



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° 1054

Bogotá, D. C., miércoles, 28 de noviembre de 2018

EDICIÓN DE 44 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 148 DE 2018 CÁMARA

*por medio del cual se deroga el artículo 84 de la Ley
100 de 1993.*

Bogotá, D. C., 27 de noviembre de 2018

Doctor

ORLANDO ALFONSO CLAVIJO CLAVIJO

Secretario General

Comisión Séptima

Cámara de Representantes

Asunto: ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 148 de 2018 Cámara, *por medio del cual se deroga el artículo 84 de la Ley 100 de 1993.*

Respetado doctor Clavijo

De conformidad con lo dispuesto por la Ley 5ª de 1992 y dando cumplimiento a la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de Cámara, como ponentes de esta iniciativa legislativa, nos permitimos rendir informe de ponencia para primer debate al Proyecto ley número 148 de 2018 Cámara, *por medio del cual se deroga el artículo 84 de la Ley 100 de 1993*, en los siguientes términos:

La presente ponencia se desarrollará de la siguiente manera:

1. Antecedentes de la iniciativa.
2. Objeto y contenido del proyecto.
3. Marco jurídico del proyecto.
4. Consideraciones.

a) Concepto Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

b) Concepto Colpensiones.

5. Pliego de modificaciones.

6. Proposición.

1. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

La presente iniciativa fue radicada el 24 de agosto de 2016 por los honorables Representantes a la Cámara Margarita María Restrepo Arango, Álvaro Hernán Prada, Fernando Sierra Ramos, Rubén Darío Molano y Cristóbal Rodríguez.

Le correspondió el número 128 de 2016 en la Cámara de Representantes y se publicó en la *Gaceta del Congreso* número 684 de 2016. Por disposición de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, los Representantes Margarita María Restrepo Arango y Cristóbal Rodríguez fueron designados para rendir informe de ponencia en primer debate ante esta célula legislativa.

El proyecto de ley fue aprobado día 17 de mayo de 2017 en primer debate en la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes; y se designaron como ponentes para segundo debate la honorable Representante, Margarita María Restrepo Arango, y el honorable Representante Cristóbal Rodríguez. El proyecto de ley fue archivado de conformidad con lo dispuesto en el artículo 190 de la Ley 5ª de 1992.

Por su trascendencia e importancia nacional se radica nuevamente a consideración del honorable Congreso de la República por los honorables Representantes Margarita María Restrepo Arango, Óscar Darío Pérez Pineda y Juan Pablo Celis

Vergel quedando bajo el radicado número 148 de 2018 Cámara, el día 11 de septiembre de 2018.

2. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto de ley tiene como objeto, derogar el artículo 84 de la Ley 100 de 1993¹, el cual establece la excepción a la Garantía de Pensión Mínima (GPM), y dispone:

“Artículo 84. Excepción a la garantía de pensión mínima. Cuando la suma de las pensiones, rentas y remuneraciones que recibe el afiliado o los beneficiarios, según sea el caso, sea superior a lo que le correspondería como pensión mínima, no habrá lugar a la garantía estatal de pensión mínima”.

Lo consagrado en el artículo 84 de la Ley 100 de 1993 permite que las personas que cumplen con los requisitos para acceder a la Garantía de Pensión Mínima (GPM), y que acrediten ante las Administradoras de Fondos de Pensiones, rentas, remuneraciones o pensiones del afiliado o beneficiarios que sumados sean superiores al monto de la GPM, puedan optar por la devolución de sus aportes mediante un único pago, pero pierde completamente la posibilidad de acceder a una pensión de vejez.

De esta forma el artículo 1º del proyecto de ley, deroga el artículo 84 de la Ley 100 de 1993, para permitir mayor acceso a la Garantía de Pensión Mínima para los afiliados al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS), el cual será fundamental para un incremento importante en la cobertura del Sistema General de Pensiones.

El artículo 2º, desarrolla la vigencia.

3. MARCO JURÍDICO DEL PROYECTO

Entre los cimientos esenciales de la Constitución Política está la Garantía Estatal de Pensión Mínima la cual responde a los ideales constitucionales consagrados en los artículos 13, 48 y 46 de la Constitución e impone al Estado promover dicho derecho en especial de población con mayor vulnerabilidad y a su vez el deber de concurrir con eficiencia a la protección de las personas con arreglo, entre otros, a los principios de universalidad, solidaridad y equidad.

Por ello el artículo 13 de la Constitución Política de Colombia establece que:

“Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”.

Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones.

Ley 797 de 2003, por la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los regímenes pensionales exceptuados y especiales.

4. CONSIDERACIONES

La Ley 100 de 1993 estableció dos regímenes para que los colombianos accedieran a su pensión: el Régimen de Prima Media con Prestación Definida, administrado por Colpensiones; y el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad. La dualidad de regímenes imprimió una sana competencia entre los sectores público y privado, que se reflejaría en la eficacia y eficiencia de los servicios de seguridad social.

En el primero, los afiliados o sus beneficiarios obtienen una pensión de vejez, invalidez o de sobrevivientes, o en su defecto una indemnización; y los aportes de los afiliados y empleadores y sus rendimientos forman una bolsa común pública desde la que se realiza el pago de las pensiones, las indemnizaciones, los gastos administrativos y las reservas de ley. En el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad se incorporan y administran recursos privados y públicos destinados a pagar las pensiones y prestaciones que deban reconocerse a sus afiliados. Está basado en los recursos del ahorro, administrados en cuentas de propiedad individual de los afiliados provenientes de las cotizaciones hechas por los empleadores y trabajadores, más los rendimientos financieros generados por su inversión y, eventualmente, de los subsidios del Estado.²

El artículo 65 de la Ley 100 de 1993 estableció la Garantía de Pensión Mínima de Vejez (GPM) como un derecho para los afiliados del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS) que a los sesenta y dos años hombres y cincuenta y siete mujeres, no hayan alcanzado a acumular el capital necesario para financiar una pensión mínima y que hubiesen cotizado por lo menos 1.150 semanas. Dicho derecho consiste en que el Fondo de Garantía de Pensión Mínima (FGPM) en desarrollo del principio de solidaridad, les complete la parte que haga falta para obtener dicha pensión de forma vitalicia.

La financiación del Fondo de Garantía de Pensión Mínima (FGPM) a partir del año 2003 está a cargo de los trabajadores afiliados al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS). Del 16% que aportan los afiliados al RAIS 1,5% se

¹ “Por la cual se reglamenta el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”.

² Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1996/C-538-96.htm>.

destina a dicho fondo con el fin de tener un fondo sostenible en el tiempo que sirva para otorgar la Garantía de Pensión Mínima.

Sin embargo, a pesar de que el Fondo de Garantía de Pensión Mínima (FGPM) cuenta con recursos suficientes provenientes del afiliado³ en la Ley 100 de 1993 estableció un requisito adicional para el acceso a la Garantía de Pensión Mínima (GPM) que ha afectado enormemente a los afiliados al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS).

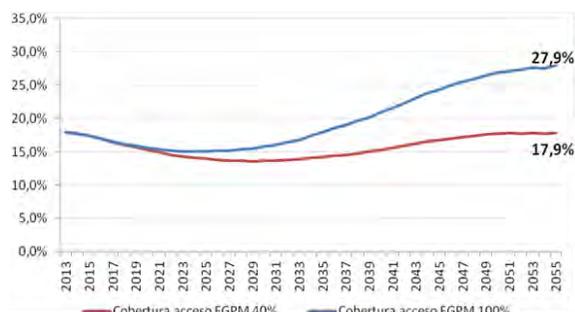
Este requisito adicional se sustenta en el artículo 84 de la Ley 100 de 1993, en el que señala que cuando la suma de las pensiones, rentas y remuneraciones que recibe el afiliado o los beneficiarios, según sea el caso, sea superior a lo que le correspondería como pensión mínima, no habrá lugar a la garantía estatal de pensión mínima. De ahí la importancia de derogar dicho artículo el cual permitiría al sistema brindar una verdadera solidaridad para aquellos que cumplen los requisitos de edad y semanas, pero no alcanzan a acumular el capital suficiente para una pensión mínima.

El mencionado artículo ha hecho que las condiciones para acceder a la Garantía de Pensión Mínima (GPM) sean tan excluyentes que solo un número reducido de afiliados han podido acceder a la misma⁴, razón por la cual la derogatoria del artículo 84 de la Ley 100 de 1993 contribuirá inmensamente al aumento de los afiliados que se beneficiarán de la Garantía de Pensión Mínima (GPM) y con ello a alcanzar el principal objetivo de un sistema pensional: mayor cobertura pensional, sin afectar sostenibilidad y bajo unas reglas justas en términos de equidad.

Por ende, la derogatoria del artículo 84 de la Ley 100 de 1993, tal y como lo propone el presente proyecto de ley, permitiría un acceso adecuado a la Garantía de Pensión Mínima para los afiliados al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS), será fundamental para un incremento importante en la cobertura del Sistema General de Pensiones. El gráfico siguiente muestra que, si no se hace nada en relación a las condiciones de acceso al FGPM, la cobertura se mantendrá en los niveles actuales del 18% en el año 2055. Por el contrario, en caso que se garantice una pensión mínima a todos aquellos que logren cumplir los requisitos de edad y 1.150 cotizadas en el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad - RAIS, la

cobertura incrementará al año 2055 en cerca de 10 puntos porcentuales, aproximadamente a 27,9%.

Cobertura SGP

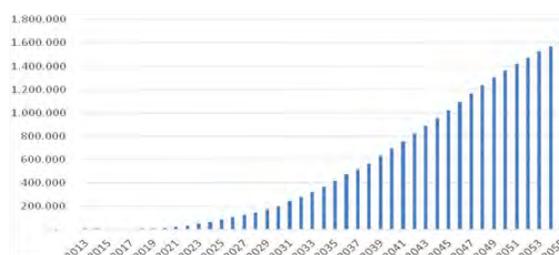


Fuente: Asofondos.

