



# GACETA DEL CONGRESO

## SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVIII - N° 654

Bogotá, D. C., martes, 23 de julio de 2019

EDICIÓN DE 51 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

# CÁMARA DE REPRESENTANTES

## PONENCIAS

### INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE EN CÁMARA AL PROYECTO DE LEY ORGÁNICA NÚMERO 396 DE 2019 CÁMARA

*por medio del cual se interpreta el artículo 388 de la Ley 5ª de 1992, modificada por el artículo 1º de la Ley 186 de 1995 y el artículo 7º de la Ley 868 de 2003”.*

La presente ponencia consta de las siguientes partes:

- I. TRÁMITE.
- II. OBJETIVO DE LA PROPUESTA.
- III. CONVENIENCIA DE LA INICIATIVA.
- IV. MARCO NORMATIVO.
- V. IMPACTO FISCAL.
- VI. PROPOSICIÓN.

#### I. TRÁMITE

El proyecto es de la autoría del honorable Congresista Carlos Ardila Espinosa y otros, el proyecto objeto de estudio fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 507 de 2019, y recibido en la Comisión Primera de la Cámara de Representantes el día 10 de junio de 2019. Por designación de la Mesa Directiva de esa Comisión les correspondió a los honorables Representantes Andrés David Calle Aguas -C-; honorables Representante Édward David Rodríguez Rodríguez; honorable Representante Elbert Díaz Lozano; honorable Representante Juan Carlos Wills Ospina; honorable Representante Erwin Arias Betancur; honorable Representante Inti Raúl Asprilla Reyes; honorable Representante Germán Navas Talero; honorable Representante Luis Alberto Albán, rendir informe de ponencia para primer debate en la Cámara de Representantes. El proyecto fue debatido y aprobado en dicha

Comisión, y se designaron los mismos ponentes para segundo debate, en la Plenaria de la honorable Cámara de Representantes.

#### II. OBJETIVO DE LA PROPUESTA

Se hace necesario interpretar la Ley 5ª de 1992 con la autoridad que la Constitución le confiere expresamente al Congreso en el artículo 150, y así aclarar y hacer explícita la facultad que tiene cada Congresista de tener asistentes o asesores de su Unidad de Trabajo Legislativo en cualquier lugar del territorio nacional, para apoyarle en todas las funciones del Congresista, incluidas las legislativas, de control, sociales, de campaña política, de rendición de cuentas, o cualquier otra relacionada con las funciones constitucionales y legales de los Senadores y Representantes a la Cámara.

#### III. CONVENIENCIA DE LA INICIATIVA

**Dudas frente al régimen de las UTL que justifican la necesidad del presente proyecto**

Recientemente, diversas manifestaciones ciudadanas han expresado dudas acerca de si los integrantes de las Unidades de Trabajo Legislativo deben laborar dentro de las instalaciones del Congreso de la República, o si pueden hacerlo desde cualquier otro lugar del territorio nacional, especialmente desde las regiones en donde los Congresistas fueron electos o tienen simpatizantes.

Dichas manifestaciones ciudadanas son plenamente legítimas, sin embargo, generan inquietudes respecto de otros valores democráticos, claramente superiores, como la autonomía y soberanía de la Rama Legislativa, la descentralización, la debida representación del electorado, y el acercamiento de las instituciones públicas hacia la comunidad.

En efecto, la Rama Legislativa es sin duda la más importante de las Ramas dentro de una democracia,

en el sentido de que es el órgano de representación por excelencia de todas las facciones políticas del país, y con dicha legitimidad representativa y democrática, expide las leyes que deben acatar todos los demás operadores jurídicos, funcionarios públicos y autoridades judiciales y administrativas.

Dicha importancia dentro de un sistema democrático justifica afianzar, por un lado, la autonomía e independencia de la Rama, especialmente en lo relativo a su funcionamiento interno y al apoyo que las Unidades de Trabajo Legislativo brindan a los Congresistas. Y de otro lado, respecto de la decisión autónoma e independiente del Legislativo de ejecutar sus funciones políticas, legislativas, de rendición de cuentas, entre otras, desde cualquier lugar del territorio que se estime conveniente, a fin de promover la descentralización y la correcta representación de la población colombiana que se encuentra dispersa mucho más allá de las instalaciones del Congreso y de las fronteras del Distrito Capital. No por otra razón, sino por la de garantizar su independencia y autonomía respecto de las demás entidades públicas, la Rama Legislativa tiene la facultad constitucional y legal de, por ejemplo, organizar su Policía interna<sup>1</sup>, o incluso de trasladar su sede a otro lugar distinto al del Capitolio Nacional ubicado en la Capital de la República<sup>2</sup>.

Con todo, el aclarar que los miembros de las Unidades de Trabajo Legislativo pueden ejercer sus funciones desde cualquier lugar del territorio nacional es una medida conveniente, oportuna y ciertamente ajustada a los valores democráticos de nuestra Constitución, máxime en una época en la que los avances en las comunicaciones permiten sin mayores problemas el teletrabajo, y concomitantemente la posibilidad de hacer llegar a los Congresistas que sesionan en la capital, las inquietudes de la población que reside en los distintos entes territoriales.

#### IV. MARCO NORMATIVO

El principal fundamento jurídico que sostiene esta iniciativa es la Constitución Política en sus artículos 150, que indica en sus numerales relevantes para este caso:

**Artículo 150. Corresponde al Congreso hacer las leyes.** Por medio de ellas ejerce las siguientes funciones:

1. Interpretar, reformar y derogar las leyes.
2. Expedir códigos en todos los ramos de la legislación y reformar sus disposiciones.

(...)

20. Crear los servicios administrativos y técnicos de las Cámaras.

(...)

23. Expedir las leyes que regirán el ejercicio de las funciones públicas y la prestación de los servicios públicos.

Igualmente, el 151 de la Constitución señala que el Congreso se dictará su propio reglamento mediante leyes orgánicas.

En materia de jurisprudencia, el Honorable Consejo de Estado ha indicado que los integrantes de las Unidades de Trabajo Legislativo pueden laborar en lugares distintos a las instalaciones del Congreso. Así lo dispuso en sentencia del 28 de marzo de 2017, radicado 2015-00111, en donde manifestó el Alto Tribunal:

“Por lo demás, se debe resaltar que legalmente nada exige que un empleado de la UTL del Congresista, deba desempeñar sus funciones en las instalaciones del Congreso de la República, por cuanto el artículo 385 de la Ley 5ª de 1992 de manera expresa señala que son los empleados de la planta de personal quienes deben prestar sus servicios en las dependencias donde fueron nombrados, o donde las necesidades del servicio lo exijan. En los términos de lo establecido en los artículos 367 y siguientes de la Ley 5ª de 1992, los empleados y/o contratistas de la Unidad de Trabajo Legislativo no hacen parte de la planta de personal del Senado de la República.

(...)

515/13 señaló, que en el proceso de pérdida de investidura se debe juzgar teniendo en cuenta la presunción de inocencia ***que no cabe su aplicación por analogía ni por extensión***”, ya que. Además, agregó que las causales de pérdida de investidura son de orden público, de interpretación restrictiva y Sentencia C-207 de 2003, tienen por consecuencia una sanción ***“que impide al afectado el ejercicio pleno de sus derechos políticos en el futuro y a perpetuidad”***. (cursivas y negritas originales)

En la misma providencia, estimó la alta Corporación.

“En todo caso, en virtud de lo dispuesto en el artículo 385 de la Ley 5ª de 1992, el congresista está facultado para asignar funciones a sus subordinados en una sede diferente a la ciudad de Bogotá y, particularmente, en la región en que fue electo.”

El mismo Alto Tribunal, en sentencia del año 1997, radicado AC4192, se dijo:

“Respecto del personal de la Unidad de Trabajo Legislativo que labora en Pasto, la Sala observa que existe una Resolución de la Mesa Directiva de la Cámara que faculta a los Representantes para fijar el lugar de trabajo de sus Asistentes. Asimismo, pudo establecerse en la inspección judicial que efectivamente los Asistentes del Representante cuestionado adelantan trabajos relacionados con la tarea legislativa.

Visto lo anterior, el cargo no prospera.”

También el Consejo de Estado determinó en sentencia del 24 de abril de 2018, radicado 2017-01062:

<sup>1</sup> Constitución Política artículo 135, num. 7.

<sup>2</sup> C.P. artículo 140; Ley 5ª artículo 33.

“Por lo tanto, no se evidencia el incumplimiento de las funciones, como asistentes V y IV de la UTL del senador Segundo Senén Niño, respectivamente, de los señores Hollmann Édisson Molano Páez y Nelson Emiro Linares Zárate, que haya ameritado que el aludido congresista hubiese tenido el deber de reportar alguna novedad para efectos salariales, **máxime cuando existen actividades de los miembros de la UTL que implican salir de la sede del Congreso para efectos de evidenciar necesidades de grupos sectoriales [45], con la finalidad de desarrollar la actividad legislativa de una mejor manera, que sea coherente con la realidad social.**” (Énfasis Añadido)

Por su parte, la Honorable Corte Constitucional en sentencia C172 de 2010 consideró que los miembros de las UTL no solo apoyan al respectivo Congresista en los temas estrictamente legislativos, sino en todos los demás temas relacionados con las funciones constitucionales y legales del parlamentario, tales como campañas políticas, comunicaciones, entre otras. Dijo la Corte Constitucional:

3.3.3. A partir de lo visto, puede concluirse que las Unidades de Trabajo Legislativo introducidas por la Ley 186 de 1995 tuvieron por finalidad aumentar la eficiencia del trabajo desarrollado en el Congreso así como vincular a la actividad desplegada por los Congresistas a personas capaces de apoyarlos **en sus múltiples labores políticas, legislativas, técnicas, de comunicación y sociales.** En pocas palabras: **la creación de las Unidades de Trabajo Legislativo estuvo ligada a la idea de elevar el nivel del trabajo legislativo así como el buen desempeño de Senadores y Representantes en debates, campañas y durante la legislatura buscando, de un lado, tender puentes entre el trabajo articulado de las distintas Unidades de Trabajo Legislativo en el Congreso y las exigencias provenientes del exterior** e intentando, de otro lado, enlazar de la manera más eficiente posible la teoría con la práctica. Todo ello en la búsqueda por aumentar la legitimidad del Congreso, legitimidad cuestionada de manera constante, entre otras, por la ausencia de transparencia, por la falta de compromiso técnico e investigativo y por el alto índice de ausentismo, clientelismo y corrupción.” (Énfasis añadido)

Con todo, vemos que de antaño el derecho colombiano faculta a los congresistas para asignarle tareas a los integrantes de las UTL que se ejecutan por fuera de las instalaciones del Parlamento. Sin embargo, también se observan providencias en las que equivocadamente se ha examinado la labor de las UTL a la luz de otras normas que regulan las labores del personal de planta del Congreso<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Ver por ejemplo CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN SEGUNDA. SUBSECCIÓN A. Consejero ponente: GABRIEL VALBUENA HERNÁNDEZ. Bogotá D. C., seis (6) de diciembre de dos mil dieciocho (2018). Radicación número: 25000-23-42-000-2013-01833-01(2429-14). Actor: JUAN DARÍO URIBE SALCEDO Y OTROS. Demandado: SENADO DE LA REPÚBLICA.

Por todo ello, para mayor claridad de nuestro sistema jurídico, promover la descentralización y la debida representación de las distintas regiones del país, y para evitar interpretaciones extensivas de las normas sancionatorias o disciplinarias que atenten contra la democracia representativa, se hace necesario interpretar la Ley de acuerdo a la facultad constitucional que tiene el Congreso en el artículo 150 de la Constitución política, y aclarar expresamente que los integrantes de las UTL pueden laborar desde el lugar del territorio nacional que designe el respectivo Congresista. De esta manera, además, se reivindica la autonomía, independencia e inviolabilidad del Congreso como requisito fundamental para la existencia de cualquier democracia.

## V. IMPACTO FISCAL

La presente ley no general IMPACTO FISCAL, porque no ordena gasto alguno ni otorga beneficios ni exenciones tributarias.

## V. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones, de manera respetuosa solicito a la Plenaria de la Cámara de Representantes, dar segundo debate con la finalidad de aprobar el **Proyecto de Ley Orgánica número 396 de 2019 Cámara**, por medio del cual se interpreta el artículo 388 de la Ley 5ª de 1992, modificada por el artículo 1º de la Ley 186 de 1995 y el artículo 7º de la Ley 868 de 2003.

