas o inclusión de nuevas partidas que estén relacionadas con el cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo, siempre que no se alteren aquellas partidas que el Congreso no puede eliminar o reducir y a las que se refiere el inciso siguiente.

El Congreso podrá eliminar o reducir partidas de gastos propuestas por el Gobierno, con excepción de las que se necesitan para el servicio de la deuda pública, las demás obligaciones contractuales del Estado, la atención completa de los servicios ordinarios de la administración y las

inversiones autorizadas en los planes y programas a que se refiere el artículo 341.

Si se elevare el cálculo de las rentas, o si se eliminaren o disminuyeren algunas de las partidas del proyecto respectivo, las sumas así disponibles, sin exceder su cuantía, podrán aplicarse a otras inversiones o gastos autorizados conforme a lo prescrito en el inciso final del artículo 349 de la Constitución.

Artículo 2º. El presente acto legislativo rige desde su publicación.



**CARLOS GERMÁN NAVAS TALERO**  
Ponente

**SECRETARÍA GENERAL**

Bogotá, D. C., noviembre 14 de 2018

En Sesión Plenaria del día 13 de noviembre de 2018, fue aprobado en Segundo Debate el Texto Definitivo sin modificaciones del **Proyecto de Acto Legislativo número 211 de 2018 Cámara, “por el cual se modifica el artículo 351 de la constitución política”**. Esto con el fin de que el citado Proyecto de Ley siga su curso legal y reglamentario y de esta manera dar cumplimiento con lo establecido en el artículo 182 de la Ley 5ª de 1992.

Lo anterior, según consta en las actas de las Sesiones Plenarias Ordinarias número 027 de noviembre 13 de 2018, previo su anuncio en las Sesiones del día 7 de noviembre de 2018, correspondiente a las Actas número 026.



**JORGE HÚMBERTO MANTILLA SERRANO**  
Secretario General

\* \* \*

**TEXTODEFINITIVO PLENARIA CÁMARA  
AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 040 DE  
2018 CÁMARA, 02 DE 2018 SENADO**

*por medio de la cual se aprueba el ‘acuerdo sobre los términos de la adhesión de la República de Colombia a la Convención de la Organización para la cooperación y el desarrollo económicos’, suscrito en París, el 30 de mayo de 2018 y la ‘Convención de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos’, hecha en París el 14 de diciembre de 1960.*

El Congreso de la República

DECRETA:

Artículo 1º. Apruébese el “Acuerdo sobre los Términos de la Adhesión de la República de Colombia a la Convención de la Organización para la

*Cooperación y el Desarrollo Económicos*”, suscrito en París, el 30 de mayo de 2018 y la “*Convención de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos*”, adoptada en París el 14 de diciembre de 1960.

Artículo 2°. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 7ª de 1944 el “*Acuerdo sobre los Términos de la Adhesión de la República de Colombia a la Convención de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos*”, suscrito en París, el 30 de mayo de 2018 y la “*Convención de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos*”, adoptada en París el 14 de diciembre de 1960, que por el artículo primero de esta ley se aprueban, obligarán al país a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto de los mismos.

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

JUAN DAVID VELEZ TRUJILLO Ponente  
 ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA Ponente  
 CESAR EUGENIO MARTÍNEZ RESTREPO Ponente  
 MILENE JARAVA DÍAZ Ponente

**SECRETARÍA GENERAL**

Bogotá, D. C., noviembre 8 de 2018

En Sesión Plenaria del día 6 de noviembre de 2018, fue aprobado en Segundo Debate el Texto Definitivo sin modificaciones del **Proyecto de ley número 040 de 2018 Cámara, 02 de 2018 Senado**, “*por medio de la cual se aprueba el ‘Acuerdo sobre los términos de la adhesión de la República de Colombia a la Convención de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos’*, suscrito en París, el 30 de mayo de 2018 y la ‘*Convención de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos*’, hecha en París el 14 de diciembre de 1960”. Esto con el fin de que el citado Proyecto de Ley siga su curso legal y reglamentario y de esta manera

dar cumplimiento con lo establecido en el artículo 182 de la Ley 5ª de 1992.

Lo anterior, según consta en el acta de la Sesión Plenaria Ordinaria número 025 de noviembre 6 de 2018, previo su anuncio en las Sesión del día 31 de octubre de 2018, correspondiente al Acta número 024.

**JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO**  
 Secretario General

**CONTENIDO**

Gaceta número 988 - Viernes, 16 de noviembre de 2018  
 CÁMARA DE REPRESENTANTES

	Págs.
<b>PONENCIAS</b>	
Informe de ponencia para primer debate y texto propuesto al Proyecto de ley número 062 de 2018 Cámara, por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. ....	1
<b>TEXTOS DE PLENARIA</b>	
Texto definitivo plenaria Cámara al Proyecto de Acto legislativo número 023 de 2018 Cámara, acumulado con el Proyecto de Acto legislativo número 110 de 2018 Cámara y el proyecto de acto legislativo número 174 de 2018 Cámara, por el cual se modifica el artículo 361 de la constitución política y se dictan otras disposiciones sobre el régimen de regalías y compensaciones. ....	29
Texto definitivo plenaria Cámara al Proyecto de Acto legislativo número 081 de 2018 Cámara por el cual se modifica el artículo 122 de la Constitución Política.....	35
Texto definitivo plenaria Cámara al Proyecto de Acto legislativo número 211 de 2018 Cámara, por el cual se modifica el artículo 351 de la Constitución Política.....	36
Texto definitivo plenaria Cámara al Proyecto de ley número 040 de 2018 Cámara, 02 de 2018 Senado, por medio de la cual se aprueba el ‘acuerdo sobre los términos de la adhesión de la República de Colombia a la Convención de la Organización para la cooperación y el desarrollo económicos’, suscrito en París, el 30 de mayo de 2018 y la ‘Convención de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos’, hecha en París el 14 de diciembre de 1960.....	36