En línea con lo anterior, el siguiente gráfico muestra la diferencia entre el total de beneficiarios de Garantía de Pensión Mínima (GPM) con la implementación de la derogación del artículo 84 de la Ley 100 de 1993. Aquí, cada columna representa cuántos receptores más podrían beneficiarse por la Garantía de Pensión Mínima (GPM) tras la modificación propuesta en la norma para cada año.

Por ejemplo, en el año 2055 cerca de un millón seiscientos más de personas recibirán la Garantía de Pensión Mínima (GPM), tras la derogatoria del artículo 84 de la Ley 100 de 1993.

Número de personas extra que se beneficiaría de la GPM con la derogación del artículo 84 de la Ley 100 de 1993



Fuente: Asofondos

En adición a lo anterior es esencial examinar las expresiones “rentas y remuneraciones que recibe el afiliado o los beneficiarios” como barreras en el acceso a la GPM, puesto que violan una de las características fundamentales de la pensión que es su individualidad; la garantía que representa esencialmente el derecho a percibir una pensión; el papel del Estado como garante del derecho a causar y percibir una pensión, y por último cómo la norma constituye una limitante para aquellas personas vulnerables desde el mercado laboral.

Tal como lo expresa la Sentencia C538/96, “no obstante que, existe libertad para que los interesados puedan escoger cualquiera de los regímenes y por lo tanto, afiliarse a las entidades públicas o privadas que los administran, subsisten una serie de instituciones jurídicas y comunes que son pilares fundamentales del derecho a

³ Según Información de la Superintendencia Financiera, a diciembre de 2016, el FGPM cuenta con \$15,7 billones de pesos, los cuales se encuentran invertidos en el fondo moderado.

⁴ Hasta diciembre de 2015, 5.953 personas habían solicitado acceso a la GPM, pero solo 1.538 pensionados del RAIS fueron autorizados por la OBP para acceder a la GPM, y cuando los recursos de sus cuentas de ahorro individual (CAI) se agoten, empezarán a percibir su mesada con cargo a los recursos de la GPM.

la seguridad social y del reconocimiento a la dignidad humana, que no se pueden desconocer.

En virtud de la Garantía de la Pensión Mínima se procura que el Estado, independientemente del régimen social adoptado por el afiliado, atienda por igual la protección pensional de aquellos afiliados que, después de reunir algunos requisitos, no pudieren por cualquier causa acceder al servicio pensional mínimo.

Tratándose de una garantía estatal mínima, se debe asegurar el derecho a la igualdad, pues carece de justificación que una protección pensional estatal mínima establezca condiciones diferenciadas para personas según el régimen pensional en el cual se encuentran –prima media o ahorro individual– cuando de lo que se trata es de establecer una protección básica frente a todo el sistema general de pensiones, como fuente de protección para la tercera edad, en desarrollo de los principios de eficiencia, de universalidad, y de solidaridad, que constituyen el fundamento de la acción del Estado en relación con el servicio público de la seguridad social.

La referida garantía tiene aplicación en la Ley 100 de 1993 en lo referente a la pensión de invalidez y a la pensión de sobreviviente. En efecto de la interpretación armónica de los artículos 35, 71, 75 y 138 de dicha ley se infiere que, tanto en el Régimen de Prima Media como en el Régimen de Ahorro Individual, “si el afiliado hubiere cumplido los requisitos para acceder a una cualquiera de las pensiones de invalidez o de sobreviviente, el mismo afiliado, en el caso de la pensión de sobreviviente, tendrá derecho en igualdad de circunstancias, cualquiera que fuere el régimen pensional adoptado por el afiliado a una misma garantía estatal de pensión mínima”.

El derecho del afiliado a adquirir su pensión mínima es inherentemente a un derecho de carácter individual, característica establecida como tal por la Corte Constitucional, que es claramente transgredida por el artículo 84 de la Ley 100 de 1993 puesto que si se toman los ingresos, rentas y remuneraciones del beneficiario, convierte al afiliado en dependiente de su beneficiario. Por otro lado, se debe tener en cuenta que la pensión de vejez es una fuente de ingreso segura para garantizar la vida digna de la persona durante los últimos años de su vida, en esa medida negársela a un afiliado por contar con ingresos externos resulta contraria a la finalidad del derecho a la pensión, como ahorro para sobrevivir a las contingencias durante los últimos años de su vida, máxime cuando este ingreso externo es inestable.

Si se toma en cuenta la suma de los ingresos, rentas y remuneraciones, tanto del afiliado como del beneficiario, se crean aún mayores obstáculos al acceso a la Garantía de Pensión Mínima (GPM) en la medida en que utiliza la sumatoria de ingresos de terceros y del afiliado para excluir al trabajador afiliado al RAIS del acceso a la Garantía de

Pensión Mínima (GPM). Esta expresión transfiere a la familia del solicitante la carga de mantener de por vida a su familiar que se acerca a la tercera edad en el evento de que alguno de los beneficiarios, o varios sumados, tengan un ingreso superior a un salario mínimo al momento en el que el solicitante ha cumplido el tiempo y la edad para acceder a la Garantía de Pensión Mínima (GPM).

Estas expresiones pueden afectar especialmente a las mujeres puesto que es su compañero o cónyuge, potencial beneficiario en muchos casos es quien tiene un ingreso. Lo anterior crea una notable dependencia por parte de la mujer en su vejez. La mujer, como cualquier persona, debe poder decidir de manera autónoma sobre su proyecto de vida y disponer de su pensión mínima si cumple los requisitos de edad y semanas cotizadas, sin depender para su sustento durante la tercera edad de los ingresos de otros familiares que podrían ser potenciales beneficiarios.

Otra población que se ve especialmente afectada por este artículo y las expresiones en él contenido, son aquellas personas que aspirando a obtener la garantía tienen una renta inferior a un salario mínimo y uno de los beneficiarios tiene un ingreso también inferior a un salario mínimo donde ambos sumados superan el monto de la pensión mínima, porque en este evento no tendría posibilidad a acceder a la misma. Esto resulta manifiestamente desproporcionado ya que podrían darse situaciones en las que las sumas de esas rentas entre afiliado y beneficiario sean apenas superiores a un salario mínimo y no sean suficientes para garantizar la vida digna de las personas que trabajaron durante toda una vida con la aspiración de siquiera poder acceder a las condiciones mínimas que cobija la ley.

La pensión otorgada por la Garantía de Pensión Mínima (GPM) es un ingreso mensual, estable y vitalicio, si bien el afiliado (y sus beneficiarios) pueden tener otras fuentes de ingresos, independientemente del valor de los mismos, estos no van a cumplir las condiciones de la pensión vitalicia, poniendo en grave riesgo una verdadera protección en la vejez. Por ejemplo, si se tienen ingresos laborales del beneficiario, estos por supuesto no van a ser vitalicios, y van a depender del mercado laboral, por lo que pueden ser muy volátiles. Otro tipo de ingresos como rentas tienen unos riesgos elevados donde pueden ser notablemente inestables y afectar en gran medida las condiciones de vida de la población mayor, por lo cual no surten su función como garantía contra posibles contingencias puesto que no se puede garantizar un ingreso periódico y vitalicio, como sí lo garantiza la pensión que se otorga en virtud de la GPM.

a) Concepto Ministerio de Hacienda y Crédito Público

La Oficina de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público señala “...que el

artículo 48 de la Constitución Política establece en cabeza del Estado el deber de ampliar progresivamente la cobertura de la seguridad social, así: “(...) el Estado se encuentra obligado a aumentar progresivamente la satisfacción de los derechos sociales y tiene prohibido, al menos en principio, retroceder en los avances obtenidos”.

La iniciativa resulta progresiva en la medida que permite que una población importante no quede desprotegida en su vejez (...), que puedan contar en un futuro con un reconocimiento pensional, que les permita tener un ingreso estable en su vejez, así como proteger a sus eventuales beneficiarios, para el caso de la pensión de sobrevivientes”.

(...) este Ministerio se adhiere a la propuesta legislativa del asunto, en el sentido de eliminar el artículo 84 de la Ley 100 de 1993, en tanto responde a una medida que se acompasa con los principios constitucionales de progresividad y solidaridad en materia pensional, de manera principal, por el beneficio que la misma genera a través del Fondo de Garantía de Pensión Mínima, lo cual honra el deber superior de satisfacer el derecho irrenunciable de pensión a la población colombiana”.

b) Concepto Colpensiones

A su turno Colpensiones emitió concepto relacionado con el presente proyecto de ley, en el cual señaló lo siguiente:

“El artículo 84 de la Ley 100 de 1993 establece:

“Artículo 84. **Excepción a la garantía de pensión mínima.** Cuando la suma de las pensiones, rentas y remuneraciones que recibe el afiliado o los beneficiarios, según sea el caso, sea superior a lo que le correspondería como pensión mínima, no habrá lugar a la garantía estatal de pensión mínima”.

Cabe destacar que este artículo es de aplicación exclusiva del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS), al definir las excepciones para que un afiliado a este régimen pensional que cumple con las condiciones para la Garantía Estatal de Pensión Mínima establecidas en los artículos previos, pueda acceder a ella.

Por lo anterior, la derogatoria de este artículo:

- No tendría impacto financiero sobre el Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por Colpensiones.
- Permitiría ampliar la cobertura del Sistema General de Pensiones, eliminando restricciones para el otorgamiento de las pensiones mínimas en el RAIS, lo cual es consistente con la política de Gobierno nacional de mayor cobertura en el Sistema de Protección a la Vejez”.

5. PLIEGO DE MODIFICACIONES

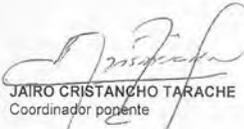
Se proponen unas modificaciones al proyecto de ley:

| TEXTO ORIGINAL | TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE |
|---|--|
| <p>Artículo 1°. Deróguese el artículo 84 de la Ley 100 de 1993 sobre la excepción a la garantía de pensión mínima.</p> | <p>Artículo 1°. Deróguese el artículo 84 de la Ley 100 de 1993. Sobre la excepción a la garantía de pensión mínima:</p> |
| <p>Artículo 2°. La presente ley rige a partir de su publicación en el <i>Diario Oficial</i> y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p> | <p>Artículo 2°. <u>Vigencia. La presente ley entrará a regir a partir de su promulgación y deroga las demás normas que le sean contrarias.</u></p> |

6. PROPOSICIÓN

En virtud de las consideraciones anteriormente expuestas, solicitamos a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes dar primer debate al Proyecto de ley número 148 de 2018 Cámara, *por medio del cual se deroga el artículo 84 de la Ley 100 de 1993*, con base en el texto propuesto que se adjunta y que forma parte integral del presente informe de ponencia.