Cordialmente,

Cordialmente,

ANDRÉS DAVID CALLE AGUAS  
Representante a la Cámara  
Ponente Coordinador

EDWARD DAVID RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ  
Representante a la Cámara  
Ponente

JUAN CARLOS WILL OSPINA  
Representante a la Cámara

LUIS ALBERTO ALBAN URBANO  
Representante a la Cámara

ERWIN ARIAS BETANCUR  
Representante a la Cámara

INTI RAÚL ASPRILLA REYES  
Representante a la Cámara

GERMÁN NAVAS TALERO  
Representante a la Cámara

CA. También CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN SEGUNDA. SUBSECCIÓN A. Consejero ponente: WILLIAM HERNÁNDEZ GÓMEZ. Bogotá, D.C., diez (10) de noviembre de dos mil dieciséis (2016). Radicación número: 11001-03-25-000-2011-00651-00(2542-11). Actor: BEATRIZ ALICIA NOGUERA PARDEY. Demandado: PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

**TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE PROYECTO DE LEY ORGÁNICA NÚMERO 396 DE 2019 CÁMARA**

*por medio del cual se interpreta el artículo 388 de la Ley 5ª de 1992, modificada por el artículo 1º de la Ley 186 de 1995 y el artículo 7º de la Ley 868 de 2003.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Interprétese el artículo 388 de la Ley 5ª de 1992, modificada por el artículo 1º de la Ley 186 de 1995; el artículo 7º de la Ley 868 de 2003, y todas las demás normas concordantes, de la siguiente manera:

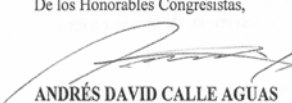
Primero, en el sentido de que los empleados y contratistas de las respectivas Unidades de Trabajo Legislativo pueden desempeñar sus múltiples funciones en cualquier lugar del territorio nacional que el Congresista designe. Segundo, en el sentido de que los empleados y contratistas de las respectivas Unidades de Trabajo Legislativo asisten, apoyan o asesoran al Congresista en el cumplimiento de todas sus funciones y labores, sean estas legislativas, políticas, de control, técnicas, sociales, de comunicación, rendición de cuentas o cualquier otra que el Congresista le asigne, relacionada con sus funciones constitucionales y legales.


*Parágrafo. En el caso de la circunscripción internacional, los miembros de la Unidad de Trabajo Legislativo respectiva, podrán desempeñar sus múltiples funciones en el lugar donde se encuentre, o designe, quien ostente la curul.*

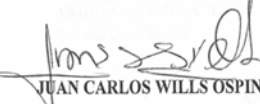
Artículo 2º. *Vigencia.* Por su naturaleza, la presente ley rige con efectos retroactivos a su sanción y se entiende incorporada en la ley interpretada.

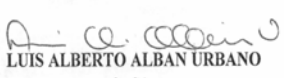
De los honorables Congresistas,


De los Honorables Congresistas,


  
ANDRÉS DAVID CALLE AGUAS  
Representante a la Cámara  
Ponente Coordinador

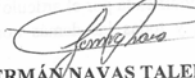
  
EDWARD DAVID RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ  
Representante a la Cámara  
Ponente

  
JUAN CARLOS WILLS OSPINA  
Representante a la Cámara  
Ponente

  
LUIS ALBERTO ALBAN URBANO  
Representante a la Cámara  
Ponente

  
ERWIN ARIAS BETANCUR  
Representante a la Cámara  
Ponente

  
INTI RAÚL ASPRILLA REYES  
Representante a la Cámara  
Ponente

  
GERMÁN NAVAS TALERO  
Representante a la Cámara  
Ponente

**TEXTO APROBADO EN LA COMISIÓN PRIMERA DE LA HONORABLE CÁMARA DE REPRESENTANTES EN PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY ORGÁNICA NÚMERO 396 DE 2019 CÁMARA**

*por medio del cual se interpreta el artículo 388 de la Ley 5ª de 1992, modificada por el artículo 1º de la Ley 186 de 1995 y el artículo 7º de la Ley 868 de 2003.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Interprétese el artículo 388 de la Ley 5ª de 1992, modificada por el artículo 1º de la Ley 186 de 1995; el artículo 7º de la Ley 868 de 2003, y todas las demás normas concordantes, de la siguiente manera:

Primero, en el sentido de que los empleados y contratistas de las respectivas Unidades de Trabajo Legislativo pueden desempeñar sus múltiples funciones en cualquier lugar del territorio nacional que el Congresista designe. Segundo, en el sentido de que los empleados y contratistas de las respectivas Unidades de Trabajo Legislativo asisten, apoyan o asesoran al Congresista en el cumplimiento de todas sus funciones y labores, sean estas legislativas, políticas, de control, técnicas, sociales, de comunicación, rendición de cuentas o cualquier otra que el Congresista le asigne, relacionada con sus funciones constitucionales y legales.

*Parágrafo. En el caso de la circunscripción internacional, los miembros de la Unidad de Trabajo Legislativo respectiva, podrán desempeñar sus múltiples funciones en el lugar donde se encuentre, o designe, quien ostente la curul.*

Artículo 2º. *Vigencia.* Por su naturaleza, la presente ley rige con efectos retroactivos a su sanción y se entiende incorporada a la ley interpretada.

En los anteriores términos fue aprobado con modificaciones el presente proyecto de ley ordinaria según consta en Acta número 55 de junio 13 de 2019. Anunciado el 12 de junio de 2019 según consta en Acta número 54 de la misma fecha.

  
ANDRÉS DAVID CALLE A.  
Ponente Coordinador

  
GABRIEL SANTOS GARCÍA  
Presidente

  
AMPARO CALDERÓN  
Secretaria

**INFORME DE PONENCIA PARA  
SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE  
LEY NÚMERO 062 DE 2018 CÁMARA**

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

Bogotá, D. C., julio de 2019

Doctor:

ORLANDO CLAVIJO CLAVIJO

Secretario

Comisión Séptima Constitucional

Cámara de Representantes

E.S.D.

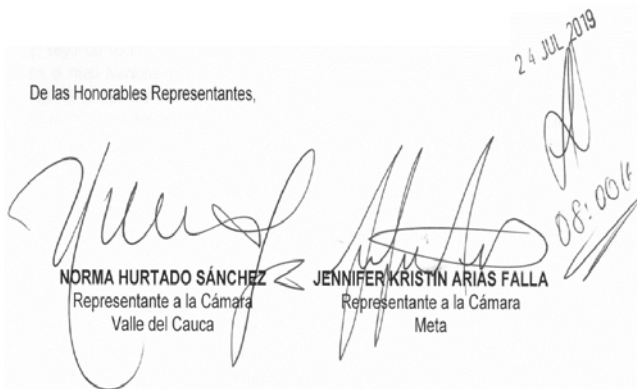
**Asunto:** Informe de ponencia para segundo debate al **Proyecto de ley número 062 de 2018 Cámara**, por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

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 segundo 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:

De las honorables Representantes,

De las Honorables Representantes,



NORMA HURTADO SÁNCHEZ  
Representante a la Cámara  
Valle del Cauca

JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA  
Representante a la Cámara  
Meta

**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.

Cabe agregar, que la presente iniciativa legislativa ha contado con 3 trámites en distintos tiempos dentro del Congreso de la República, como lo fueron el Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado y 147 de 2013 Cámara; por otra parte, el Proyecto de ley número 72 de 2017 Senado, de autoría del exsenador Édison Delgado, fue el segundo intento por intentar

aprobar esta iniciativa legislativa; finalmente, el actual Proyecto de ley número 062 de 2018 Cámara, con ponencia de primer debate, constituye la tercera tentativa radicada por el Representante José Luis Correa López y otras firmas más.

**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 01 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. Asimismo, en el transcurso del primer debate, se recibieron conceptos del Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Acemi.

Mediante proposición presentada por la honorable Representante Jennifer Kristin Arias Falla el día 3 de abril de 2019, se solicitó la creación de una subcomisión, la cual resultó ser acogida por

la Comisión Séptima de Cámara de Representantes. Dicha delegación estuvo conformada por los honorables Representantes José Luis Correa López (Coordinador); Juan Carlos Reinales Agudelo; Carlos E. Acosta Lozano; Jhon A. Murillo Benítez; María Cristina Soto de Gómez; Jairo Humberto Cristo Correa; Jénifer Kristin Arias Falla; Mauricio Andrés Toro Orjuela; Benedicto González Montenegro; Henry Correal Herrera; Jorge A. Gómez Gallego y Norma Hurtado Sánchez. Esta subcomisión, posteriormente, se reunió el día lunes 8 de abril de 2019, donde se contó con la presencia de los honorables representantes de la Comisión Séptima, entre ellos los miembros de la subcomisión, miembros de UTL y el Gobierno nacional. Asimismo, el informe de esta delegación fue presentado a la Mesa Directiva el día 10 de abril de 2018, sin las firmas de las honorables Representantes Norma Hurtado Sánchez, quien no estuvo de acuerdo con el informe, y Jénifer Kristin Arias Falla, que desconocía la existencia del mismo.

### **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”*<sup>1</sup>. 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.<sup>2</sup>

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 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 estaban 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”*<sup>3</sup>.

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 sólo 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 están prohibidos, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y*

<sup>3</sup> *Ibídem.*

<sup>1</sup> Documento electrónico. Ver Presidencia de la República de Colombia. “Artículo 1°”. En Decreto-ley 056 de 1975.

<sup>2</sup> Documento electrónico. Ver, tesis: Análisis del sistema de salud colombiano desde la perspectiva de la nueva gerencia pública.

*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 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; ARL), 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 está 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.

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.

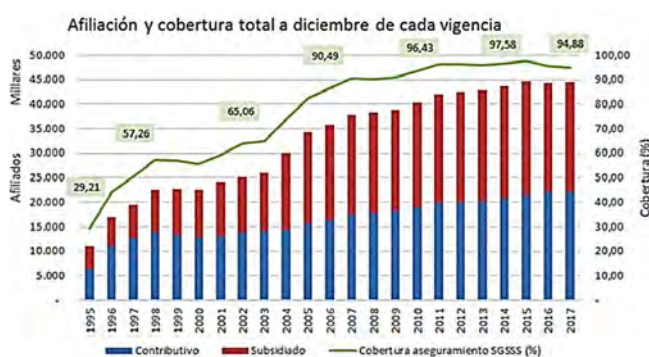
La Ley 1751 de 2015, conocida como la Ley Estatutaria en Salud, norma que reafirma el derecho a la salud con carácter fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Esta disposición formula principios y mecanismos para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de los 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, 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 SGSSS<sup>4</sup> 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 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, así como con el color

<sup>4</sup> Documento electrónico: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Regimenesubsidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>

verde se presentan 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, 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 millones<sup>5</sup>. Igualmente, el sistema del magisterio tampoco tiene EPS y también tiene grandes problemas financieros y de atención<sup>6</sup>.

Lo anterior, evidencia que acabando con la figura de las EPS, no se soluciona la crisis del 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 EPS<sup>7</sup> 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 del usuario 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.

<sup>5</sup> Boletín de Prensa N° 125. Contraloría General de la República.

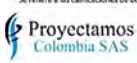
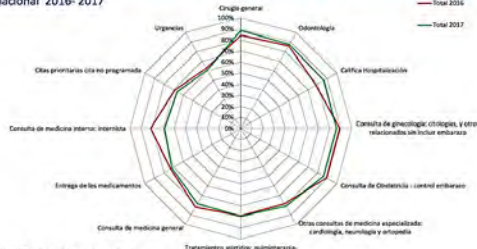
<sup>6</sup> <https://www.opinionysalud.com/paro-profesores-indefinido-gobierno-no-cumplio-la-salud/>

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



**Satisfacción – Calificación a cada servicios de salud**

Total nacional 2016-2017

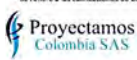
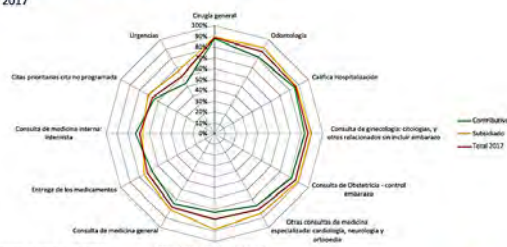


Fuente: Ministerio de Salud. 2017.

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.

**Satisfacción - Servicios de salud**

Por Regimen 2017



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 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.