De los honorables Representantes,



JAIRO CRISTANCHO TARACHE
Coordinador ponente



JUAN DIEGO ECHAVARRÍA SANCHEZ
Ponente

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 148 DE 2018 CÁMARA

por medio del cual se deroga el artículo 84 de la Ley 100 de 1993.

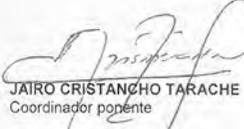
El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Deróguese el artículo 84 de la Ley 100 de 1993.

Artículo 2°. **Vigencia.** Esta ley entrará a regir a partir de su promulgación y deroga las demás normas que le sean contrarias.

De los honorables Representantes,



JAIRO CRISTANCHO TARACHE
Coordinador ponente



JUAN DIEGO ECHAVARRÍA SANCHEZ
Ponente

* * *

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 062 DE 2017 CÁMARA

por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social.

Bogotá, D.C., 23 de noviembre de 2018

Doctor

ORLANDO CLAVIJO CLAVIJO

Secretario

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 Secretario:

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:

I. SOBRE EL PROYECTO DE LEY

El proyecto de ley en estudio, pretende 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.

II. TRÁMITE LEGISLATIVO

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 Estupiñán Calvache, Flora Perdomo Andrade, Fabio Fernando Arroyave Rivas, John Jairo Roldán 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 1º 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.

Posteriormente y 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 (20 de septiembre), Barrancas, La Guajira (12 de octubre) y Bogotá (23 de octubre) 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, las cuales finalizaron con el análisis del proyecto por las Unidades Técnicas Legislativas de los ponentes en una mesa de trabajo convocada por el coordinador ponente realizada el 8 de noviembre del año en curso.

Dentro del marco de discusión del proyecto se presentó concepto de la Federación Colombiana de Municipios la cual afirma que el proyecto “no se enfoca adecuadamente a las soluciones estructurales que requiere el Sistema de Salud” pero hace recomendaciones frente al articulado.

III. CONSIDERACIONES GENERALES

La salud en Colombia como función del Estado tiene sus inicios con el Decreto ley de 1975, con el denominado Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual se caracterizaba por ser “conjunto de organismos, y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación”¹. Esta definición permite acercarnos a la concepción de salud de la época, la cual era considerada como la ausencia de enfermedad y el Estado debía garantizar la curación de los pacientes enfermos.

El SNS estaba organizado en tres sectores, el primer sector se encontraba en cabeza del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ISS) al cual pertenecían todos los trabajadores dependientes del sector privado, y los trabajadores de las empresas industriales y comerciales o de economía mixta que no tuvieran su propia caja de previsión.²

El segundo sector, los empleados del sector público estaban afiliados y atendidos en el nivel Nacional por la Caja Nacional de Previsión (Cajanal), pero a la vez algunas entidades públicas del orden Nacional, algunas entidades territoriales y otras entidades descentralizadas

¹ Documento electrónico. Ver Presidencia de la República de Colombia. “Artículo 1º”. En Decreto-ley 056 de 1975.

² Documento electrónico. Ver, tesis: Análisis del Sistema de Salud colombiano desde la perspectiva de la nueva gerencia pública.

como la Empresa de Acueducto de Bogotá, tenían su propia caja de previsión social. Un ejemplo es el caso de la Superintendencia Bancaria que tenía como caja de previsión Capresup.

El tercer sector, que era el más numeroso, representaba más o menos el 70% de la población, que eran las personas que no contaban con los recursos para la afiliación.

El SNS era un Sistema de predominio público, financiado con recursos fiscales procedentes de los ingresos corrientes de la nación que se transferían a los departamentos, el gran problema del SNS era que existía multiplicidad de funciones que propiciaban la corrupción, pues la función de vigilar y controlar y de administrar estaba en cabeza del mismo ente territorial.

Dentro del mismo contexto, la salud era considerada como un favor del Estado y no como un derecho, “*El cubrimiento solo se daba en los municipios donde había recursos, y a este sector se le destinaba solo un 30% del presupuesto de la salud, sin tener en cuenta que a diferencia de los otros dos sectores, tenía una proporción mayor de población, que además no tenía las condiciones económicas para pagar por este servicio*”³.

Sin querer ahondar más sobre el modelo de salud antes de la Constitución de 1991, se puede afirmar que el servicio de salud de calidad solo era para quienes podían pagar por él y calidad a medias solo para quien lograban acceder al sistema público.

Con la reforma constitucional de 1991, se logra redefinir el papel del Estado en la prestación del servicio al igual que el concepto de salud, pues este se entiende como la prestación del servicio integral que implica la promoción y prevención y deja el carácter asistencial, en los artículos 48 y 49 se reconoce la importancia del derecho a la salud y se establece como un servicio a cargo del Estado.

Artículo 49. *La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.

El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto.

Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos.

A partir de este precepto constitucional se puede afirmar lo siguiente:

- La salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos que están a cargo del Estado.
- Ello implica una garantía de acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
- Específicamente, la Constitución determina que son deberes del Estado:
 - Organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud. Dicha organización debe ser descentralizada y por niveles de atención y contar con la participación de la comunidad.
 - Dicha organización, dirección y reglamentación debe realizarse conforme a los principios de la eficiencia, universalidad y solidaridad.
 - Establecer políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas.
 - Ejercer la vigilancia y control sobre la prestación de servicios.
 - Establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y determinar los aportes a su cargo.
 - El señalamiento, a través del legislador de los términos en los que la atención básica para todos los habitantes es gratuita y obligatoria.
 - Como parte de los deberes de la persona y el ciudadano (contenidos en el artículo 95 constitucional) el deber de cuidado integral de su salud y de la comunidad.

Este cambio constitucional permitió renovar la concepción de la prestación del servicio de salud, el cual estaba relacionado con la atención

³ Ideam.

de enfermedades más un componente de caridad, pues eran beneficiarios de esta atención las personas que contaran con recursos los demás se veían supeditados a la caridad de la Iglesia.

Un concepto emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social al Congreso de la República frente a la discusión del proyecto de ley de ética médica, analiza de manera asertiva cómo, la nueva Constitución obliga a crear un andamiaje jurídico para el sector salud que garantice lo establecido por el constituyente, dicho andamiaje se expresa en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, a través de las cuales se diseña el esquema de acceso a los servicios de salud, subordinados a la Ley 1751 de 2015, de índole estatutario.

Dentro del concepto citado, se establece que con la creación del Sistema de Seguridad Social, a través de la Ley 100 de 1993, se introduce un esquema de aseguramiento en salud que busca la protección financiera de las personas y las familias respecto a eventuales siniestros en la salud, promoviendo y creando una mayor participación de agentes privados en el aseguramiento y la prestación de servicios de salud y una nueva institucionalidad de la que hacen parte entidades aseguradoras (EPS, ARS), prestadores de servicios (IPS, ESE, profesionales independientes), con un alto grado de autonomía en su operación y con nuevas reglas de juego en sus relaciones institucionales y contractuales, donde prima la libre competencia en un mercado regulado.

El Sistema de Seguridad Social en Salud avanzó progresivamente, con algunos sobresaltos, hacia el aseguramiento universal en salud, objetivo que técnicamente se alcanzó a comienzos de la década actual (96% de la población colombiana afiliada). De manera paralela, se fueron ampliando y unificando los planes de beneficios del régimen subsidiado y contributivo.

Otro gran cambio es la flexibilización laboral impulsada en el país en los albores de los años 90, en especial con la expedición de la Ley 50 de 1990, que derivó posteriormente en el uso creciente de diversas formas de vinculación del talento humano en salud como estrategia para garantizar la competitividad y sostenibilidad de las instituciones en salud, específicamente de las que hacían parte de la red hospitalaria pública. Modalidades de vinculación que en los últimos años han sido objeto de revisión, control y regulación por parte del Congreso, las Cortes, el Gobierno y los organismos de Control del Estado.

Derivado del cambio constitucional ya comentado, además de clarificarse que la salud es un derecho fundamental y estar regulado en la Ley 1751 de 2015, la Corte Constitucional ha potenciado varios elementos de la relación servicio de salud-médico-paciente en el sentido

de fortalecer la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad de la persona.

Continuando con la evolución normativa en el campo de la salud, se encuentra la Ley 1438 de 2011 “*por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*”, la cual introdujo varios elementos de los cuales interesa resaltar la intersectorialidad, el Plan Decenal de Salud Pública, la estrategia de Atención Primaria en Salud, las Redes Integrales de Servicios de Salud, la Junta Técnico Científica, los Comités Técnico Científicos, normas sobre la contratación de personal misional permanente, autorregulación y autonomía profesional, *inter alia*.

La Ley 1751 de 2015, conocida como la Ley Estatutaria en Salud, norma que reafirma el derecho a la salud con carácter fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Esta disposición formula principios y mecanismos para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de los colombianos, incluye preceptos ligados con la resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud, la autonomía profesional, el respeto a la dignidad de los trabajadores profesionales de la salud, entre otros.

Una de las estrategias del Gobierno nacional para dar concreción a lo planteado en la Ley Estatutaria, es la Política Integral de Atención en Salud cuyas bases se esbozaron en la Ley del Plan Nacional de desarrollo 2014-2018 y que fue desplegada y formalizada mediante la Resolución 429 de 2016, junto con la propuesta del Modelo de Atención Integral en Salud.

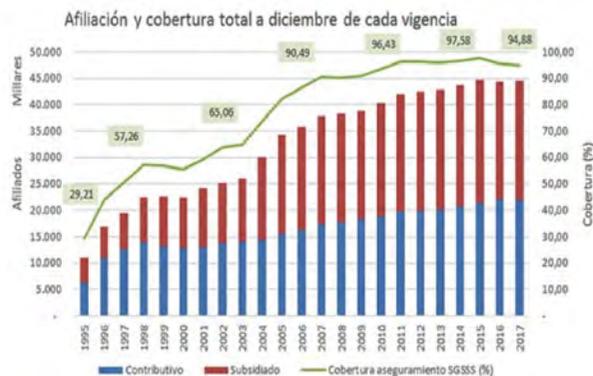
Dentro de esta evolución normativa que originó la implementación del Sistema de Salud, comenzaron en la práctica a evidenciarse un sinnúmero de problemas del Sistema, los cuales son materia de estudio del proyecto de ley según la exposición de motivos del proyecto pero que al analizarlo a la luz del articulado propuesto por los autores no se encuentra dentro de este una reforma estructural.

Según datos del Ministerio de Salud, que reconoce las deficiencias del Sistema, los problemas que originaron las grandes reformas de la salud se han ido superando.

El número de afiliados al SGSSS⁴⁴ en los tres regímenes de afiliación a nivel nacional se ha incrementado a lo largo de los últimos 22 años, generando un aumento en la cobertura total del sistema, con el cubrimiento del 29,21% en el año

⁴⁴ Documento electrónico: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Regimenesubsubdiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsubdiado.aspx>

1995 hasta el 94,88% registrado al cierre del año 2017 como se aprecia en la siguiente gráfica:



Fuentes: serie anual de afiliación a nivel nacional / Estimación y proyección de población DANE Cálculos: Dirección Aseguramiento Minsalud

La gráfica muestra el comportamiento histórico para la afiliación y la cobertura de los años 1995 a 2017. En color azul y rojo se representan las cifras referentes a los afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado y con el color verde, las cifras referentes a la cobertura calculada.

Igualmente, el Sistema ha establecido acciones positivas dirigidas a garantizar las condiciones de grupos poblacionales vulnerables que antes de dichas reformas no tenían atención en salud.

I. Consideraciones sobre las EPS

Una de las críticas más recurrentes, sobre las fallas del actual sistema de salud, son los problemas financieros de las EPS, que repercuten en la prestación de los servicios de salud a los usuarios, razón por la cual deberían ser acabadas, pero dicha crítica desconoce el entramado del sistema financiero de la salud y las verdaderas causas por las cuales financieramente el sistema de la salud no ha logrado alcanzar su punto de equilibrio económico.

Las críticas realizadas sobre estas suponen que acabándolas se solucionaría el problema estructural del sector, pero se debe recordar, que en la actualidad existen sistemas de salud donde no se cuenta con la figura de las EPS, como es el caso de las fuerzas militares y Magisterio los cuales no tienen EPS y cuentan con un sistema meramente público, sin intermediación, y sin embargo enfrentan los mismos problemas del Sistema General.

Tal y como se evidencia en el informe de la Contraloría (2017) que señala que el sistema de salud de las Fuerzas Armadas tiene a la fecha un déficit de casi 800 mil millones⁵. Igualmente, el sistema del Magisterio tampoco tiene EPS⁶.

Lo anterior, evidencia que acabando con la figura de las EPS, no se soluciona la crisis del

⁵ Boletín de Prensa número 125. Contraloría General de la República.

⁶ <https://www.opinionysalud.com/paro-profesores-indefinido-gobierno-no-cumplio-la-salud/>

sector salud, la cual corresponde a la falta de herramientas jurídicas para una real y efectiva vigilancia y control sobre los recursos.

En la última encuesta nacional de evaluación de los servicios de las EPS⁷ la cual indaga la manera en que los usuarios perciben las EPS (Contributivo, Subsidiado) a la cual están afiliados y permite establecer el nivel de satisfacción de los usuarios acerca del desempeño y la calidad de las EPS. Señala que para el año 2017 la satisfacción global fue del 72,6% en el total de los usuarios, cifra similar a la obtenida en el 2016.

Los usuarios del régimen subsidiado están más satisfechos que los del régimen contributivo. La diferencia entre los dos fue de 10,5% superior a la distancia que se obtuvo en el 2016 de 7,1%.

En la siguiente gráfica se puede apreciar la satisfacción de los usuarios de cada servicio solicitado.



Fuente: Ministerio de Salud. 2017.

En la siguiente gráfica, se evidencia que el régimen subsidiado cuenta con un mayor nivel de satisfacción frente al régimen contributivo, y que las deficiencias en la atención se encuentran en la atención de urgencias y las citas prioritarias no programadas.



Fuente: Ministerio de Salud. 2017.

II. PRINCIPALES ARGUMENTOS EN CONTRA DEL PROYECTO DE LEY

La propuesta legislativa pretende cambiar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a partir de la creación de las denominadas

⁷ Documento electrónico <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Informe-encuesta-satisfaccion-eps-2017.pdf>

Gestoras Integrales en Salud (GIS), antes que, en reemplazo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), serían las encargadas de garantizar las prestaciones en salud financiadas con recursos públicos. Igualmente, se prevé la eliminación de la integración vertical, un sistema unificado de tarifas, la reducción de los copagos al 1% de la tarifa, la eliminación de la intermediación financiera y la creación de un sistema de pagos por resultado, entre otros aspectos.

En primer lugar, cabe enunciar que el proyecto de ley *sub examine* no tiene presente todos los componentes que hacen parte del SGSSS, como lo son el aseguramiento, las instituciones, la gestión del riesgo y la financiación. En ese sentido, es pertinente mencionar que si la reforma se limita únicamente a la modalidad de gestión del riesgo a través de la transformación de las EPS en Gestores de Servicios de Salud, se está pasando por alto las necesidades de la población y con ello las coberturas que hasta el momento se encuentran financiadas acorde al Plan de Beneficios en Salud, y que corresponden a datos epidemiológicos, carga de la enfermedad, características de la población, demanda y costos de los servicios y tecnologías en salud, buscando el mayor beneficio posible para los destinatarios en su conjunto, y que se reconocen a través de la Unidad de Pago por Capitación, desconociendo la integralidad del Sistema. Así mismo, si no se tienen en cuenta las competencias de la Nación y de las entidades territoriales en la financiación de las tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, se realiza un análisis incompleto de la problemática que aqueja el sector, generando soluciones parciales, lo que puede conllevar a multiplicar los problemas que hoy se encuentran centralizados.

Adicionalmente, se evidencia que la propuesta no guarda consistencia con la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Política de Atención Integral en Salud, preceptos que tienen como objetivos la garantía al acceso integral y equitativo a través de la conjunción de objetivos, procesos de atención y mecanismos financieros, en donde el aseguramiento del individuo es el eje nuclear de articulación, sin embargo tal componente no se encuentra en la iniciativa, desligando la gestión integral del riesgo en salud que en el marco de la política está concebida como una triada, articulada a la salud pública y a la prestación de servicios de salud.

En el **numeral 3.23 del artículo 3°** se establecen los principios del Sistema, incluyéndose el de integralidad,

“[...] 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”.

Al respecto, es importante señalar en relación al acceso de las tecnologías y servicios que con la expedición de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 se ha estructurado y reconocido el derecho a la salud como derecho fundamental autónomo, el cual se garantiza con tecnologías en salud y servicios complementarios a través de los diferentes mecanismos dispuestos para ello. Esta norma determinó y estableció, entre otros aspectos – que se explicarán más adelante– los criterios de exclusión del sistema de salud y en consecuencia amplió el límite del derecho atendiendo los criterios establecidos en el inciso segundo del artículo 15 de la citada Ley 1751.

Así las cosas, el Ministerio de Salud y Protección Social formalizó el contenido del derecho a todas las tecnologías y servicios en salud existentes en el país –los debidamente aprobados por autoridad competente⁸– mediante la implementación del aplicativo MIPRES (Resolución 1885 de 2018 para el régimen contributivo y Resolución 2438 de 2018 para el régimen subsidiado), el fortalecimiento del plan de beneficios financiado con la Unidad de Pago por Capitación y el establecimiento de las exclusiones. De esta forma, para el residente en el país, paciente o personal en salud prescriptor no se establece una limitación en la disponibilidad de tecnologías y servicios en salud asociada solo en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, sino que se amplió a lo no contenido en dicho plan. En otros términos, para el paciente o el personal de salud prescriptor el contenido del derecho es transparente pues las tecnologías y servicios en salud autorizadas en el territorio colombiano están disponibles para su prescripción o uso según corresponda.

Así, en desarrollo del principio de eficiencia y del artículo 15 de la norma estatutaria, esta Cartera estructuró un esquema que permite tener disponibilidad y acceso a los servicios y tecnologías en salud autorizados en el país, permitiendo mejorar la gestión, garantizar el financiamiento y definir el pagador. En otras palabras, la existencia de listados se justifica para inducir eficiencia, determinar el pagador y no para restringir el derecho, pues se reitera, el conjunto de servicios y tecnologías que se autorizan en Colombia garantizan cobertura para los residentes en el país.

⁸ En virtud que los criterios de exclusión definen, entre otros, que no se financie con recursos asignados a salud aquellos servicios y tecnologías en salud que no se hayan autorizado por la autoridad competente y que tengan que ser prestados en el exterior.

Entonces, siguiendo este mandato legal, los servicios y tecnologías en salud se materializan en una única prestación integral, que de fondo no es otra cosa que la garantía de protección del derecho fundamental a la salud, para todas las personas residentes en el territorio colombiano, aspecto que no debe confundirse con la forma/el modo o la financiación, que se cumple a través de tres mecanismos de protección, a saber:

El mecanismo de protección colectiva –mancomunando riesgos individuales– cubre las prestaciones de salud que hacen parte del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (PBSUPC) y se encuentran descritas en el texto de la Resolución 5269 de 2017 y sus anexos:

1. Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

2. Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y,

3. Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, acogiéndose además, la Resolución 046 de 2018, por medio de la cual se corrigen unos errores formales en la Resolución 5269 de 2017. Estos beneficios son garantizados por las EPS, con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Este mecanismo financia el 86% de los procedimientos en salud y el 54% de los medicamentos, autorizados por la autoridad competente para Colombia.