**A. MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO**

El impacto fiscal que genera el Proyecto de ley número 062 de 2018, fue evidenciado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público mediante concepto de fecha 11 de abril de 2019, donde se manifestó:

“... se puede concluir que con las mismas fuentes de recursos y la propuesta del proyecto de ley, el SGSSS quedaría desfinanciado por cuenta de: 1. Entre \$0 y \$3,4 billones del costo de auditoría, en el caso en que tuvieran que ser asumidas en su totalidad por la ADRES: 2. Entre \$6,3 billones y \$11,8 billones por cuenta del sobrecosto de los servicios

con referencia al Manual Tarifario SOAT. 3. Entre 456 mil millones y \$ 5 billones si el subsidio alcanza el valor de un (1) smmlv del año 2019 por concepto del ingreso de los cuidadores; y 4. Disminución en \$624 mil millones por cuenta de copagos y cuotas moderadoras que dejarían de recaudar las EPS, es decir, que el costo total de la propuesta del proyecto de ley oscilaría entre \$7,4 billones y 520,8 billones de acuerdo con la especificidad de cada una de las medidas propuestas”. Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Además, el Ministerio de Hacienda se pronuncia respecto al artículo 9° del proyecto de ley, donde se introduce cambios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, adicionando nuevas funciones a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social (Adres) entidad pública del orden nacional, que van en contra del aseguramiento en salud y contraría normas de superior jerarquía, debido a que el literal j) del artículo 9° hace que le corresponda a la Adres administrar el riesgo financiero del sector salud, lo cual es contrario a la esencia del aseguramiento en salud definido en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007:

“**Artículo 14. Organización del aseguramiento.** Para efectos de esta ley entienda se por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud”. (Subrayado y negrillas fuera del texto original).

Situación que hace indelegable la administración del riesgo financiero y el aseguramiento en salud dentro de la Adres, pues conforme al artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 se prohíbe a dicha entidad asumir funciones propias de las EPS.

“**Artículo 66. Del manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).** Con el fin de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, créase una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado que se denominará Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La Entidad hará parte del SGSSS y estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente.

(...)

La Entidad tendrá como objeto administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), los del Fondo de Salvamento

y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la Entidad. **En ningún caso la Entidad asumirá las funciones asignadas a las Entidades Promotoras de Salud.**” (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Respecto a la posición que asume el proyecto de ley frente a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), cuya función es gestionar el riesgo financiero en salud y garantizar a cada afiliado el acceso a los servicios y medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), las aseguradoras, para cumplir, contratan con clínicas, hospitales, médicos y especialistas, que al colocar a la ADRES como administrador financiero, se eliminaría la oportunidad de negociar tarifas favorables como lo tienen las EPS.

Frente al literal **g) del artículo 6°** (*pago por eventos en salud*), este aumentaría los costos operativos y financieros de la nación, debido a la ausencia de la gestión del riesgo, prefiriendo atender la enfermedad en lugar de prevenir y promocionar la salud. Por otra parte, el **literal k)** (*manual tarifario de SOAT*) del **mismo artículo**, haría más complejo el valor de referencia, teniendo en cuenta que el promedio contenido en dichos manuales se encuentra entre un 15% y un 30% por encima de los valores que se contrata por medio de la UPC, generando, sobre el particular, un sobre costo avaluado de hasta \$56,4 billones (*ver cuadro siguiente*).

Tabla 1: Escenarios del impacto fiscal Incremento UPC con Manual Tarifario SOAT

Concepto	Escenario actual		Propuesta Proyecto de Ley	
	Proyección de la población año 2019	Pago UPC modelo actual	Pago UPC Incremento del 15% en el 80% de la UPC	Pago UPC Incremento del 30% en el 80% de la UPC
Valor UPC nominal 2019	N/A	RC \$ 847.180 RS \$ 783.325	\$ 929.885	\$ 1.029.493
Régimen contributivo (Ponderador 1,17)	\$ 23.225.540	\$ 23,1 billones	\$ 25,3 billones	\$ 28,1 billones
Régimen subsidiado (Ponderador 1,20)	\$ 23.018.734	\$ 21,6 billones	\$ 25,6 billones	\$ 28,4 billones
Total	\$ 46.244.274	\$ 44,6 billones	\$ 51,0 billones	\$ 56,4 billones

Fuente: Dirección General de la Regulación Económica de Seguridad Social del Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Adicionalmente, el **literal i) del artículo 6°** (*servicios sociales complementarios*), el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, basado en el Proyecto de Ley 137 de 2018, donde se buscaba legislar sobre el particular para la atención de enfermos terminales y discapacitados pertenecientes al estrato socioeconómico 1 y 2, se estima un sobre costo de \$5 billones anuales (*ver cuadro siguiente*).

Tabla 2: Escenarios del impacto fiscal PL 137 de 2018  
Cifras en millones a precios de 2019

Tipo de dificultad	Total personas	Costo anual subsidio \$75.000	Costo anual subsidio \$120.000	Costo anual subsidio \$414.058	Costo anual subsidio \$828.115
Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	117.344	\$ 105.610	\$ 168.975	\$ 593.047	\$ 1.186.093
Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	221.914	\$ 199.723	\$ 319.556	\$ 1.102.623	\$ 2.205.246
Relacionarse con las demás personas y al entorno	157.757	\$ 151.017	\$ 241.628	\$ 833.732	\$ 1.667.465
Total	507.055	\$ 456.350	\$ 730.159	\$ 2.529.402	\$ 5.058.804

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social y Dirección de Regulación Económica de la Seguridad Social del Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Posteriormente, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público manifiesta que al crear las GIS, en

el artículo 14, “...no se establece una alineación directa entre los riesgos cubiertos y la prima del aseguramiento...”, lo cual a la luz del derecho y de la responsabilidad fiscal, propicia una descoordinación entre el aseguramiento en salud y la administración del riesgo financiero, previsiones que actualmente se encuentran concentradas en las EPS, lo cual previene la configuración de desestabilizar las finanzas estatales.

Frente al artículo 15 (funciones de las GIS), se asigna a las GIS la función de aseguramiento social en salud, sin ánimo de lucro, concepto del cual no se incluye definición en la iniciativa.

Respecto al **parágrafo del artículo 16** (*cupos o capacidad de contratación de las GIS con IPS y redes integradas en salud*), se podrían generar efectos adversos en cuanto a restringir el derecho constitucional a la libertad de empresa y a la libre competencia económica y, además, generaría incertidumbre sobre lo que sucedería a los usuarios atendidos por las GIS si estas exceden los cupos.

**B. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

En primer lugar, manifiesta en sus consideraciones generales que “*El proyecto de ley sub examine no tiene presente aspectos que han sido aplicables a los componentes que hacen parte del SGSSS, como lo son el aseguramiento, las instituciones, la gestión del riesgo y la financiación. 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, la forma de financiación de los servicios a través de los mecanismos de protección individual y colectiva, adoptados por el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de la Ley Estatutaria de Salud*”.

Asimismo, el Ministerio, en su concepto, manifiesta que el artículo 2° (*ámbito de aplicación de la ley*) del mencionado proyecto, no se encuentra alineado con el artículo 1° de la Ley 1751 de 2015 -Ley Estatutaria de Salud- debido a que el proyecto de ley se centra en la prestación del servicio y, siendo que la última disposición legislativa en mención es clara al afirmar que la salud como un derecho fundamental excede la prestación del servicio, es decir, “...este derecho no es solamente la prestación de los servicios de salud sino que se basa en una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad, y la rehabilitación de sus secuelas. Así las cosas, el proyecto de ley se queda corto en su fundamentación”.

Respecto al artículo 3° (*Definiciones*) ya se encuentran incluidas en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 8° de la Ley Estatutaria de Salud.

El artículo 4° (*protección de la salud como derecho y deber*) es referido con la observación de que los derechos a los beneficios del sistema son de los residentes del territorio nacional.

El **literal a) del artículo 5°** (*características del SGSSS*) posee observaciones en cuanto otorga funciones propias de la Superintendencia Nacional de Salud al Ministerio de Salud y Protección Social (rectoría, supervisar y controlar). A continuación, la entidad se fija en el **literal b)** del mismo artículo respecto a que este pasa por alto el artículo 163 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 218 de la Ley 1753 de 2015 (*beneficiarios del Régimen Contributivo en Salud*).

Ahora bien, realiza advertencias a **los artículos 6°** (*redefinición del SGSSS*), **8°** (*Adres*), **9°** (*funciones Adres*), **11** (*destinación de los recursos administrados*) y **12** (*flujo de recurso*), teniendo en cuenta que modifican la Administradora de Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (Adres) al incluir más funciones; generar una intervención más directa sobre la prestación de los servicios; el proyecto no deja claro si el Sistema genera un sistema único tarifario o piso único tarifario; no realiza un estudio exhaustivo y minucioso de los costos; el manual tarifario del SOAT; el pago por eventos, el cual es poco eficiente y puede incrementar los costos de servicio en salud; el desbordamiento operativo de funciones que realizaría la Adres, tales como la realización de auditorías; adicionalmente se señala que de llegarse a desligar la gestión en riesgo en salud de la gestión del riesgo financiero, impide la generación de incentivos para administrar adecuadamente el riesgo, lo que podría generar incentivos perversos tendientes al abuso del sistema de salud por parte de todos los actores que lo componen.

Con respecto a la prohibición de la integración vertical, esta no debería estar enfocada a prohibirla, sino a controlarla y a viabilizarla. Por otro lado, frente a los servicios sociales complementarios, se debe evaluar el impacto fiscal que respecto a esta medida se genera sobre el sistema de salud.

Respecto al **artículo 11** (recursos que administrará la Adres), se pondría en riesgo la sostenibilidad del sistema y, en caso de hacerse, también se tendría que administrar las fuentes que las financian, cuya titularidad, en su mayoría está en los entes territoriales.

Frente a lo establecido en el artículo 12 (*flujo de recurso*), referente a la presentación de las cuentas, se podría generar problemas sobre el equilibrio financiero, además, sobre el párrafo segundo del mismo artículo, se generaría una confusión y un posible doble pago de servicios, así como un desconocimiento de la gestión de aseguramiento a través de la prima de riesgo. Adicionalmente, el artículo asigna dobles responsabilidades tanto a las GIS como a la Adres.

Respecto al **parágrafo primero del artículo 15** (**prohibición integración vertical**), este último corresponde a como se aprobó en primer debate, puede generar un incentivo para no contratar toda la red de prestadores de servicios, generando que la ADRES sea la que asuma el valor de estos servicios.

El **artículo 14** (**ajuste y redistribución del riesgo**), este último corresponde a como se aprobó en primer debate, desconoce el modelo de aseguramiento y de la gestión del riesgo integral. De las funciones de las GIS se desprende que el modelo planteado desliga la gestión del riesgo en salud de la gestión del riesgo financiero, lo cual desconoce el modelo de aseguramiento y de la gestión de riesgo integral. Con el nacimiento de las GIS se desvirtúa el concepto de aseguramiento y mantener la Unidad de Pago por Capitación (UPC), no tendría sentido, por cuanto su único objetivo es transferir el riesgo de aseguramiento financiero como en la actualidad se hace a las EPS. Al eliminarse el rol del asegurador también desaparecen los conceptos de ajustes y redistribución del riesgo, así las cosas, tampoco se requiere de una UPC. Todo lo anterior, conlleva necesariamente a la pregunta ¿el país requiere Gestoras Integrales del Riesgo?

El **parágrafo 2°** del proyecto genera incentivos a la ineficiencia, ya que puede leerse como un castigo aquellas GIS que realicen una labor eficiente.

El **artículo 17**, este último corresponde a como se aprobó en primer debate, no se entiende qué se debe comprender por aseguramiento social en salud. Es necesario insistir en la aclaración que las exclusiones del sistema de salud corresponden a aquellos servicios que, por cumplir con los criterios establecidos en el artículo 15 de la Ley Estatutaria, no deben ser financiados con recursos del sistema de salud. Se reitera la inconveniencia de desligar la gestión del riesgo en salud a cargo de las (GIS) de la gestión del riesgo financiero (a cargo de la Adres).

El **artículo 18**, este último corresponde a como se aprobó en primer debate, se insiste en la necesidad de justificar el porcentaje que se girará a las GIS por su gestión.

El **artículo 19**, este último corresponde a como se aprobó en primer debate, presenta observaciones en cuanto podría generar barreras al acceso del sistema de salud.

El **artículo 20**, este último corresponde a como se aprobó en primer debate, no corresponde a los indicadores que el proyecto de ley asigna.

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 tríada, 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

competente<sup>8</sup>- 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.

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.

<sup>8</sup> 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.

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 competente<sup>9</sup>.

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 algunos 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 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

<sup>9</sup> 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 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.

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 2003<sup>10</sup>: “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 [...]”<sup>11</sup>.*

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 este llamado a realizar el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en cualquier tiempo del trámite legislativo, en materia fiscal.

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), 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”, disposición que desconoce las rentas que son de las entidades territoriales de conformidad con la normativa vigente.

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 financiadas 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

<sup>10</sup> **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].

<sup>11</sup> **CORTE CONSTITUCIONAL**, sent. C-700 de 2010, M.P. Jorge Pretelt Chaljub.

el derecho a la salud. Las entidades territoriales y las GIS harán la gestión para afiliarse 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 solo 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*.