El mecanismo de protección individual comprende el conjunto de tecnologías en salud y servicios complementarios que no se encuentran descritos en el mecanismo de protección colectiva, pero que están autorizados en el país por la autoridad competente (*Cfr.* Invima, Resoluciones de: Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), de habilitación, entre otras). Este mecanismo financia dichas prestaciones por medio de las entidades territoriales para los afiliados al Régimen Subsidiado y de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para los afiliados al Régimen Contributivo a través de la gestión de las EPS, por lo que en ningún caso son financiados con recursos de la UPC (*Cfr.* Resoluciones 1479 de 2015 –modificada por la Resolución 1667 de 2015– y 2438 de 2018 para el Régimen Subsidiado y Resolución 1885 de 2018 para el Régimen Contributivo). A efectos de consultar las tecnologías en salud financiadas por conducto de este medio se puede ingresar al siguiente enlace: <https://tablas.sispro.gov.co/TestMiPresNopbs/ModTest/Mipres.aspx>. A todo esto, se tiene que el mecanismo financia el 10% de los procedimientos en salud y cerca del 46% de los medicamentos, autorizados por la autoridad competente⁹.

⁹ La financiación de los procedimientos en salud autorizados en Colombia (*Cfr.* CUPS) se realiza, según corresponda, a través de UPC (86%) o por el mecanismo de protección individual (10%). El porcentaje restante de

El mecanismo de exclusiones, mediante el cual se establece que no serán financiadas con recursos públicos asignados a la salud aquellas tecnologías o servicios que cumplan con alguno de los siguientes criterios:

1. Que su finalidad sea cosmética o suntuaria no relacionada con la capacidad funcional o vital.

2. Que no tengan evidencia de seguridad, eficacia o efectividad clínicas.

3. Que su uso no esté autorizado por autoridad competente (Invima, CUPS).

4. Que aún se encuentren en fase de experimentación o.

5. Que sea prestada en el exterior.

Actualmente, hay 43 tecnologías excluidas (Resolución 5267 de 2017) y 32 tecnologías o servicios nominados para posible exclusión –el procedimiento para las exclusiones se estableció en las Resoluciones 330 de 2017 y 687 de 2018–. Sobre el mecanismo de exclusiones se debe señalar que materialmente no es posible listar todo aquello que en Colombia y en el mundo no deba ser financiado con recursos de la salud, sino lo que resulte de acuerdo con el procedimiento mencionado como producto de las nominaciones que resulten priorizadas y procedentes. Es decir, es un mecanismo continuo y permanente.

De conformidad con lo anterior, se tiene que con la expedición de la Ley Estatutaria se garantizó el derecho a la salud mediante el acceso a las tecnologías y servicios disponibles en el país.

En lo sucesivo, con lo contemplado en el “**Artículo 5°. Características generales del sistema de salud**”, se modifica el artículo 156 de la Ley 100 de 1993, sin embargo, no se hace referencia a tal circunstancia. En este marco, en el literal a), sobre rectoría, se le otorgan funciones al Ministerio de Salud y Protección Social que son propias de la Superintendencia Nacional de Salud, como lo son el control y la vigilancia.

En el literal d) define las “*Gestoras Integrales de Salud (GIS)*” con las siguientes características “[...] *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*”, no obstante, en el Capítulo III y, especialmente, en el artículo 9° en el que se hace referencia a las funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se establece que dicha entidad además de las funciones contempladas en la

procedimientos hace parte de las intervenciones en salud pública, riesgos profesionales o son objeto de exclusión de la financiación con recursos públicos asignados a la salud. Caso similar ocurre con los medicamentos, los cuales dependiendo de su indicación pueden no ser financiados con recursos públicos asignados a la salud.

normativa vigente también será la encargada de: “[...] Administrar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los residentes en el territorio colombiano”. Adicionalmente, en el capítulo IV, artículo 15, se prevé como “[...] Funciones de las Gestoras Integrales de Salud (GIS) [...] a) Afiliación de los usuarios al régimen contributivo o al subsidiado, según corresponda e informar a la ADRES para la actualización de la BDUA”. Bajo esta perspectiva, no queda claro quién es el responsable del aseguramiento y, por tanto, de la administración del Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), sobre el cual no se hace ninguna alusión. Igualmente, el proyecto de ley desconoce que la responsabilidad de la actualización de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) es de las EPS y no de la ADRES.

Adicionalmente, el mencionado artículo 5°, incluye en su literal b) lo atinente a la afiliación que “[...] 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”, pasando por alto que el artículo 163 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 218 de la Ley 1753 de 2015, también prevé la figura de los beneficiarios dentro del Régimen Contributivo en Salud, quienes no efectúan cotizaciones directas al Sistema, sino que se benefician de este al ser parte del núcleo familiar del cotizante. De la misma manera, la norma en mención es limitada al indicar las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado en salud, ya que difieren sustancialmente de aquellas especificadas en el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, siendo necesario que se brinde mayor claridad sobre el particular.

Aunado a lo anterior, tampoco hay estudios concluyentes que sugieran la reducción de las cuotas moderadoras y los copagos al 1% del valor total de la factura señalada en el artículo 17, a la vez que no se indica la fuente de financiación que se utilizará para pagar dichos servicios, sumado a los posibles impactos financieros en la sostenibilidad del sector.

En este punto, acorde con el artículo 7° de la Ley 819 de 2003¹⁰, “por la cual se dictan

normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones”, es dable traer a colación lo enfatizado por la Corte Constitucional, a saber:

“[...] Del anterior recuento jurisprudencial pueden deducirse las siguientes subreglas: (i) las obligaciones previstas en el artículo 7° de la Ley 819/03 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que cumple fines constitucionalmente relevantes como el orden de las finanzas públicas y la estabilidad macroeconómica, (ii) el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 corresponde al Congreso, pero principalmente al Ministro de Hacienda y Crédito Público, en tanto que ‘es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto’, (iii) en caso de que el Ministro de Hacienda y Crédito Público no intervenga en el proceso legislativo u omita conceptuar sobre la viabilidad económica del proyecto no lo vicia de inconstitucionalidad, puesto que este requisito no puede entenderse como un poder de veto sobre la actuación del Congreso o una barrera para que el Legislador ejerza su función legislativa, lo cual ‘se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático’ y (iv) el informe presentado por el Ministro de Hacienda y Crédito Público no obliga a las células legislativas a acoger la posición del Ministro [...]”¹¹.

Para estar en consonancia con el mandato estipulado en la citada ley, los desarrollos jurisprudenciales y los preceptos superiores, es necesario que se incluyan expresamente los costos fiscales que involucraría la propuesta legislativa y que además se establezcan las fuentes de ingreso adicional para el financiamiento. Lo anterior sin perjuicio de la intervención que esté llamado a realizar el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en cualquier tiempo del trámite legislativo, en materia fiscal.

¹⁰ **Artículo 7°. Análisis del Impacto Fiscal de las Normas.** En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo [...] Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo [...] El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en cualquier tiempo durante el respectivo trámite en el Congreso de la República, deberá rendir su concepto frente a la consistencia de lo dispuesto en el inciso anterior. En ningún caso este concepto podrá

ir en contravía del Marco Fiscal de Mediano Plazo. Este informe será publicado en la Gaceta del Congreso [...] Los proyectos de ley de iniciativa gubernamental, que planteen un gasto adicional o una reducción de ingresos, deberá contener la correspondiente fuente sustitutiva por disminución de gasto o aumentos de ingresos, lo cual deberá ser analizado y aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público [...] En las entidades territoriales, el trámite previsto en el inciso anterior será surtido ante la respectiva Secretaría de Hacienda o quien haga sus veces. [Énfasis fuera del texto].

¹¹ **Corte Constitucional**, sentencia C-700 de 2010, M. P.: Jorge Pretelt Chaljub.

Tras esto, en el **artículo 6°** de la propuesta se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de tal suerte que en el literal a) se define el administrador de recursos único: “[...] *La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), administrara directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o trasferencias de recursos y administración de la información sobre afiliación, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema*”, disposición que desconoce las rentas que son de las entidades territoriales de conformidad con la normativa vigente.

Frente al literal b) *No habrá intermediación financiera*, el literal desconoce que actualmente la mayor problemática para cumplir con los pagos oportunamente en el caso de EPS públicas es cuando las IPS se sobreejecutan en los contratos, puesto que de acuerdo a la ley de presupuesto, ningún pago puede hacerse sin respaldo presupuestal, entonces ¿cómo se tiene proyectado para cumplir con la totalidad de los pagos de los servicios prestados?

Bajo esa perspectiva, es importante mencionar que la ADRES solo administra las rentas de las entidades territoriales que tienen como fin el aseguramiento, es decir, los recursos que se giran de acuerdo a la población para cubrir los servicios y tecnologías financiados en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC.

En el literal e) se define lo que se ha de entender por regímenes, así: *“Regímenes. 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”; por su parte, en el literal f) se establece como *“Población pobre no asegurada. 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”*; lo anterior llevaría a inducir que en el régimen único sólo estarían las personas con capacidad de cotizar, esto es, lo que hoy se conoce como régimen contributivo, desapareciendo del ordenamiento jurídico el régimen subsidiado, de ahí que tal disposición tendría un efecto de retroceso en la protección universal establecida en la Constitución Política de 1991 y demás normativa aplicable.

En este similar sentido y como ya se anotó, se evidencia que en el **artículo 15, que define las funciones de las Gestoras Integrales de Salud (GIS)**, se prevé en el literal a) lo siguiente: *“Afiliación de los usuarios al régimen contributivo o al subsidiado según corresponda e informar a la ADRES para la actualización de la BDUA”*, lo cual se encuentra en contravía de lo descrito en el artículo 6 del proyecto de ley *sub examine*.

III. CUADRO COMPARATIVO NORMATIVIDAD VIGENTE

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|---|--|------------------------------|-------------------|
| <p>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.</p> | <p>Artículo 152. Objeto. La presente ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación. Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.</p> | | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|--|--|--|-------------------|
| <p>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.</p> | <p>Artículo 152. Objeto. La presente ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación.</p> <p>Artículo 174. El Sistema General de Seguridad Social en Salud integral, en todos los niveles territoriales, las instituciones de dirección, las entidades de promoción y prestación de servicios de salud, así como el conjunto de acciones de salud y control de los factores de riesgo en su respectiva jurisdicción y ámbito de competencia.</p> | | |
| <p>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:</p> | <p>Artículo 153. Fundamentos del servicio público.</p> <p>3. Protección integral. El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.</p> | <p>Artículo 8°. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. 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 Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada</p> | |

| <p>Proyecto de ley número 062</p> | <p>Ley 100 de 1993</p> | <p>Ley Estatutaria 1751 de 2015</p> | <p>Otra normatividad</p> |
|---|-------------------------------|---|---------------------------------|
| <p>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;</p> | | <p>Artículo 25. <i>Destinación e inembargabilidad de los recursos. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.</i></p> | |
| <p>3.23) Integralidad. El Sistema garantiza la atención en salud a la población en sus fases de educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con oportunidad, calidad y eficiencia. En consecuencia, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Sistema, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada;</p> | | | |
| <p>3 . 2 4) Inembargabilidad Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, su destinación es la prestación y pago efectivo de los servicios de salud de los afiliados y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente”.</p> | | | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|---|---|---|---|
| <p>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.</p> | | <p>Artículo 6°. <i>Elementos y principios del derecho fundamental a la salud.</i> g) Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;</p> | |
| <p>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:</p> | <p>2. Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.</p> | | <p>El Decreto 1152 de 1999, publicado en el <i>Diario Oficial</i> 43623 del 29 de junio de 1999, “por el cual se reestructura el Ministerio de Salud como Organismo de Dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. Con este decreto se suple el principio de rectoría.</p> |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|---|---|---|-------------------|
| <p>a) Rectoría, b) Afiliación, c) Financiación del Sistema de Salud,</p> | <p>d) El recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social-Fondo de Solidaridad y Garantía, quien delegará en lo pertinente esta función en las Entidades Promotoras de Salud;</p> | <p>Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.</p> | |
| <p>d) Gestoras Integrales de Salud - GIS, e) Prestaciones de salud, f) Salud Pública, g) Atención primaria y complementaria, h) redes de servicios,</p> | | | |
| <p>i) Participación en las decisiones del Sistema de Salud, j) Plan Maestro de Equipamientos en Salud (PMES), k) Enfoque diferencial.</p> | | | |
| <p>Artículo 6°. Redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá adicionalmente las siguientes características:</p> | | | |
| <p>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 afiliación, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema.</p> | | <p>Funciones de Adress, ya definidas. Entre los principales procesos que operará ADRES se encuentran:</p> <p>“Recaudo de los recursos del SGSSS definidos en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015.</p> <p>“Administración de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) del SGSSS.</p> | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|--|-----------------|---|-------------------|
| | | <p>“Procesos de Reconocimiento y Pago de Recursos a favor de actores del SGGG:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso de Compensación del Régimen Contributivo. • Proceso de Liquidación Mensual de Afiliados (LMA) del Régimen Subsidiado. • Recobros por Prestaciones de Salud no Incluidas en el Plan de Beneficios en Salud. • Reclamaciones por Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos y Terroristas. • Mecanismos de Apalancamiento Financiero a EPS e IPS: <ul style="list-style-type: none"> • Compra de Cartera de EPS e IPS. • Tasa Compensada. • Bonos Obligatoriamente Convertibles en Acciones - BOCAS. | |
| <p>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)</p> | | <p>Decreto 1429 de 2016</p> | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|--|-----------------|--|-------------------|
| <p>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.</p> | | | |
| <p>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 Integral de Atención en Salud, MIAS, en el que se garantice la prestación del servicio mediante redes integrales.</p> | | <p>Artículo 6°. <i>Elementos y principios del derecho fundamental a la salud.</i> c) Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección; d) Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas;</p> | |
| | | <p>e) Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones; Artículo 20. De la política pública en salud. El Gobierno nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación</p> | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|--|--|--|-------------------|
| | | <p>intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud.</p> <p>De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación.</p> | |
| <p>e) Regímenes. El Sistema de Salud contará con un Régimen Único, que garantice la universalidad en su afiliación y en el cual se realizaran 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>f) Población pobre no asegurada. 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>Artículo 157, literal B. Personas vinculadas al sistema. Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.</p> | | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|---|-----------------|--|-------------------|
| <p>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 para las Empresas Sociales del Estado pertenecientes a las entidades territoriales.</p> | | <p>1. Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global;</p> | |
| <p>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.</p> | | | |
| <p>i) No habrá integración vertical. 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.</p> | | | |
| <p>Las nuevas GIS que se constituyan en el futuro no podrán tener integración vertical de ningún tipo.</p> | | | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|---|-----------------|------------------------------|-------------------|
| <p>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).</p> | | | |
| <p>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.</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> | | | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|---|-----------------|------------------------------|-------------------|
| 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. | | | |
| <p>1) 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.</p> | | | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|---|-----------------|------------------------------|-------------------|
| <p>Evaluación del sistema. 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; 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>Proyecto de ley número 062</p> | <p>Ley 100 de 1993</p> | <p>Ley Estatutaria 1751 de 2015</p> | <p>Otra normatividad</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. Los resultados obtenidos del proceso de evaluación servirán de insumo para la elaboración de políticas públicas para el sector tendiente a mejorar las condiciones de salud de la población.</p> | | | |
| <p>Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) cuyo objeto es administrar los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre afiliación, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema. Los procesos de afiliación podrán realizarse a través de terceros, siempre bajo la dirección de la ADRES.</p> | | | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|---|-----------------|------------------------------|--|
| <p>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:</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>Recaudo de los recursos del SGSSS definidos en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015</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>Procesos de Reconocimiento y Pago de Recursos a favor de actores del SGGG</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>Procesos de Reconocimiento y Pago de Recursos a favor de actores del SGGG</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>Administrar la información propia de sus operaciones. Administrar la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), que suministra la información para el reconocimiento de los pagos periódicos que se les hace a las EPS por aseguramiento en salud de los colombianos.</p> |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|---|-----------------|------------------------------|---|
| 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. | | | |
| 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). | | | Adelantamos las verificaciones para el reconocimiento y pago de prestaciones sociales y otras prestaciones que promueven la eficiencia en la gestión de los recursos. |
| j) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto. | | | |
| <p>Parágrafo 1º. La determinación de las obligaciones y el cobro coactivo derivados del pago por menor labor o el no pago de las cotizaciones en salud que deben realizar las personas naturales y jurídicas serán adelantados por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) bajo las reglas del Estatuto Tributario. Las cotizaciones en salud son imprescriptibles, al igual que las acciones que procedan para el recaudo de las mismas.</p> | | | |
| <p>Parágrafo 2º. El giro a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores por los servicios y tecnologías contenidos en el plan de beneficios individual se hará de manera directa. Será responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud depurar la información financiera en los términos que para el</p> | | | Actualmente, se realizan los giros a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos y adelantamos las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que optimice el flujo de recursos. |
| efecto señale el reglamento. | | | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|--|-----------------|------------------------------|-------------------|
| <p>Recursos que recaudará y administrará. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), recaudará y administrará los siguientes recursos, además de los contemplados en el artículo 67 de la ley 1753 de 2015 y en las demás normas que lo modifiquen o sustituyan:</p> | | | |
| <p>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>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:</p> | | | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|---|-----------------|------------------------------|-------------------|
| a) Pago por resultado a los Gestores Integrales de Salud (GIS), de conformidad con los criterios establecidos en la presente ley; | | | |
| b) Recursos para el fortalecimiento y ajuste de la red pública hospitalaria. Este gasto se hará siempre y cuando en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud; | | | |
| c) Acciones de salud pública o programas nacionales de promoción y prevención adicionales a los financiados con recursos del Sistema General de Participaciones; | | | |
| d) Administración, funcionamiento y operación de la entidad; | | | |
| e) Pago a prestadores de servicios de salud y proveedores; | | | |
| f) Las demás destinaciones que la ley expresamente haya definido su financiamiento con cargo a los recursos del Fosyga. | | | |
| <p>Parágrafo 1°. Los excedentes financieros que genere la operación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) se destinarán a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud para lo cual se mantendrá su destinación inicial y se podrán invertir en la compra progresiva de las instituciones prestadoras de salud que se encuentren integradas.</p> | | | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|---|-----------------|------------------------------|-------------------|
| <p>Artículo 12. Flujo de recursos. 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>1. 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>2. 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> | | | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|--|-----------------|------------------------------|-------------------|
| <p>3. 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>4. 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>5. 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>Proyecto de ley número 062</p> | <p>Ley 100 de 1993</p> | <p>Ley Estatutaria 1751 de 2015</p> | <p>Otra normatividad</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>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares de las facturas y la codificación para todos los bienes y servicios de salud.</p> | | | |
| <p>Artículo 13. 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.</p> | | | |
| <p>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.</p> | | | |

| <p>Proyecto de ley número 062</p> | <p>Ley 100 de 1993</p> | <p>Ley Estatutaria 1751 de 2015</p> | <p>Otra normatividad</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. 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>Parágrafo. 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>Funciones de las Gestoras Integrales de Salud (GIS). 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) 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 esta, incluida la referencia y contrarreferencia dentro de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud que conformen;</p> | | | |