**C. ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES).**

La entidad en mención emitió concepto de fecha 16 de junio de 2019 donde manifiesta el impacto e inconveniencia del proyecto. Ahora bien, también afirma que el proyecto está lejos de fortalecer las funciones de la Adres, y cuyo aumento de funciones generaría el compromiso de un enorme presupuesto, como la auditoría directa de la totalidad de las tecnologías en salud, lo que implicaría una pérdida de la eficiencia como son la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Por otra parte, el proyecto

no introduce ninguna fuente de financiación, lo que generaría es que la Adres se vería obligada a mantener los recursos en las entidades financieras para poder financiar su propia operación.

La entidad manifiesta que el proyecto le implicaría a la Adres funciones de prestación directa de servicios de salud, incluso compra progresiva y la operación de las instituciones prestadoras que se encuentren integradas. Situación que manifiestan como preocupante y contradictorio a lo que afirma el proyecto frente a la integración vertical, pues, en el escenario de ocurrir, la Adres tendría interés directo en asignar sus propios recursos a su propia red de IPS derivados de su funcionamiento. Este escenario generaría una confusión en los despachos judiciales debido a la inembargabilidad de los recursos del sistema de salud.

Por otra parte, también manifiestan que de pasar la afiliación de los usuarios que hoy está en cabeza de las EPS y, que el proyecto busca cambiar a las GIS, se estarían quebrantando los principios de la función administrativa y la libertad económica descritos en los artículos 209 y 333 de la Constitución Política. Ahora bien, también manifiesta que resulta difusa la precisión del alcance de las GIS con lo que desarrollan hoy la EPS generando un limbo en la gestión del riesgo en salud, sin atender a las diferencias de cada región y sin evaluar otros aspectos determinantes de las prácticas administrativas, como la planeación

Además, el proyecto genera unos impactos fiscales como lo establece el artículo 6°, artículo 12 en el numeral 3, artículo 15 literal a), entre otros. Se concluye que el proyecto debe ser archivado en su totalidad conforme a lo expuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud y Protección Social.

**III. CUADRO COMPARATIVO NORMATIVIDAD VIGENTE**

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
CAPÍTULO I <b>Disposiciones generales</b>	CAPÍTULO I <b>Disposiciones generales</b>			
<b>Artículo 1°. Objeto.</b> El objetivo de la presente ley es redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el propósito de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, mejorando las condiciones de acceso de la población, en todos los niveles de atención, con calidad, oportunidad, continuidad, pertinencia y seguimiento de los servicios; así como garantizar la sostenibilidad y el equilibrio financiero del Sistema.	<b>Artículo 1°. Objeto.</b> El objetivo de la presente ley es redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el propósito de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, mejorando las condiciones de acceso de la población, en todos los niveles de atención, con calidad, oportunidad, continuidad, pertinencia y seguimiento de los servicios; así como garantizar la sostenibilidad y el equilibrio financiero del Sistema.	Artículo 152. <i>Objeto.</i> La presente ley <b>establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud</b> , 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 <b>regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de</b>		

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
		<p><b>acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.</b></p>		
<p><b>Artículo 2°. Ámbito de la ley.</b> La presente ley regula la forma en que el Estado organiza, dirige y coordina, la prestación del servicio de salud, como un derecho fundamental y define los roles de los actores involucrados. Por tanto, aplica a todas las personas residentes en el país, entidades públicas, privadas y mixtas, agentes y demás instituciones que intervengan de manera directa o indirecta, en el servicio público y en la garantía del derecho fundamental a la salud.</p>	<p><b>Artículo 2°. Ámbito de la ley.</b> La presente ley regula la forma en que el Estado organiza, dirige y coordina, la prestación del servicio de salud, como un derecho fundamental y define los roles de los actores involucrados. Por tanto, aplica a todas las personas residentes en el país, entidades públicas, privadas y mixtas, agentes y demás instituciones que intervengan de manera directa o indirecta, en el servicio público y en la garantía del derecho fundamental a la salud.</p>	<p>Artículo 152. <i>Objeto.</i> 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 <b>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.</b></p>		
<p><b>Artículo 3°. Principios.</b> Adiciónense los siguientes numerales al artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011:</p> <p><b>3.22. Prevención.</b> El Sistema propende por la aplicación del enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos, a la prestación de los servicios y tecnologías de salud y a toda actuación que pueda afectar la vida, la integridad y la salud de las personas;</p> <p><b>3.23. Integralidad.</b> El Sistema garantiza la atención en salud a la población en sus fases de educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con oportunidad, calidad y eficiencia.</p>	<p><b>Artículo 3°. Principios.</b> Adiciónense los siguientes numerales al artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011:</p> <p><b>3.22. Prevención.</b> El Sistema propende por la aplicación del enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos, a la prestación de los servicios y tecnologías de salud y a toda actuación que pueda afectar la vida, la integridad y la salud de las personas;</p> <p><b>3.23. Integralidad.</b> El Sistema garantiza la atención en salud a la población en sus fases de educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con oportunidad, calidad y eficiencia.</p>	<p>Artículo 153. <i>Fundamentos del servicio público.</i> 3. Protección integral. El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud <b>integral</b> a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y <b>la prevención</b>, 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°. <i>La integralidad.</i> 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.</p> <p>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>	



PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>En consecuencia, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Sistema, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.</p> <p><b>3.24. Inembargabilidad.</b> Inembargabilidad. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, su destinación es la prestación y pago efectivo de los servicios de salud de los afiliados y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente;”.</p>	<p>En consecuencia, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Sistema, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.</p> <p><b>3.24. Inembargabilidad.</b> Inembargabilidad. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, su destinación es la prestación y pago efectivo de los servicios de salud de los afiliados y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente;”.</p>		<p><b>Artículo 25.</b> Destinación e inembargabilidad de los recursos. <b>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.</b></p>	
<p><b>Artículo 4°. Protección de la salud como derecho y deber.</b> Toda persona tiene derecho a los beneficios que la presente ley consagra para la protección de la salud y el deber de velar por la preservación, mejoramiento y la recuperación de su salud personal, la de su familia y la de los miembros de su entorno, evitando acciones y omisiones perjudiciales al bienestar de la colectividad.</p>	<p><b>Artículo 4°. Protección de la salud como derecho y deber.</b> Toda persona tiene derecho a los beneficios que la presente ley consagra para la protección de la salud y el deber de velar por la preservación, mejoramiento y la recuperación de su salud personal, la de su familia y la de los miembros de su entorno, evitando acciones y omisiones perjudiciales al bienestar de la colectividad.</p>		<p><b>Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. g) Progresividad del derecho.</b> 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>CAPÍTULO II <b>Organización general del sistema de salud</b></p>	<p>CAPÍTULO II <b>Organización general del sistema de salud</b></p>			
<p><b>Artículos 5°. Características generales del Sistema de Salud.</b> El Sistema de Salud es de carácter nacional, uni-</p>	<p><b>Artículo 5°. Características generales del Sistema de Salud.</b> El Sistema de Salud es de carácter nacional, uni-</p>	<p><b>2. Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos</b></p>		<p>El Decreto 1152 de 1999, publicado en el Diario Oficial número 43.623 del 29 de junio de 1999, “<b>Por el cual se</b></p>

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>versal, solidario, de financiación mixta con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial, con centralización política, descentralización administrativa y con prestación mixta, público y privada; estructurado sobre una concepción integral de la salud, hacia el logro del mejoramiento de la calidad de vida de la población y la disminución de inequidades en salud, con amplia participación y control social.</p> <p>El Sistema de Salud tendrá las siguientes características:</p>	<p>versal, solidario, de financiación mixta con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial, con centralización política, descentralización administrativa y con prestación mixta, público y privada; estructurado sobre una concepción integral de la salud, hacia el logro del mejoramiento de la calidad de vida de la población y la disminución de inequidades en salud, con amplia participación y control social.</p> <p>El Sistema de Salud tendrá las siguientes características:</p>	<p><b>los habitantes en Colombia.</b> 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>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>
<p>a) Rectoría. El Sistema de Salud estará dirigido, orientado, regulado, supervisado, controlado y vigilado por el Estado en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social;</p> <p>b) Afiliación. Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al sistema general de seguridad social en salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales;</p> <p>c) Financiación del Sistema de Salud. Estará financiado con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial o tributos de destinación específica que se creen para el efecto y por los demás contemplados en la normatividad vigente;</p>	<p>a) Rectoría. El Sistema de Salud estará dirigido, orientado, regulado, supervisado, controlado y vigilado por el Estado en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>b) <b>Afiliación Registro.</b> Todos los habitantes en Colombia deberán estar <b>afiliados registrados al</b> en el sistema general de seguridad social en salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales.</p> <p>c) Financiación del Sistema de Salud. Estará financiado con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial o tributos de destinación específica que se creen para el efecto y por los demás contemplados en la normatividad vigente.</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><b>Artículo 15. Prestaciones de salud.</b> 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>	

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>d) Gestoras Integrales de Salud (GIS). La afiliación, la contratación de los servicios, la auditoría de las cuentas médicas y las actividades de promoción y prevención, la gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno y la representación del usuario corresponden a las GIS;</p>	<p>d) Gestoras Integrales de Salud - GIS. <del>La afiliación</del> <b>El registro de la población</b>, la contratación de los servicios, la auditoría de las cuentas médicas y las actividades de promoción y prevención, la gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno y la representación del usuario corresponden a las GIS.</p>			
<p>e) Prestaciones de salud. El sistema de Salud garantizará a todos los residentes en el país el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, acorde a lo establecido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. El Sistema de Salud garantiza las prestaciones de salud implícitas, financiadas con recursos públicos, a través del aseguramiento social y subsidios a la oferta y a la demanda;</p>	<p>e) Prestaciones de salud. El Sistema de Salud garantizará a todos los residentes en el país el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, acorde a lo establecido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. El Sistema de Salud garantiza las prestaciones de salud implícitas, financiadas con recursos públicos, a través del aseguramiento social y subsidios a la oferta y a la demanda.</p>			
<p>f) Salud pública. El Sistema de Salud incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con la presente ley, las Leyes 9ª de 1979, 715 de 2001, 1438 de 2011 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan, incorporadas en el Plan Decenal de Salud Pública vigente y en sus planes territoriales;</p>	<p>f) Salud pública. El Sistema de Salud incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con la presente ley, las Leyes 9ª de 1979, 715 de 2001, 1438 de 2011 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan, incorporadas en el Plan Decenal de Salud Pública vigente y en sus planes territoriales;</p>			
<p>g) Atención primaria y complementaria. El Sistema de Salud garantizará la atención primaria en salud a tra-</p>	<p>g) Atención primaria y complementaria. El Sistema de Salud garantizará la atención primaria en salud a tra-</p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>vés de los entes territoriales, prestada por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) preferencialmente de naturaleza pública o mixta, financiada a través de pagos directos desde el ente territorial correspondiente;</p> <p>h) Redes de servicios. De conformidad con el artículo 13 de la Ley Estatuaria en salud 1751 de 2015, el Sistema de salud operará mediante esquemas de integración territorial y Redes Integrales e Integradas de Salud (RIISS) que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención en los Territorios de Salud que se conformen;</p> <p>i) Participación en las decisiones del Sistema de Salud. Acorde con el artículo 12 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Sistema de Salud contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante las GIS e IPS y ante las redes de servicios, teniendo en cuenta la georreferenciación en la atención primaria y la disponibilidad de prestadores de servicios en el territorio;</p> <p>j) Plan Maestro de Equipamientos en Salud (PMES). El Ministerio de Salud y Protección Social, generará los lineamientos que deben tener en cuenta las entidades territoriales para la elaboración de los respectivos PMES avalados por los entes Territoriales respectivos y serán articulados con los planes de desarrollo nacional, departamental y distrital;</p>	<p>vés de los entes territoriales, prestada por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) preferencialmente de naturaleza pública o mixta, financiada a través de pagos directos desde el ente territorial correspondiente;</p> <p>h) Redes de servicios. De conformidad con el artículo 13 de la Ley Estatuaria en salud 1751 de 2015, el Sistema de salud operará mediante esquemas de integración territorial y <u>r</u>Redes <u>i</u>ntegrales e <u>i</u>ntegradas de <u>s</u>alud <u>-(</u>RIISS) que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención en los Territorios de Salud que se conformen;</p> <p>i) Participación en las decisiones del Sistema de Salud. Acorde con el artículo 12 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Sistema de Salud contará con la participación de los usuarios quienes podrán asociarse para actuar ante las GIS e IPS y ante las redes de servicios, teniendo en cuenta la georreferenciación en la atención primaria y la disponibilidad de prestadores de servicios en el territorio;</p> <p>j) Plan Maestro de Equipamientos en Salud <u>-(</u>PMES). El Ministerio de Salud y Protección Social, generará los lineamientos que deben tener en cuenta las entidades territoriales para la elaboración de los respectivos PMES avalados por los entes Territoriales respectivos y serán articulados con los planes de desarrollo nacional, departamental y distrital;</p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
k) Enfoque diferencial. El Sistema de Salud reconoce y protege a las poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, discapacidad, tercera edad, poblaciones localizadas en zonas dispersas y víctimas de la violencia; por lo cual diseñará rutas de atención integral y preferencial para estas poblaciones de especial protección constitucional.	.k) Enfoque diferencial. El Sistema de Salud reconoce y protege a las poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, discapacidad, tercera edad, poblaciones localizadas en zonas dispersas y víctimas de la violencia; por lo cual diseñará rutas de atención integral y preferencial para estas poblaciones de especial protección constitucional;.			
<b>Artículo 6°. Redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</b> El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá adicionalmente las siguientes características:	<b>Artículo 6°. Redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</b> El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá adicionalmente las siguientes características:			
a) <b>Administrador de Recursos Único.</b> La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres), administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre afiliación, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema.	a) <b>Administrador de Recursos Único.</b> La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres), administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre <u>afiliación registro de los usuarios</u> , recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema.		<b>Funciones de ADRES, ya definidas. Entre los principales procesos que operará Adres se encuentran:</b>  • Recaudo de los recursos del SGSSS definidos en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015.  Administración de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) del SGSSS.  • Procesos de Reconocimiento y Pago de Recursos a favor de actores del SGGG.  • 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:	

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
			Compra de Cartera de EPS e IPS. • Tasa Compensada. Bonos Obligatoriamente Convertibles en Acciones - BOCAS.	
<p>b) <b>No habrá intermediación financiera.</b> Los pagos por los servicios de salud prestados serán girados oportuna y directamente a las IPS o a las redes de servicios establecidas, sin intermediación financiera; así como se girarán con oportunidad los valores correspondientes por gastos de administración a las Gestoras Integrales de Salud (GIS)</p>	<p>b) <b>b) No habrá intermediación financiera.</b> Los pagos por los servicios de salud prestados serán girados oportuna y directamente a las IPS o a las redes de servicios establecidas, sin intermediación financiera; así como se girarán con oportunidad los valores correspondientes por gastos de administración a las Gestoras Integrales de Salud (GIS)</p>		Decreto 1429 de 2016.	
<p>c) <b>Flujo de recursos.</b> A través de la Adres, se girará a las GIS, el valor correspondiente al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios descritos en la presente ley; así mismo, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas previo aval de las cuentas por parte de la respectiva GIS, el valor correspondiente al pago de los servicios de salud prestados.</p>	<p>c) <b>Flujo de recursos.</b> A través de la Adres, se girará a las GIS, el valor correspondiente al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios descritos en la presente ley; así mismo, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas previo aval de las cuentas por parte de la respectiva GIS, el valor correspondiente al pago de los servicios de salud prestados.</p>			
<p>d) <b>Atención integral.</b> El Ministerio de Salud, como ente rector garantizará la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y velará por la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, mediante la implementación o continuidad de un Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS, en el que se garantice la prestación del servicio mediante redes integrales.</p>	<p>d) <b>Atención integral.</b> El Ministerio de Salud, como ente rector garantizará la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y velará por la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, mediante la implementación o continuidad de un modelo de atención integral en salud —MIAS, en el que se garantice la prestación del servicio mediante redes integrales.</p>		<p><b>Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. c) Equidad.</b> 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;</p> <p><b>d) Continuidad.</b> 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>	

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
			<p>e) <b>Oportunidad.</b> La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones.</p> <p><b>Artículo 20. De la política pública en salud.</b> El Gobierno nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud.</p> <p><b>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.</b></p>	
<p>e) <b>Regímenes.</b> El Sistema de Salud, contará con un Régimen Único, que garantice la universalidad en su afiliación y en el cual se realizarán los reconocimientos económicos definidos en la ley, exclusivamente para quienes coticen al mismo. El Gobierno nacional reglamentará lo dispuesto en el presente inciso.</p>	<p>e) <b>Regímenes.</b> El Sistema de Salud, contará con un Régimen Único, que garantice la universalidad en su afiliación <b>registro y un solo plan de beneficios que favorezca el mejoramiento de la calidad de la salud de los colombianos</b> y en el cual se realizarán los reconocimientos económicos definidos en la ley, exclusivamente para quienes coticen al mismo. El Gobierno nacional reglamentará lo dispuesto en el presente inciso.</p>			
<p>f) <b>Población pobre no asegurada.</b> La atención en salud y los costos respectivos de la población pobre no afiliada, corresponde a la entidad territorial respectiva con recursos de oferta, preferencialmente en los hospitales públicos y en las RIIS públicas, privadas o mixtas que se requieran para garantizar el derecho a la salud.</p>	<p>f) <b>Población pobre no registrada.</b> La atención en salud y los costos respectivos de la población pobre no registrada, corresponde a la entidad territorial respectiva con recursos de oferta, preferencialmente en los hospitales públicos y en las RIIS públicas, privadas o mixtas que se requieran para garantizar el derecho a la salud.</p>	<p>Artículo 157, literal B. Personas vinculadas al Sistema.</p> <p>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>		

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>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>Las entidades territoriales y las GIS harán la gestión para afiliar a toda la población. En ningún caso se podrá argumentar la falta de registro como excusa para negar la atención a una persona.</p> <p><b><u>El Estado debe garantizar la prestación de servicios a través de la Red de hospitales públicos en aquellos territorios donde la oferta privada no es suficiente o es deficiente.</u></b></p>			
<p>g) <b>Modelos diferenciados.</b> El Sistema de Salud, dispondrá de modelos diferenciados de atención para poblaciones especiales y aquellas localizadas en zonas dispersas; dicho esquema diferenciado incluirá subsidio a la oferta para las Empresas Sociales del Estado pertenecientes a las entidades territoriales.</p>	<p>g) <b>Modelos diferenciados.</b> El Sistema de Salud, dispondrá de modelos diferenciados de atención para poblaciones especiales y aquellas localizadas en zonas dispersas; dicho esquema diferenciado incluirá subsidio a la oferta y pago por evento para las Empresas Sociales del Estado pertenecientes a las entidades territoriales. <b><u>En todo caso, se deberá acudir a las entidades de primer nivel como los primeros respondientes de los pacientes, garantizando la atención integral de la salud.</u></b></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) <b>Subsidio a la oferta.</b> En los casos de subsidio a la oferta, la Adres, girará directamente a los hospitales públicos, de acuerdo con los presupuestos globales prospectivos que se establezcan y girará a la entidad territorial lo correspondiente a las actividades de salud pública e intervenciones colectivas, según lo establecido en las normas legales vigentes.</p> <p>i) <b>No habrá integración vertical.</b> Las Gestoras Integrales de Salud (GIS), no podrán prestar servicios de salud directamente a sus afiliados, lo harán a</p>	<p>h) <b>Subsidio a la oferta.</b> En los casos de subsidio a la oferta, la Adres, girará directamente a los hospitales públicos, de acuerdo con los presupuestos globales prospectivos que se establezcan y girará a la entidad territorial lo correspondiente a las actividades de salud pública e intervenciones colectivas, según lo establecido en las normas legales vigentes.</p> <p>i) <b>No habrá integración vertical.</b> Las Gestoras Integrales de Salud (GIS), no podrán prestar servicios de salud directamente a sus usuarios, lo harán a</p>			



PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>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>	<p>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>			
<p>j) <b>Definición de roles de los agentes del Sistema de Salud.</b> Cada agente del Sistema deberá conservar su rol acorde a su misión; así, la Adres, se dedicará a recaudar, administrar y distribuir los recursos a las GIS y a los prestadores de los servicios; las Gestoras Integrales de Salud (GIS), se encargan de garantizar las prestaciones en salud financiadas con recursos públicos y no prestarán servicios directamente; y las RIIS, los hospitales e IPS, según su nivel de complejidad y su papel dentro de las redes integradas, se dedicarán a prestar dichos servicios con calidad, oportunidad y continuidad; los prestadores no asumirán funciones de Gestoras Integrales de Salud (GIS).</p> <p>k) <b>Sistema unificado de tarifas.</b> El Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispondrá de un sistema único de tarifas que aplicará para todos los actores del Sistema, es decir para las RIIS, los prestadores de servicios públicos, privados o mixtos y los grupos de profesionales independientes.</p> <p>El Sistema Unificado de Tarifas tendrá estímulos hasta un 5%, sobre la facturación mensual, para las IPS públicas o privadas que sean acreditadas por excelencia y para los hospitales universitarios.</p>	<p>j) <b>Definición de roles de los agentes del Sistema de Salud.</b> Cada agente del Sistema deberá conservar su rol acorde a su misión; así, la Adres, se dedicará a recaudar, administrar y distribuir los recursos a las GIS y a los prestadores de los servicios; las Gestoras Integrales de Salud (GIS), se encargan de garantizar las prestaciones en salud financiadas con recursos públicos y no prestarán servicios directamente; y las RIIS, los hospitales e IPS, según su nivel de complejidad y su papel dentro de las redes integradas, se dedicarán a prestar dichos servicios con calidad, oportunidad y continuidad; los prestadores no asumirán funciones de Gestoras Integrales de Salud (GIS).</p> <p>k) <b>Sistema unificado de tarifas.</b> El Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispondrá de un sistema único de tarifas que aplicará para todos los actores del Sistema, es decir para las RIIS, los prestadores de servicios públicos, privados o mixtos y los grupos de profesionales independientes.</p> <p>El Sistema Unificado de Tarifas tendrá estímulos hasta un 5%, sobre la facturación mensual, para las IPS públicas o privadas que sean acreditadas por excelencia y para los hospitales universitarios.</p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>El Sistema Unificado de Tarifas tendrá dentro de los modos de pago, un componente importante ligado al cumplimiento de metas que midan las actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.</p> <p>Los actores del sistema en ningún caso podrán contratar la prestación del servicio por valores inferiores a los establecidos en el Sistema Unificado de Tarifas.</p> <p>El Ministerio de Salud, tendrá un (1) año a partir de la aprobación de la presente ley, para emitir el Sistema Unificado de Tarifas, en todo caso las mismas no podrán ser inferiores a las establecidas en el Manual Tarifario SOAT de la vigencia respectiva y deberá ser actualizado anualmente según el IPC.</p> <p><b>l) Servicios sociales complementarios y de protección social.</b> Cuando el acceso al servicio de salud dependa de la financiación de los gastos de desplazamiento y estadía en el lugar donde se prestará la atención médica al paciente, estos gastos estarán cubiertos por el sistema de salud. En el caso de los enfermos que por su estado de salud o la cronicidad de su patología, requieran de un cuidador permanente soportado en orden médica y no dispongan de red familiar, su protección social será cubierta por el sistema de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la aprobación de la presente ley.</p>	<p>El Sistema Unificado de Tarifas tendrá dentro de los modos de pago, un componente importante ligado al cumplimiento de metas que midan las actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.</p> <p>Los actores del sistema en ningún caso podrán contratar la prestación del servicio por valores inferiores a los establecidos en el Sistema Unificado de Tarifas.</p> <p>El Ministerio de Salud, tendrá un (1) año a partir de la aprobación de la presente ley, para emitir el Sistema Unificado de Tarifas, en todo caso las mismas no podrán ser inferiores a las establecidas en el Manual Tarifario SOAT de la vigencia respectiva y deberá ser actualizado anualmente según el IPC.</p> <p><b>l) Servicios sociales complementarios y de protección social.</b> Cuando el acceso al servicio de salud dependa de la financiación de los gastos de desplazamiento y estadía en el lugar donde se prestará la atención médica al paciente, estos gastos estarán cubiertos por el sistema de salud. En el caso de los enfermos que por su estado de salud o la cronicidad de su patología, requieran de un cuidador permanente soportado en orden médica y no dispongan de red familiar, su protección social será cubierta por el sistema de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la aprobación de la presente ley.</p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p><b>Artículo 7°. Evaluación del sistema.</b> A partir del año 2019, cada cuatro (4) años, el Gobierno nacional evaluará el Sistema de acuerdo con los siguientes criterios:</p> <p>a) La forma en que los beneficios del Sistema se distribuyen con base en las necesidades de salud de las personas en condiciones de equidad;</p> <p>b) La asignación y flujo de los recursos del Sistema hacia la satisfacción de las necesidades de salud;</p> <p>c) El aporte de las tecnologías en salud;</p> <p>d) La capacidad de la red hospitalaria;</p> <p>e) La calidad de los servicios de salud y los principios que la sustentan;</p> <p>f) Los resultados de las políticas de salud pública;</p> <p>g) La inspección, vigilancia y control;</p> <p>h) Las oportunidades de participación efectiva de los usuarios y su percepción sobre los resultados de salud y la calidad de los servicios;</p> <p>i) La sostenibilidad financiera;</p> <p>j) La percepción de los profesionales de la salud sobre los resultados del Sistema, así como sus condiciones laborales.</p> <p>El informe de evaluación será presentado por el Ministro de Salud y Protección Social al Congreso de la República, previa la revisión que realice una comisión que para el efecto designen las Comisiones Séptimas</p>	<p><b>Artículo 7°. Evaluación del sistema.</b> A partir del año 2019, cada dos (<del>4</del>) (2) años, el Gobierno nacional evaluará el Sistema de acuerdo con los siguientes criterios:</p> <p>a) La forma en que los beneficios del Sistema se distribuyen con base en las necesidades de salud de las personas en condiciones de equidad;</p> <p>b) La asignación y flujo de los recursos del Sistema hacia la satisfacción de las necesidades de salud;</p> <p>c) El aporte de las tecnologías en salud;</p> <p>d) La capacidad de la red hospitalaria;</p> <p>e) La calidad de los servicios de salud y los principios que la sustentan;</p> <p>f) Los resultados de las políticas de salud pública;</p> <p>g) La inspección, vigilancia y control;</p> <p>h) Las oportunidades de participación efectiva de los usuarios y su percepción sobre los resultados de salud y la calidad de los servicios;</p> <p>i) La sostenibilidad financiera;</p> <p>j) La percepción de los profesionales de la salud sobre los resultados del Sistema, así como sus condiciones laborales.</p> <p><b><u>k) Los impactos y resultados en salud.</u></b></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</p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>Permanentes del Congreso de la República. No obstante lo anterior, el Ministro debe presentar informes de seguimiento cada dos (2) años a las mencionadas comisiones.</p> <p>Los resultados obtenidos del proceso de evaluación servirán de insumo para la elaboración de políticas públicas para el sector tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.</p>	<p>Permanentes del Congreso de la República. No obstante lo anterior, el Ministro debe presentar informes de seguimiento cada <del>dos</del> (2) años a las mencionadas comisiones.</p> <p>Los resultados obtenidos del proceso de evaluación servirán de insumo para la elaboración de políticas públicas para el sector tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.</p>			
<p><b>CAPÍTULO III</b></p> <p><b>Manejo unificado de los recursos del sistema</b></p>	<p><b>CAPÍTULO III</b></p> <p>Manejo unificado de los recursos del sistema</p>			
<p><b>Artículo 8°. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</b> La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) cuyo objeto es administrar los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre afiliación, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema. Los procesos de afiliación podrán realizarse a través de terceros, siempre bajo la dirección de la Adres.</p>	<p><b>Artículo 8°. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</b> La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) cuyo objeto es administrar los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre registro de usuarios, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema. Los procesos de registro podrán realizarse a través de terceros, siempre bajo la dirección de la Adres.</p>			
<p><b>Artículo 9°. Funciones de la Adres.</b> Para desarrollar el objeto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) tendrá, además de las funciones contempladas en la legislación vigente, las siguientes funciones:</p>	<p><b>Artículo 9°. Funciones de la Adres.</b> Para desarrollar el objeto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) tendrá, además de las funciones contempladas en la legislación vigente, las siguientes funciones:</p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
a) Administrar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los residentes en el territorio colombiano;	a) Administrar el registro al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los residentes en el territorio colombiano;			
b) Recaudar y administrar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Único de salud y las demás que la ley determine;	b) Recaudar y administrar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Único de salud y las demás que la ley determine;			Recaudo de los recursos del SGSSS definidos en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015
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.	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.			Procesos de Reconocimiento y Pago de Recursos a favor de actores del SGGG
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;	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;			Procesos de Reconocimiento y Pago de Recursos a favor de actores del SGGG
e) Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución de riesgo;	e) Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución de riesgo;			
f) Administrar la información relativa a la afiliación, cotización, registro de novedades, registro de actividades de facturación y manejo de los recursos del Sistema, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social;	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;			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.
g) Implementar métodos de auditoría para verificar la información sobre resultados en salud y mecanismos de ajuste de riesgo;	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.	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.	i) Realizar el proceso de pago al beneficiario de licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general previa verificación <b>y notificación</b> 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.