| <p>Proyecto de ley número 062</p> | <p>Ley 100 de 1993</p> | <p>Ley Estatutaria 1751 de 2015</p> | <p>Otra normatividad</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, resolutivez 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 estas. 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> | | | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|--|-----------------|------------------------------|-------------------|
| j) Contar con centros de atención permanente en todos los municipios y distritos de los territorios donde operen; | | | |
| 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; | | | |
| 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; | | | |
| m) Administrar la información clínica de sus usuarios para que esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud. | | | |
| 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; | | | |
| 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; | | | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|--|-----------------|------------------------------|-------------------|
| <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 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>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 12.5% de la UPC, actualizada anualmente según el IPC.</p> | | | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|--|-----------------|------------------------------|-------------------|
| <p>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.</p> | | | |
| <p>Cuotas moderadoras y copagos. 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>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 Gestores 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> | | | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|--|-----------------|------------------------------|-------------------|
| <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</p> | | | |
| <p>b) Programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud</p> | | | |
| <p>c) Ejecución de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad</p> | | | |
| <p>d) Creación de guías de atención según el modelo de APS</p> | | | |
| <p>e) Índice de fallos de tutela en contra</p> | | | |
| <p>f) Oportunidad en la prestación del servicio</p> | | | |
| <p>g) Oportunidad en la entrega de medicamentos</p> | | | |
| <p>h) Oportunidad en la toma de exámenes para clínicos e imágenes diagnósticas</p> | | | |
| <p>i) Inicio de tratamientos después de la orden médica</p> | | | |
| <p>j) Adherencia a los programas de enfermedades crónicas</p> | | | |
| <p>k) Creación e implementación de programas de seguimiento y control a las enfermedades de salud pública</p> | | | |
| <p>l) Implementación del modelo de atención diferenciada</p> | | | |
| <p>m) Gestión en trámites administrativos</p> | | | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|--|-----------------|------------------------------|-------------------|
| n) Respeto a la autonomía profesional | | | |
| o) Riesgo | | | |
| <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>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>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 p r e s u p u e s t a l e s necesarias para su financiación.</p> | | | |

| Proyecto de ley número 062 | Ley 100 de 1993 | Ley Estatutaria 1751 de 2015 | Otra normatividad |
|---|-----------------|------------------------------|-------------------|
| <p>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.</p> | | | |
| <p>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> | | | |

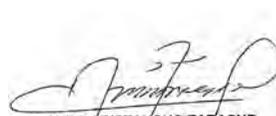
IV CONCLUSIÓN

Por todo lo expresado anteriormente, se tiene que la propuesta legislativa devendría inconstitucional e inconveniente, puesto que además de existir normatividad de base en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que le es aplicable, incluso a nivel de instancias de coordinación, no plantea una redefinición del SGSSS sino que se limita a la modificación de la gestión del riesgo a través de una figura diferente (GIS) a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), lo cual generaría un impacto negativo. Adicionalmente, se perciben problemas en materia fiscal, por tanto, se solicita a los honorables Representantes de la Comisión Séptima, respetuosamente, considerar su archivo.

V. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos en el marco de la Constitución Política, la ley y la Jurisprudencia, solicitamos a los miembros de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, **Archivar, el Proyecto de ley número 62 de 2017 Cámara, por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social.**

De los honorables Representantes,


 JAIRO CRISTANCHO TARACHE
 Representante a la Cámara
 Ponente.


 CARLOS EDUARDO ACOSTA
 Representante a la Cámara
 Ponente.

TEXTOS DE PLENARIA

TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CÁMARA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 193 DE 2017 CÁMARA

por la cual la Nación declara patrimonio histórico y cultural al municipio de Tame del departamento de Arauca, exaltando su condición de “Cuna de la Libertad de Colombia”, reconociendo y resaltando la inmensa labor libertadora del Coronel y Párroco Fray Ignacio Mariño y el Lancero, sargento Inocencio Chincá, por los acontecimientos históricos de la campaña Libertadora del Siglo XIX.

El Congreso de la República

DECRETA:

Artículo 1°. Declárese al municipio de Tame del departamento de Arauca, Patrimonio Histórico y Cultural de la Nación, en su condición de “Cuna de la Libertad de Colombia” de la Campaña Libertadora en el Siglo XIX.

Artículo 2°. Reconózcase y resáltese la Inmensa labor del Coronel y Párroco Fray Ignacio Mariño, por su aporte político y militar para la organización del ejército libertador.

Artículo 3°. Reconózcase y resáltese, al lancero Tameño Inocencio Chincá por su valentía y bravura en la Batalla del Puente de Boyacá, donde nació la Independencia de nuestra Nación.

Artículo 4°. EL Ministerio de Defensa, el departamento de Arauca y el Municipio de Tame, fortalecerán “el encuentro de bandas rítmicas” que se realiza el 12 de junio de cada año, en homenaje al nacimiento del Glorioso Ejército de Colombia. El cual se denominará Marcha de la libertad. Autorícese al Gobierno nacional, a través del Ministerio de Cultura y el Ministerio de Defensa Nacional para apoyar con las autoridades locales la financiación, sostenimiento promoción, organización y desarrollo de tal evento. El Ministerio de Cultura y el comando del Ejército Nacional podrán brindar apoyo y financiación para la realización del evento.

Artículo 5°. Autorícese al Gobierno nacional, a través del Ministerio de Cultura, para asesorar y apoyar a la Gobernación de Arauca y al municipio de Tame en la elaboración, tramitación, ejecución y financiación de los proyectos de patrimonio material, e inmaterial; de remodelación, recuperación y construcción de los monumentos e infraestructura cultural e histórica del Municipio de Tame de conformidad con las normas vigentes.

Artículo 6°. El Gobierno nacional, la Gobernación de Arauca y la alcaldía de Tame rendirán homenaje al Municipio de Tame, al Coronel y Párroco Fray Ignacio Mariño, al lancero Sargento Inocencio Chincá. Autorícese

al Gobierno nacional, para que dentro de los lineamientos del marco fiscal de mediano plazo, incorpore las partidas presupuestales para las siguientes obras de utilidad pública y de interés social e histórico del municipio de Tame del departamento de Arauca:

1. Construcción, adecuación, mejoramiento, reparación y conservación del Colegio Inocencio Chincá.

2. Adecuación, mejoramiento, reparación y conservación del Parque Central General Francisco de Paula Santander.

3. Construcción y adecuación del pasaje peatonal empedrado de una sola vía “Ramón Nonato Pérez”, que circunda con la casa del Coronel Ramón Nonato, comando del Ejército de los Llanos.

Artículo 7°. Se autoriza al Gobierno nacional para que a través del Ministerio de Cultura, financie una investigación sobre la historia extensa del municipio de Tame, la cual deberá ser adelantada con el mayor rigor histórico-científico.

Artículo 8°. Radio y Televisión de Colombia (RTVC) producirá un programa de televisión y radio, que será transmitido por el canal institucional, Señal Colombia, Canal del Congreso y la Radiodifusora Nacional, sobre esta condición de Patrimonio Histórico y Cultural de Tame del departamento de Arauca, destacando además los diferentes aspectos demográficos, sociales, culturales y económicos del municipio.

Artículo nuevo. El Gobierno nacional, la Gobernación de Arauca y la Alcaldía de Tame quedan facultados para impulsar y apoyar ante otras entidades públicas o privadas, nacionales o internacionales, la obtención de recursos económicos adicionales o complementarios a las que se autorizaren apropiar en el Presupuesto General de la Nación de cada vigencia fiscal, destinadas al objeto que se refiere la presente ley.

Artículo 9°. La presente ley rige a partir de la fecha de su sanción y promulgación.

ENEIRO RINCON VERGARA
Ponente

SECRETARÍA GENERAL

Bogotá, D. C., septiembre 21 de 2018

En Sesión Plenaria del día 4 de septiembre de 2018, fue aprobado en segundo debate el texto definitivo con modificaciones del Proyecto de ley número 193 de 2017 Cámara, *por la cual la Nación declara patrimonio histórico y cultural al municipio de Tame del departamento de Arauca, exaltando su condición de “Cuna de la Libertad de Colombia”, reconociendo y resaltando la*

inmensa labor libertadora del coronel y párroco Fray Ignacio Mariño y el Lancero, Sargento Inocencio Chincá, por los acontecimientos históricos de la campaña libertadora del Siglo XIX". 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 008 de septiembre 4 de 2018, previo su anuncio en las Sesión del día

28 de agosto de 2018, correspondiente al Actas número 007.



JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
Secretario General

TEXTOS DE COMISIÓN

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE POR LA COMISIÓN SEXTA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DE LA HONORABLE CÁMARA DE REPRESENTANTES EN SESIÓN DEL DÍA TRECE (13) DE NOVIEMBRE DE 2018, AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 025 DE 2018 CÁMARA

por medio de la cual se crea el registro nacional de obras civiles inconclusas de las entidades estatales y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* Crear el Registro Nacional de Obras Civiles Inconclusas en el territorio colombiano y ordenar que en él se incorporen la identificación de aquellas construidas total o parcialmente con recursos públicos y que requieran de un tratamiento de evaluación e inversión tanto técnica, física como financiera; y que propende porque se defina su terminación, demolición o en general las acciones requeridas para definir su destinación definitiva.

Artículo 2°. *Definiciones.* Para efectos de la presente ley, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones.

a) *Obra Civil Inconclusa:* Construcción, mantenimiento, instalación o realización de cualquier otro trabajo material sobre bienes inmuebles, cualquiera que sea la modalidad de ejecución y pago, sin que al término de la intervención física o de la relación contractual, aquella haya concluido de manera satisfactoria para el interés general y para el definido por la entidad estatal que contribuye a su financiación.

b) *Registro de Obras Civiles Inconclusas:* Es el inventario actualizado de obras civiles que, en los distintos órdenes territoriales y/o entidades estatales, no se encuentran concluidas, de conformidad con las cláusulas contractuales, legales y/o convencionales, el cual deberá ser parte

integral del banco de proyectos de la respectiva entidad.

Artículo 3°. *Plazo.* A las entidades estatales les corresponderá realizar el Registro de Obras Civiles Inconclusas y su correspondiente seguimiento, para establecer la realidad respecto a su infraestructura física, en un término perentorio de un año contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Parágrafo 1°. Las entidades estatales tendrán un plazo máximo de cinco (5) meses luego de terminada cada vigencia fiscal, para realizar la actualización del Registro de Obras Civiles Inconclusas y notificar al Departamento Nacional de Planeación o quien haga sus veces de todas las novedades que se presenten para su respectiva consulta y divulgación.

Artículo 4°. *Contenido.* En el Registro de Obras Civiles Inconclusas de las entidades estatales, se deberá incorporar la siguiente información:

- a) Nombre de la(s) entidad(es) territorial(es) a cargo de la obra y/o con inversiones en ella;
- b) Nombre de la(s) entidad(es) estatal(es) a cargo de la obra y/o con inversiones en ella;
- c) Nombre de los particulares que directa o indirectamente estuvieron relacionados con la financiación o ejecución del proyecto;
- c) Clase de obra;
- d) Ubicación geográfica;
- e) Área del predio;
- f) Planos aprobados por la autoridad competente;
- g) Licencias de construcción y ambientales;
- h) Área contratada;
- i) Área total construida al momento de incluirla en el Registro;
- j) Presupuesto original de la obra;
- k) Informe final presentado por el interventor del proyecto;

l) Contratos celebrados para la construcción o continuación de la obra civil, adiciones, modificaciones, prórrogas y demás actos contractuales, así como las pólizas y contratos de seguros y reaseguros;

m) Razones técnicas y/o jurídicas por las cuales la obra civil quedó inconclusa;

n) Pagos efectuados;

o) Procesos y/o responsabilidades penales, fiscales, civiles y disciplinarias derivadas de la obra inconclusa;

p) Acto administrativo que ordena su demolición o terminación;

q) Concepto del organismo de control, en casos de demolición,

r) Actas de reunión o notificaciones realizadas al contratista responsable por la ejecución de la obra en donde se evidencie el seguimiento o conciliación efectuado por la entidad estatal encargada, previa declaratoria del incumplimiento del contrato o abandono de la obra,

s) Matrícula inmobiliaria;

t) Cédula catastral.

Parágrafo 1°. El Gobierno nacional reglamentará la forma de identificación de cada una de las obras inconclusas estableciendo un código alfanumérico.

Parágrafo 2°. Este Registro con la información relacionada deberá ser publicado en la página web de cada entidad.

Artículo 5°. *Decisión Administrativa.* La entidad estatal contará con dos (2) años a partir de la decisión emanada de la autoridad administrativa competente, para iniciar la intervención física de terminación o demolición de la obra civil inconclusa.

Parágrafo 1°. En materia administrativa, las entidades estatales deberán contar con el concepto jurídico, técnico y financiero para determinar la intervención física de terminación o demolición de la obra civil inconclusa.

Parágrafo 2°. Respecto a obras inconclusas con procesos jurídicos se debe tener en cuenta el fallo correspondiente para la terminación o demolición de la obra.

Parágrafo 3°. La demolición solo podrá ser ordenada en casos de ruina o grave amenaza a los derechos fundamentales o colectivos, debidamente evaluada por un experto en obras. Esa determinación deberá ser adoptada, mediante acto administrativo por el representante legal de la entidad a cargo de la obra y/o con inversiones en ella.

Parágrafo 4°. Para determinar la viabilidad técnica, financiera y jurídica de terminar o demoler la obra inconclusa, las entidades territoriales y estatales, deberán solicitar previamente el

diagnóstico, informe y evaluación de un experto en obras.

Parágrafo 5°. Del acto administrativo que disponga la demolición, deberá enviarse copia a la Contraloría municipal, distrital, departamental o nacional, según el caso, con competencia de control fiscal sobre el ente que adopte la decisión, la cual emitirá su concepto fiscal, dentro de los diez días siguientes a la adopción de la decisión administrativa.

Artículo 6°. *Actuaciones.* En todas las entidades estatales, a instancia de la Secretaría, Departamento u Oficina de Planeación, según el caso, funcionará el Registro Departamental, Municipal, Distrital o institucional de Obras Civiles Inconclusas, que progresivamente se incorporarán al Registro Nacional de obras Inconclusas.

Parágrafo 1°. Las entidades estatales deberán enviar copia del Registro Departamental, Municipal, Distrital o institucional de Obras Civiles Inconclusas a la Fiscalía General de la Nación, Procuraduría General de la Nación y Contraloría General de la República o Contralorías Territoriales según el caso.

Parágrafo 2°. Las entidades de las que trata la presente ley, tendrán la obligación de consultar el registro de obras inconclusas antes de contratar obras públicas, con el fin de observar si los contratistas licitantes tienen antecedentes de incumplimiento.

Artículo 7°. *Administración.* La administración del Registro Nacional de Obras Civiles Inconclusas estará a cargo del Departamento Nacional de Planeación o quien haga sus veces, el cual consolidará la información suministrada por las entidades estatales y deberá emitir informe anual sobre las medidas desarrolladas durante dicho periodo y el seguimiento que se ha realizado.

Parágrafo 1°. En el informe que presente el Departamento Nacional de Planeación se deberá relacionar con claridad el nombre de los contratistas y sociedades que presenten un mayor número de obras inconclusas en el Registro Nacional de Obras Civiles Inconclusas.

Artículo 8°. *Divulgación.* El Registro de Obras Civiles Inconclusas será público y a disposición de la ciudadanía sin ninguna restricción. Harán parte de los procesos de empalme entre administraciones, de los informes de gestión, de las rendiciones de cuentas y estarán al alcance inmediato en los medios de divulgación y de consulta en general.

Parágrafo 1°. Para su implementación, los entes territoriales y las entidades públicas dispondrán de los recursos ya existentes de software, hardware y conexión a redes públicas como la Internet para facilitar su consulta y divulgación.

Parágrafo 2°. El Gobierno nacional establecerá los canales de comunicación que a su vez dispondrán los ciudadanos en ejercicio del

control social para advertir la existencia de obras inconclusas.

Artículo 9°. *Responsables.* Los responsables de hacer el inventario de obras inconclusas, serán los ministros, gerentes, presidentes, directores, superintendentes, gobernadores, alcaldes, gerentes, directores y demás representantes legales de entidades estatales, en cualquiera sus esferas nacionales o territoriales, y de quien dependa la toma de decisiones sobre la materia. El no cumplimiento de la obligación de las obras inconclusas constituye falta disciplinaria.

Artículo 10. *Prevención.* Ordénese al Departamento Nacional de Planeación crear un sistema de evaluación de alertas tempranas para que las entidades estatales identifiquen con rapidez aquellas obras que están en riesgo de quedar inconclusas o abandonadas y efectuar medidas preventivas para salvaguardar dicha inversión.

Artículo 11. *Planeación.* La Secretaría. Departamento u Oficina de Planeación deberá presentar en el Plan nacional, departamental, distrital o municipal de Desarrollo, según sea el caso, una estrategia o medida de atención para determinar la intervención física de terminación o demolición de aquellas obras que figuren en el Registro Nacional de Obras Civiles Inconclusas durante la vigencia del Plan, dando énfasis a las obras que más tiempo llevan en el informe sin ser intervenidas.

Artículo 12. Cada año dentro del plazo de actualización del Registro Nacional de Obras Inconclusas, la entidad estatal correspondiente ordenará la cancelación de la anotación de la obra respectiva, cuando se constate que la misma ha sido finalizada y se encuentra suscrita acta de entrega con la correspondiente firma del interventor de la obra, y en la que se incluirá la verificación sobre el cierre financiero.

De igual modo, a petición de parte puede solicitarse la cancelación de la anotación respectiva cuando se constate que la obra ha sido finalizada y se encuentra suscrita acta de entrega con la correspondiente firma del interventor de la obra.

Artículo 13. *Impacto Fiscal.* Las entidades estatales, para el cumplimiento de las obligaciones que se derivan de la presente ley deberán, en el marco de su capacidad presupuestal, disponer de las partidas pertinentes necesarias.

Artículo 14. Con base en la información del Registro Nacional de que trata la presente ley, las respectivas secretarías de salud y gobierno de los entes territoriales, o quien haga sus veces, deberán adelantar las gestiones necesarias para evitar que estas infraestructuras puedan convertirse en focos de insalubridad e inseguridad.

Artículo 15. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias.

**CÁMARA DE REPRESENTANTES
COMISIÓN SEXTA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE**

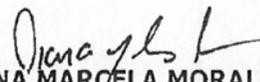
Bogotá, D.C., 13 de noviembre de 2018.

En sesión de la fecha fue aprobado en primer debate y en los términos anteriores el Proyecto de ley número 025 de 2018 Cámara, *por medio de la cual se crea el registro nacional de obras civiles inconclusas de las entidades estatales y se dictan otras disposiciones*, (Acta número 018 de 2018) previo anuncio de su votación en sesión ordinaria del día 7 de noviembre de 2018 según Acta número 017 de 2018; respectivamente, en cumplimiento del artículo 8° del Acto Legislativo 01 de 2003.

Lo anterior con el fin de que el citado proyecto siga su curso legal en segundo debate en la plenaria de la Cámara de Representantes.

MÓNICA MARÍA RAIGOZA MORALES

Presidente



DIANA MARCELA MORALES ROJAS

Secretaria General

CONTENIDO

Gaceta número 1054 - miércoles 28 de noviembre de 2018

| CÁMARA DE REPRESENTANTES | | Págs. |
|---|----|--------------|
| PONENCIAS | | |
| Ponencia para primer debate al proyecto de ley número 148 de 2018 cámara, por medio del cual se deroga el artículo 84 de la Ley 100 de 1993..... | 1 | |
| Informe de ponencia para primer debate al proyecto de ley número 062 de 2017 cámara, por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social. | 6 | |
| TEXTOS DE PLENARIA | | |
| Texto definitivo plenaria cámara al proyecto de ley número 193 de 2017 cámara, por la cual la Nación declara patrimonio histórico y cultural al municipio de Tame del departamento de Arauca, exaltando su condición de “Cuna de la Libertad de Colombia”, reconociendo y resaltando la inmensa labor libertadora del Coronel y Párroco Fray Ignacio Mariño y el Lancero, sargento Inocencio Chincá, por los acontecimientos históricos de la campaña Libertadora del Siglo XIX. | 41 | |
| TEXTOS DE COMISIÓN | | |
| Texto aprobado en primer debate por la comisión sexta constitucional permanente de la honorable cámara de representantes en sesión del día trece (13) de noviembre de 2018, al proyecto de ley número 025 de 2018 cámara, por medio de la cual se crea el registro nacional de obras civiles inconclusas de las entidades estatales y se dictan otras disposiciones. | 42 | |