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>j) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.</p> <p><b>Parágrafo 1°.</b> La determinación de las obligaciones y el cobro coactivo derivados del pago por menor labor o el no pago de las cotizaciones en salud que deben realizar las personas naturales y jurídicas serán adelantados por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) bajo las reglas del Estatuto Tributario. Las cotizaciones en salud son imprescriptibles, al igual que las acciones que procedan para el recaudo de las mismas.</p>	<p>j) <u>Gestión del riesgo financiero del sector salud;</u></p> <p>k) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.</p> <p><b>Parágrafo 1°.</b> La determinación de las obligaciones y el cobro coactivo derivados del pago por menor labor o el no pago de las cotizaciones en salud que deben realizar las personas naturales y jurídicas serán adelantados por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) bajo las reglas del Estatuto Tributario. Las cotizaciones en salud son imprescriptibles, al igual que las acciones que procedan para el recaudo de las mismas.</p>			
<p><b>Parágrafo 2°.</b> El giro a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores por los servicios y tecnologías contenidas en el plan de beneficios individual se harán de manera directa. Será responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud depurar la información financiera en los términos que para el efecto señale el reglamento.</p>	<p><b>Parágrafo 2°.</b> El giro a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores por los servicios y tecnologías contenidas en el plan de beneficios individual se harán de manera directa. Será responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud depurar la información financiera en los términos que para el efecto señale el reglamento.</p>			<p>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.</p>
	<p><b>Parágrafo 3°.</b> <u>Las funciones descritas en la presente ley para la Adres, no podrán ser delegadas o subcontratadas con un tercero.</u></p>			
<p><b>10. Recursos que recaudará y administrará.</b> La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres), recaudará y administrará los siguientes recursos, además de los contemplados en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 y en las demás normas que lo modifiquen o sustituyan:</p>	<p><b>10. Recursos que recaudará y administrará.</b> La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres), recaudará y administrará los siguientes recursos, además de los contemplados en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 y en las demás normas que lo modifiquen o sustituyan:</p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<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>a) Las cotizaciones de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Único o quienes tienen la obligación de aportar al Sistema y los aportes del empleador. Estas cotizaciones se recaudarán por dicha entidad a través de un sistema de recaudo y transacciones controlado por ella y podrá contratar los servicios financieros o tecnológicos que requiera para su adecuada operación. El sistema de recaudo se integrará con el de los demás administradores del Sistema de Seguridad Social Integral y con el de las Cajas de Compensación Familiar;</p> <p><del>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.</del></p>			
<p><b>Artículo 11. Destinación de los recursos administrados.</b> Los recursos administrados se destinarán de conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 y adicionalmente a:</p> <p>a) Pago por resultado a las Gestoras Integrales de Salud (GIS), de conformidad con los criterios establecidos en la presente ley;</p> <p>b) Recursos para el fortalecimiento y ajuste de la red pública hospitalaria. Este gasto se hará siempre y cuando en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud;</p> <p>c) Acciones de salud pública o programas nacionales de promoción y prevención adicionales a los financiados con recursos del Sistema General de Participaciones;</p>	<p><b>Artículo 11. Destinación de los recursos administrados.</b> Los recursos administrados se destinarán de conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 y adicionalmente a:</p> <p>a) Pago por resultado a las Gestoras Integrales de Salud (GIS), de conformidad con los criterios establecidos en la presente ley;</p> <p>b) Recursos para el fortalecimiento y ajuste de la red pública hospitalaria. Este gasto se hará siempre y cuando en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud;</p> <p>c) Acciones de salud pública o programas nacionales de promoción y prevención adicionales a los financiados con recursos del Sistema General de Participaciones;</p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>d) Administración, funcionamiento y operación de la entidad;</p> <p>e) Pago a prestadores de servicios de salud y proveedores;</p> <p>f) Las demás destinaciones que la ley expresamente haya definido su financiamiento con cargo a los recursos del Fosyga.</p>	<p>d) Administración, funcionamiento y operación de la entidad;</p> <p>e) Pago a prestadores de servicios de salud y proveedores;</p> <p>f) Las demás destinaciones que la ley expresamente haya definido su financiamiento con cargo a los recursos del Fosyga.</p>			
<p><b>Parágrafo 1º.</b> Los excedentes financieros que genere la operación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) se destinarán a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud para lo cual se mantendrá su destinación inicial y se podrán invertir en la compra progresiva de las instituciones prestadoras de salud que se encuentren integradas.</p>	<p><del>Parágrafo 1º. 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.</del></p> <p><b><u>Los excedentes financieros que genere la operación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) se destinarán a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud para lo cual se mantendrá su destinación inicial y se distribuirán de la siguiente manera.</u></b></p> <p><b><u>1. 15% fortalecimiento de funciones de la ADRES.</u></b></p> <p><b><u>2. 30% en la compra progresiva de las instituciones prestadoras de salud que se encuentren integradas.</u></b></p> <p><b><u>3. 30% fortalecimiento de los programas de Salud Pública.</u></b></p> <p><b><u>4. 15% para garantizar los servicios excluidos de conformidad con la ley estatutaria de salud.</u></b></p>			



PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
	<p><b><u>5. 10% para el pago de las deudas acogidas dentro de la Adres con prioridad de pago a los hospitales públicos.</u></b></p>			
<p><b>Artículo 12. Flujo de recursos.</b> El flujo de recursos será directo, sin intermediación financiera y se realizara 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>2. Una vez recibida la cuenta de cobro o factura, las Gestoras Integrales de Salud (GIS), dentro de los treinta (30) días calendario siguientes, visarán y autorizarán el pago por servicios prestados por las IPS públicas, privadas o mixtas o RIIS. En caso de presentarse glosas en este proceso, las mismas deberán ser resueltas en el término señalado en el presente numeral, el cual solo podrá ser ampliado hasta por diez (10) calendario días siguientes al vencimiento del término inicial.</p>	<p><b>Artículo 12. Flujo de recursos.</b> El flujo de recursos será directo, sin intermediación financiera y se realizará de la siguiente manera:</p> <p>1. Una vez se preste el servicio de salud o se reciban bienes por parte de las instituciones encargadas, estas deberán presentar ante las Gestoras Integrales de Salud (GIS), la cuenta de cobro o factura respectiva, la cual no podrá exceder <del>los treinta (30)</del> <b>quince (15)</b> días calendario desde el momento de la prestación efectiva al usuario. <b><u>De no presentarse la factura con sus respectivos soportes, en el tiempo señalado, la GIS ordenará el descuento del 10% del valor de la misma, el cual será administrado por la Adres y servirá para realizar el pago de los servicios excluidos de conformidad con lo establecido en la ley estatutaria de salud.</u></b></p> <p>2. Una vez recibida la cuenta de cobro o factura, las Gestoras Integrales de Salud (GIS), dentro de los <del>treinta (30)</del> <b>quince (15)</b> días calendario siguientes, visarán y autorizarán el pago por servicios prestados por las IPS públicas, privadas o mixtas o RIIS. En caso de presentarse glosas en este proceso, las mismas deberán ser resueltas en el término señalado en el presente numeral, el cual solo podrá ser ampliado hasta por (10) diez días calendario siguientes al vencimiento del término inicial.</p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>3. La Adres, dentro de los veinte (20) días calendario siguientes al recibo de las cuentas de cobro o facturas, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, el valor autorizado por parte de la respectiva Gestora Integral de Salud (GIS) por los servicios de salud prestados y los bienes entregados.</p> <p>4. En los ámbitos territoriales con modelos de atención en salud diferenciados, cuyos hospitales funcionen con base en subsidios a la oferta, recibirán el pago por trimestre anticipado, correspondiente a los presupuestos globales prospectivos aprobados, los primeros diez (10) días hábiles de cada trimestre. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este giro teniendo en cuenta la modulación por resultados de salud del trimestre anterior.</p> <p>5. En caso de conflicto entre las GIS y una IPS específica o una red de servicios, para efectos del reconocimiento y pago de los servicios prestados y de los bienes entregados, a solicitud de alguna de las partes, intervendrá</p>	<p>3. La Adres, dentro de los <del>veinte (20)</del> <b>quince (15)</b> días calendario siguientes al recibo de las cuentas de cobro o facturas, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, el valor autorizado por parte de la respectiva Gestora Integral de Salud (GIS) por los servicios de salud prestados y los bienes entregados. <b><u>En los casos en que las cuentas se radiquen directamente ante la Adres, la misma se encargará de auditar la cuenta en un tiempo no superior a cinco (5) días calendario y su giro no podrá exceder de los quince (15) días siguientes.</u></b></p> <p>4. En los ámbitos territoriales con modelos de atención en salud diferenciados, cuyos hospitales funcionen con base en subsidios a la oferta, recibirán el pago por trimestre anticipado, correspondiente a los presupuestos globales prospectivos aprobados, los primeros diez (10) días hábiles de cada trimestre. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este giro teniendo en cuenta la modulación por resultados de salud del trimestre anterior.</p> <p>5. En caso de conflicto entre las GIS y una IPS específica o una red de servicios, para efectos del reconocimiento y pago de los servicios prestados y de los bienes entregados, a solicitud de alguna de las partes, intervendrá</p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que resolverá las diferencias en un término no superior a 30 días y notificará a la Adres, para efectos del pago en los siguientes 10 días. La Superintendencia, reglamentará la materia, incluyendo medidas de fondo cuando los conflictos se hagan reiterados por parte de una o varias gestoras integrales de salud o prestadoras del servicio.</p> <p>6. La Adres reconocerá un valor anual el cual se pagará gradualmente dentro de los primeros ocho (8) días hábiles de cada mes a las Gestoras Integrales de Salud (GIS), los pagos correspondientes al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios señalados en la presente ley y los que se establezcan mediante reglamento. Los ajustes correspondientes a novedades no registradas en el momento del pago, se incluirán en la siguiente cuenta.</p> <p>El primer año de la presente ley se deberá reconocer y pagar a las GIS el 12.5% de la UPC y a partir del segundo año, deberá realizarse de manera proporcional de acuerdo al resultado obtenido en la evaluación de desempeño, sin que este porcentaje exceda el valor del 12.5% la UPC.</p> <p>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>la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que resolverá las diferencias en un término no superior a 30 días y notificará a la Adres, para efectos del pago en los siguientes 10 días. La Superintendencia, reglamentará la materia, incluyendo medidas de fondo cuando los conflictos se hagan reiterados por parte de una o varias gestoras integrales de salud o prestadoras del servicio.</p> <p>6.La Adres reconocerá un valor anual el cual se pagará gradualmente dentro de los primeros ocho (8) días hábiles de cada mes a las Gestoras Integrales de Salud (GIS), los pagos correspondientes al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios señalados en la presente ley y los que se establezcan mediante reglamento. Los ajustes correspondientes a novedades no registradas en el momento del pago, se incluirán en la siguiente cuenta.</p> <p>El primer año de la presente ley se deberá reconocer y pagar a las GIS el <del>12,5%</del> <u>8%</u> 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 <del>12,5%</del> <u>8%</u> la UPC.</p> <p>Parágrafo primero. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares de las facturas y la codificación para todos los bienes y servicios de salud.</p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
	<p><u>Parágrafo segundo. Si las Gestoras Integrales de Salud, realizan maniobras tendientes a no recibir las facturas por parte de los prestadores de servicios o aun recibéndolas excedan el plazo señalado en el numeral 2 de la presente ley para decidir, los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías, podrán radicar la respectiva cuenta, debidamente soportada, ante la Adres y continuará el procedimiento señalado en el numeral 3 para el respectivo pago o giro directo. En todo caso el valor girado en la respectiva factura, se descontará a la GIS del porcentaje de su administración y se destinará para realizar el pago de los servicios excluidos de conformidad con lo establecido en la ley estatutaria de salud.</u></p> <p><u>Parágrafo tercero. En caso de ser sucesivas dos (2) o más veces dentro de los seis (6) meses en la misma vigencia fiscal, las faltas enunciadas en el parágrafo segundo del presente artículo, la Superintendencia Nacional de Salud, de oficio o a petición de parte, podrá iniciar los procesos sancionatorios respectivos, el cual dará lugar a la pérdida de la habilitación y sus respectivos socios o accionistas no podrán volver a conformar o hacer parte de la junta directiva de ninguna Gestora Integral de Salud.</u></p>			
	<p><b>Artículo 13.</b> En caso de que las GIS no tengan en su red de prestación de servicios una especialidad que requiera un paciente en</p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
	<p>aras de proteger el derecho fundamental de salud, deberá ser atendido por las IPS que preste el servicio y el giro se realizará directamente al prestador por parte de la Adres.</p>			
<p><b>Artículo 13. Ajuste y redistribución de riesgo.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los mecanismos de ajuste y redistribución de riesgo entre las Gestoras Integrales de Salud (GIS), tomando en cuenta criterios etarios, poblacionales, geográficos, epidemiológicos o de alto costo por frecuencia de eventos o patologías.</p>	<p><b>Artículo <del>13</del> 14. Ajuste y redistribución de riesgo.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los mecanismos de ajuste y redistribución de riesgo entre las Gestoras Integrales de Salud (GIS), tomando en cuenta criterios etarios, poblacionales, geográficos, epidemiológicos o de alto costo por frecuencia de eventos o patologías.</p>			
<p>CAPÍTULO IV <b>Gestoras integrales de salud</b></p>	<p>CAPÍTULO IV <b>Gestoras integrales de salud</b></p>			
<p><b>Artículo 14. Gestoras Integrales de Salud (GIS).</b> Son las entidades encargadas de garantizar la prestación del servicio de salud a la población residente en el país. Aquellas EPS que se encuentren al día en sus obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cumplan con los requisitos de habilitación y con lo establecido en la presente ley podrán transformarse como Gestoras Integrales de Salud (GIS), previa evaluación de su margen de solvencia, patrimonio mínimo y condiciones de permanencia de parte de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Las EPS actuales que se transformen a GIS, tendrán un plazo de dos (2) años para adecuarse a esta norma, luego del cual las EPS que no se hayan adaptado, procederán a su disolución y liquidación.</p> <p>En la habilitación, la Superintendencia definirá los territorios en los cuales las GIS podrán operar.</p>	<p><b>Artículo <del>14</del> 15. Gestoras Integrales de Salud (GIS).</b> Son las entidades encargadas de garantizar la prestación del servicio de salud a la población residente en el país. Aquellas EPS que se encuentren al día en sus obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cumplan con los requisitos de habilitación y con lo establecido en la presente ley podrán transformarse como Gestoras Integrales de Salud (GIS), previa evaluación de su margen de solvencia, patrimonio mínimo y condiciones de permanencia de parte de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Las EPS actuales que se transformen a GIS, tendrán un plazo de dos (2) años para adecuarse a esta norma, luego del cual las EPS que no se hayan adaptado, procederán a su disolución y liquidación.</p> <p>En la habilitación, la Superintendencia definirá los territorios en los cuales las GIS podrán operar.</p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>La habilitación de las GIS, tendrá una vigencia de cuatro (4) años.</p> <p><b>Parágrafo.</b> No habrá integración vertical de las GIS y los Prestadores de Servicios de Salud, salvo en la prestación primaria de servicios. Tampoco se permitirá la integración vertical u horizontal, directa o indirecta entre GIS, IPS y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos.</p>	<p>La habilitación de las GIS, tendrá una vigencia de cuatro (4) años.</p> <p><b>Parágrafo primero.</b> No habrá integración vertical de las GIS y los Prestadores de Servicios de Salud. Tampoco se permitirá la integración vertical u horizontal, directa o indirecta entre GIS, IPS y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos.</p> <p><b>Parágrafo segundo.</b> <u>De conformidad con los estudios y resultados epidemiológicos determinados por el Instituto Nacional de Salud, las Gestoras Integrales de Salud, garantizarán la prestación del servicio en áreas urbanas y rurales; con el objeto de disminuir las brechas sociales y garantizar el principio de equidad en la prestación del servicio, las GIS que operen en los 10 departamentos con mejores resultados epidemiológicos, deberán prestar el servicio en los 10 departamentos con indicadores insatisfactorios, generando el efecto espejo, en donde la GIS que opere en el primer departamento deberá operar también en el último departamento y así sucesivamente.</u></p>			
<p><b>Artículo 15. Funciones de las Gestoras Integrales de Salud (GIS).</b> Son funciones de las GIS, las siguientes:</p> <p>a) Afiliación de los usuarios al régimen contributivo o al subsidiado, según corresponda e informar a la ADRES para la actualización de la BDUA.</p> <p>b) Ejercer las funciones de aseguramiento social en salud, sin ánimo de lucro.</p>	<p><del>Artículo 15</del> <b>Artículo 16. Funciones de las Gestoras Integrales de Salud (GIS).</b> Son funciones de las GIS, las siguientes:</p> <p>a) Afiliación de los usuarios al régimen contributivo o al subsidiado, según corresponda e informar a la ADRES para la actualización de la BDUA. <b>Ejercer las funciones de aseguramiento social en salud, sin ánimo de lucro.</b></p> <p>b) Ejercer las funciones de <del>aseguramiento social en salud, sin ánimo de lucro.</del> <b>Garantizar a</b></p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<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>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,</p>	<p><u>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;</u></p> <p><del>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;</del> <b><u>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;</u></b></p> <p><del>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;</del> <b><u>Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus usuarios registrados en las fases de identificación, caracterización e intervención;</u></b></p> <p><del>e) Conformar y gestionar la operación de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud que garantice el acceso;</del></p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutiveidad y calidad en la prestación de servicios individuales de salud a sus afiliados;</p> <p>f) Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus afiliados en las fases de identificación, caracterización e intervención;</p> <p>g) Suscribir contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que conforman las 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><del>oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutiveidad y calidad en la prestación de servicios individuales de salud a sus afiliados;</del></p> <p><b><u>Suscribir contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que conforman las 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;</u></b></p> <p><del>f) Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus afiliados en las fases de identificación, caracterización e intervención;</del></p> <p><b><u>Coordinar con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en los territorios donde operen;</u></b></p> <p><del>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;</del></p> <p><b><u>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;</u></b></p>			



PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>h) Coordinar con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en los territorios donde operen;</p> <p>i) Auditar las facturas por servicios prestados, realizar el reconocimiento de los montos a pagar y autorizar los giros directos desde la Adres a los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de la Red y a los proveedores de medicamentos y dispositivos médicos;</p> <p>j) Contar con centros de atención permanente en todos los municipios y distritos de los territorios donde operen;</p> <p>k) Contar con un sistema de información al usuario sobre beneficios, Redes de Prestadores de Servicios de Salud, mecanismos de acceso general y de urgencias, trámites, quejas y reclamos, entre otros, disponible en todo el territorio nacional las 24 horas del día y todos los días del año;</p>	<p><del>h) Coordinar con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en los territorios donde operen;</del></p> <p><b><u>Contar con centros de atención permanente en todos los municipios y distritos de los territorios donde operen;</u></b></p> <p><del>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;</del></p> <p><b><u>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;</u></b></p> <p><del>j) Contar con centros de atención permanente en todos los municipios y distritos de los territorios donde operen;</del></p> <p><b><u>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;</u></b></p> <p><del>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;</del></p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>l) Entregar información a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Adres y al Ministerio sobre los resultados en salud que determine el Ministerio de Salud y Protección Social;</p> <p>m) Administrar la información clínica de sus usuarios para que esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud.</p> <p>n) Gestionar y hacer seguimiento y control de la información de tipo administrativo, financiero, de prestación de servicios, epidemiológico y de calidad que se genere en desarrollo de su actividad y de la de su Red de Prestadores de Servicios de Salud;</p>	<p><u>Administrar la información clínica de sus usuarios para que esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud.</u></p> <p>l) Entregar información a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Adres y al Ministerio sobre los resultados en salud que determine el Ministerio de Salud y Protección Social;</p> <p><u>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;</u></p> <p>m) Administrar la información clínica de sus usuarios para que esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud.</p> <p><u>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;</u></p> <p>n) Gestionar y hacer seguimiento y control de la información de tipo administrativo, financiero, de prestación de servicios, epidemiológico y de calidad que se genere en desarrollo de su actividad y de la de su Red de Prestadores de Servicios de Salud;</p> <p><u>Contar con una auditoría concurrente e independiente que vigile el cumplimiento</u></p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>o) Cumplir con las condiciones de habilitación y de permanencia de orden financiero, administrativo y técnico que soporten el cumplimiento de sus obligaciones, según las normas legales vigentes, ante la Superintendencia Nacional de Salud y Superintendencia financiera;</p> <p>p) Contar con una auditoría concurrente e independiente que vigile el cumplimiento de las metas de cobertura, resultado y calidad en el servicio, por parte de los Prestadores de Servicios de Salud de su Red;</p> <p>q) Realizar ejercicios periódicos de rendición pública de cuentas sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio, gestión del riesgo financiero y en salud;</p>	<p><b><u>de las metas de cobertura, resultado y calidad en el servicio, por parte de los Prestadores de Servicios de Salud de su Red;</u></b></p> <p><del>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;</del></p> <p><b><u>Realizar ejercicios periódicos de rendición pública de cuentas sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio;</u></b></p> <p><del>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;</del></p> <p><b><u>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).</u></b></p> <p><del>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;</del></p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<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><u>Las demás que se establezcan en la ley.</u></p> <p><del>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).</del></p> <p>s) Las demás que se establezcan en la Ley.</p>			
<p><b>Artículo 16. Ingresos de las Gestoras Integrales de Salud (GIS).</b> Las Gestoras Integrales de Salud (GIS) tendrán como ingreso exclusivo el pago que realice la Adres por concepto de pago por resultados de conformidad con los criterios definidos en la presente ley, sin exceder el 12.5% de la UPC, actualizada anualmente según el IPC.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Cupo o capacidad de Contratación. La Adres, establecerá para cada GIS, un cupo o capacidad de contratación de las IPS y redes de salud que se contraten para garantizar las prestaciones de salud implícitas según lo definido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.</p>	<p><del>Artículo 16</del> <b>Artículo 17. Ingresos de las Gestoras Integrales de Salud (GIS).</b> Las Gestoras Integrales de Salud (GIS) tendrán como ingreso exclusivo el pago que realice la Adres por concepto de pago por resultados de conformidad con los criterios definidos en la presente ley, sin exceder el <del>12.5%</del> 8% de la UPC, actualizada anualmente según el IPC.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Cupo o capacidad de Contratación. La Adres, establecerá para cada GIS, un cupo o capacidad de contratación de las IPS y redes de salud que se contraten para garantizar las prestaciones de salud implícitas según lo definido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.</p>			
<p><b>Artículo 17. Cuotas moderadoras y copagos.</b> Los afiliados y beneficiarios del Sistema, no estarán sujetos a pagos de cuotas moderadoras o deducibles de que trata el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, salvo cuando se trate de servicios considerados puerta de entrada del sistema de salud, los cuales se cobrarán exclusivamente a las</p>	<p><del>Artículo 17</del> <b>Artículo 18. Cuotas moderadoras y copagos.</b> Los afiliados <u>usuarios</u> 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</p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>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>a las personas con capacidad de pago de conformidad con el artículo 157 de la Ley 100 de 1993. Estos valores no podrán exceder del 1% del valor total de la factura y serán recaudados por la IPS que presten el servicio y formarán parte anticipada de los pagos correspondientes. El monto de estos cobros, será descontado en el momento del pago respectivo a la IPS o red de servicios, por parte de la Adres.</p>			
<p><b>Artículo 18. Sistema de pago por resultado.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por resultado que incentive a las 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> <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>Artículo <del>18</del> 19. Sistema de pago por resultado.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por resultado que incentive a las 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> <p>Para el cumplimiento de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología con el fin de lograr la implementación progresiva del sistema y deberá ceñirse a los siguientes indicadores, los cuales serán valorados equitativamente al momento de realizar el pago a la GIS:</p> <p>a) Satisfacción al usuario <b><u>el cual se medirá por:</u></b></p> <p><b><u>1. Número de quejas resueltas y tutelas falladas en contra de las entidades, por cada 1.000 usuarios.</u></b></p> <p><b><u>2. Encuesta de satisfacción cualitativa y cuantitativa, la cual se realizará una vez al año a los usuarios de cada GIS.</u></b></p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<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><b>3. Diseño de planes y programas de atención al usuario que incluyan un enfoque diferencial para poblaciones de difícil acceso, cobertura, resolutivez y interacción con el usuario, garantizando la atención en las regiones que no haya conectividad o tecnologías de la información.</b></p> <p><b><del>b) Programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud</del> <u>Cumplimiento y mejora en los indicadores del Plan Decenal de Salud Pública, atendiendo el enfoque diferencial por departamento, ciclo vital y población.</u></b></p> <p><b><del>c) Ejecución de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad:</del> <u>Aplicación de las guías de atención expedidas por el Ministerio de Salud y su medición de adherencia. Sin detrimento del ejercicio de la autonomía de los profesionales de la salud.</u></b></p> <p><b><del>d) Creación de guías de atención según el modelo de APS</del> <u>Cumplimiento de las normas de calidad en la oportunidad de la prestación del servicio establecidas por el Ministerio de Salud.</u></b></p> <p><b><del>e) Índice de fallos de tutela en contra</del> <u>Oportunidad en la entrega de medicamentos y en la toma de exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas.</u></b></p> <p><b><del>f) Oportunidad en la prestación del servicio</del> <u>Tiempo de Inicio de tratamientos intervencionistas y de alto costo después del diagnóstico médico.</u></b></p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<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> <p>n) Respeto a la autonomía profesional</p> <p>o) Riesgo</p> <p>Los anteriores indicadores como mínimo deberán enfocarse en el logro de metas o resultados esperados y en actividades consideradas prioritarias, obligatorias o de interés en salud pública; en el mejoramiento de la calidad de la atención, la experiencia y satisfacción del usuario; y en la adecuada gestión de los recursos.</p> <p>El Gobierno nacional reglamentará el pago por resultados descrito en el presente artículo,</p>	<p><del>g) Oportunidad en la entrega de medicamentos</del> <b>Implementación del modelo de atención integral de salud con atención diferenciada basada en atención primaria en salud con enfoque en salud familiar.</b></p> <p><del>h) Oportunidad en la toma de exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas</del> <b>Percepción cualitativa y cuantitativa, el cual se medirá anualmente, con el fin de evaluar las condiciones laborales con la GIS por parte del personal de la salud.</b></p> <p><del>i) Inicio de tratamientos después de la orden médica</del></p> <p><del>j) Adherencia a los programas de enfermedades crónicas</del></p> <p><del>k) Creación e implementación de programas de seguimiento y control a las enfermedades de salud pública</del></p> <p><del>l) Implementación del modelo de atención diferenciada</del></p> <p><del>m) Gestión en trámites administrativos</del></p> <p><del>n) Respeto a la autonomía profesional</del></p> <p><del>o) Riesgo</del></p> <p>Los anteriores indicadores como mínimo deberán enfocarse en el logro de metas o resultados esperados y en actividades consideradas prioritarias, obligatorias o de interés en salud pública; en el mejoramiento de la calidad de la atención, la experiencia y satisfacción del usuario; y en la adecuada gestión de los recursos.</p> <p>El Gobierno nacional reglamentará el pago por resultados descrito en el presente artículo,</p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>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>para lo cual solicitará el acompañamiento de las universidades públicas y privadas y deberá crear un formulario de evaluación el cual arrojará un resultado porcentual sobre cada uno de los indicadores señalados en el presente artículo y que servirá de insumo para calcular el valor a pagar a las GIS por el resultado obtenido, <b><u>el cual será del 3% de la UPC como valor fijo y adicional hasta un 5%</u></b>, el cual será equivalente o proporcional al <del>12.5%</del> de la UPC, según el resultado <b><u>obtenido</u></b> y sin exceder dicho porcentaje <b><u>el valor total a pagar del 8%</u></b>.</p> <p><b><u>Parágrafo. Para realizar una valoración objetiva y con el fin de determinar el valor o porcentaje de pago por resultados a las GIS, se conformará una comisión integrada por 1 representante de los hospitales, 2 representantes de los trabajadores del sector salud, 1 representante de los pacientes, 1 representante de los gestores, 1 representante del Ministerio de Salud y 1 representante de la Adres. El Gobierno nacional reglamentará el funcionamiento de la presente comisión, la cual actuará ad honorem y sus decisiones serán vinculantes.</u></b></p>			
	<p><b><u>Artículo 20. Con el fin de gestionar, crear, modificar o suprimir las Redes de Prestadores de Servicios de Salud que garanticen el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez, equidad y calidad en la prestación de servicios, principios basados en la ley estatutaria de salud, se</u></b></p>			



PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
	<p><u>conformará una comisión integrada por 1 miembro de las Gestoras Integrales de Salud, 1 delegado del Ministerio de Salud, 1 delegado de las Clínicas y Hospitales, 1 delegado de los pacientes, 1 delegado de los trabajadores, 1 representante de la Adres y 1 representante de la Secretaría de Salud Departamental o la Dirección encargada y 1 delegado de la secretaria de salud municipal o Distrital. Dicha comisión se encargará, adicionalmente, de autorizar la suscripción de los convenios o contratos con el voto positivo de las dos terceras partes de sus miembros. Sus decisiones son de carácter obligatorio y sus actuaciones serán ad honorem.</u></p>			
<p>CAPÍTULO V Disposiciones finales</p>	<p>CAPÍTULO V Disposiciones finales</p>			
<p><b>Artículo 19. Plazo para la implementación de la ley.</b> La presente ley para su implementación tendrá un plazo máximo de dos (2) años, salvo en aquellos casos para los cuales se haya establecido un término o condición específica. El Gobierno nacional hará las apropiaciones presupuestales necesarias para su financiación.</p>	<p><b>Artículo <del>19</del> 21. Plazo para la implementación de la ley.</b> La presente ley para su implementación tendrá un plazo máximo de dos (2) años, salvo en aquellos casos para los cuales se haya establecido un término o condición específica. El Gobierno nacional hará las apropiaciones presupuestales necesarias para su financiación.</p>			
<p><b>Artículo 20. Transición del sistema.</b> Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestoras Integrales de Salud (GIS) de conformidad con lo dispuesto en la presente ley.</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</p>	<p><b>Artículo <del>20</del> 22. Transición del sistema.</b> Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestoras Integrales de Salud (GIS) de conformidad con lo dispuesto en la presente ley.</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</p>			

PL 062/2018 texto original	PL 062/2018 texto definitivo primer debate	Ley 100 de 1993	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Otra normatividad
<p>margen de solvencia que tenían al momento de la entrada en vigencia de la presente ley.</p> <p>El Gobierno nacional definirá los procesos que se deberán surtir durante la transición para la afiliación, traslados y movimientos de afiliados de las actuales Entidades Promotoras de Salud, y deberá garantizar la prestación y continuidad de los servicios médicos y especializados, así como los tratamientos en curso de los afiliados al Sistema que no hayan elegido Gestora Integral de Salud (GIS) en el nivel de especialidad que se encuentren.</p>	<p>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 el registro, traslados y movimientos de afiliados o usuarios de las actuales Entidades Promotoras de Salud, y deberá garantizar la prestación y continuidad de los servicios médicos y especializados, así como los tratamientos en curso de los afiliados al Sistema que no hayan elegido Gestora Integral de Salud (GIS) en el nivel de especialidad que se encuentren.</p>			
	<p><b><u>Artículo 23. Vigencias y derogatorias.</u></b> <b><u>La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.</u></b></p>			

**IV. CONCLUSIÓN**

Es importante tener en cuenta que la modificación de la estructura de la Administración Nacional es de la iniciativa privativa del Ejecutivo, conforme a los artículos 154, 150 (numeral 7), 189 (numeral 16) de la Constitución Política, y numeral 2 del artículo 142 de la Ley 5ª de 1992 y, sobre el particular, la Corte Constitucional en Sentencia C-821 de 2011 sostuvo:

“... Así las cosas el consentimiento dado por el Gobierno a un proyecto de ley con respecto a las materias señaladas en el artículo 154 Superior y la participación de este en el proceso formativo de la Ley, subsanan la vulneración de la iniciativa legislativa reservada. Dicho consentimiento se expresa en esos casos mediante la figura que jurisprudencialmente se ha denominado ‘aval del Gobierno o coadyuvancia...’ Lo anterior significa que es exclusividad del Gobierno nacional presentar las iniciativas que refieren la modificación estructural de la administración central, lo cual frente al proyecto y frente a esta cartera deviene en inconstitucional”.

Asimismo, resulta importante señalar el artículo 341 de la Constitución Política, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) “se expedirá mediante una ley que tendrá prelación sobre las demás leyes”. En este orden de ideas y teniendo en cuenta el artículo 66, anteriormente señalado,

este se encuentra circunscrito en una Ley de categoría referida a PND, lo cual no hace viable consagrar en una ley ordinaria una modificación como la propuesta, que busca redefinir la Adres, pues conllevaría su contradicción con la materia contenida en una ley que tiene prelación, lo que la haría inconstitucional.


Por otra parte, el proyecto de ley resulta abiertamente inconsistente e incompatible con el marco legal de aseguramiento en salud en Colombia previstos en normas anteriormente señaladas como son la Ley 100 de 1993, la 1122 de 2007, la 1751 de 2015 y la 1753 de 2015, el Decreto 780 de 2016.

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 al Honorable Congreso de la República, 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 Plenaria de la Honorable Cámara de Representantes **archivar** el **Proyecto de ley número 062 de 2018 Cámara, por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones.**

De las honorables Representantes,



**NORMA HURTADO SÁNCHEZ**  
Representante a la Cámara  
Valle del Cauca

**JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA**  
Representante a la Cámara  
Meta

**CONTENIDO**

Gaceta número 654 - Martes, 23 de julio de 2019  
CÁMARA DE REPRESENTANTES  
PONENCIAS

	<b>Págs.</b>
Informe de ponencia para segundo debate en Cámara, texto propuesto y texto aprobado en la Comisión Primera del Proyecto de ley orgánica número 396 de 2019 Cámara, por medio del cual se interpreta el artículo 388 de la Ley 5ª de 1992, modificada por el artículo 1º de la Ley 186 de 1995 y el artículo 7º de la Ley 868 de 2003”.....	1
Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 062 de 2018 Cámara, por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones.....	5