



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVIII - N° 547

Bogotá, D. C., viernes, 14 de junio de 2019

EDICIÓN DE 34 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

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.*

Bogotá, D. C., 12 de junio de 2019

Honorable Representante

JAIRO GIOVANY CRISTANCHO TARACHE

Presidente 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 Presidente:

En cumplimiento del encargo hecho por la honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional de la Cámara de Representantes y de conformidad con lo establecido en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, procedemos a rendir informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 62 de 2018 Cámara, *por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*, en los siguientes términos:

La presente ponencia se desarrollará de la siguiente manera:

1. Antecedentes de la iniciativa.
2. Conceptos de Gobierno.
 - a) Ministerio de Salud.
 - b) Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

3. Marco Jurídico.
4. Alcance y contenido del proyecto.
5. Pliego de modificaciones.
6. Proposición.

1. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

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

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

El día miércoles 3 de abril de 2019, se aprobó una proposición que crea una subcomisión para estudiar el articulado del Proyecto de ley número 062 de 2018 Cámara, posterior aprobación del

informe con el que terminaba la ponencia que a la letra enunciaba: “debatir y aprobar en primer debate, el proyecto de ley No. **062 de 2018 Cámara**, “por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, con base en el texto adjunto”.

Dicha comisión fue integrada por los siguientes congresistas:

1. José Luis Correa López (Coordinador)
2. Juan Carlos Reinales Agudelo
3. Carlos E. Acosta Lozano
4. Jhon A. Murillo Benítez
5. María Cristina Soto de Gómez
6. Jairo Humberto Cristo Correa
7. Jéniffer Kristin Arias Falla
8. Mauricio Andrés Toro Orjuela
9. Benedicto González Montenegro
10. Henry Correal Herrera
11. Jorge A. Gómez Gallego
12. Norma Hurtado Sánchez.

Así mismo, se informó mediante correo electrónico enviado el día 5 de abril de 2019 que quienes quisieran asistir, así no estén designados en la subcomisión, lo podían hacer.

Dicha comisión se reunió el lunes 8 de abril y el miércoles 12 de abril de la presente anualidad en el recinto de la Comisión Séptima con la presencia de los siguientes funcionarios:

Congresistas:

1. Honorable Representante José Luis Correa López
2. Honorable Representante María Cristina Soto de Gómez
3. Honorable Representante Norma Hurtado Sánchez
4. Honorable Representante Henry Fernando Correal Herrera
5. Honorable Representante Jéniffer Kristin Arias Falla
6. Honorable Representante Jhon Arley Murillo Benítez
7. Honorable Representante Juan Carlos Reinales Agudelo
8. Honorable Representante Faber Alberto Muñoz Cerón
9. Honorable Representante Jairo Humberto Cristo
10. Honorable Representante Carlos Eduardo Acosta Lozano

Delegados o miembros de UTL:

1. Honorable Representante Mauricio Toro
2. Honorable Representante Ángela Sánchez
3. Honorable Representante Benedicto González
4. Honorable Representante Ómar de Jesús Restrepo

5. Honorable Representante Jorge Alberto Gómez

Gobierno nacional:

1. Doctor Juan Pablo Uribe, Ministro de Salud.
2. Doctor Iván Darío González, Viceministro de Salud.
3. Doctora Diana Isabel Cárdenas Gamboa, Viceministra de Protección Social.

El 11 de abril de la presente anualidad se radicó el informe de la subcomisión suscrito por los Representantes.

1. Honorable Representante José Luis Correa López
2. Honorable Representante Henry Fernando Correal Herrera
3. Honorable Representante Jhon Arley Murillo Benítez
4. Honorable Representante Juan Carlos Reinales Agudelo
5. Honorable Representante Faber Alberto Muñoz Cerón
6. Honorable Representante Jairo Humberto Cristo
7. Honorable Representante Jorge Alberto Gómez Gallego

Dicho informe fue aprobado por la Comisión Séptima en sesión del 10 de junio de la presente anualidad.

El día 12 de junio de 2019, fueron designados como ponentes para segundo debate los Representantes José Luis Correa López (coordinador ponente), Jhon Arley Murillo, Juan Carlos Reinales, Norma Hurtado Sanchez y Jéniffer Kristin Arias Falla.

2. CONCEPTOS DE GOBIERNO

Durante la discusión del primer debate, fueron presentados los siguientes conceptos de Gobierno, los cuales se discutieron en las diferentes sesiones de la Comisión Séptima:

a) Ministerio de Salud

“Se hicieron algunos comentarios generales y específicos con los cuales indican que:

Acorde con el artículo 7° de la Ley 819 de 2003: “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 macroeconómicas, (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 en 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 omite conceptualizar 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 (...).”

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

Adicionalmente, es necesario manifestar que este Ministerio cree que es necesario evolucionar sobre el sistema actual de seguridad social en salud, lo que implica necesariamente depurar las EPS que operan hoy, modificar la manera como ellas están constituidas en escala, la forma como operan los territorios, los sistemas de información que manejan, así como frenar la integración vertical y el abuso de posición dominante e introducir pagos por desempeño.

No obstante la invitación es ir más allá, observar otros proyectos de ley que se vienen tramitando en el Congreso, en donde se orientan a materias similares pero no todos tienen las mismas soluciones, en temas como unificación de plan de beneficios, territorialización, salud pública, precios de medicamentos, desarrollo de talento humano en salud, entre otros, y trabajar conjuntamente para sacar un gran Pacto Nacional por Salud, que introduzca reformas necesarias que nos permita tener un sistema de salud con visión futurista.

En conclusión, este Ministerio no está de acuerdo con el proyecto que ahora nos ocupa, son que se desconozca que hay temáticas importantes que reitera deben introducirse en un Pacto

Nacional de Salud, el cual debe estar centrado única y exclusivamente en el usuario.

Por todo lo expresado, se tiene que la propuesta legislativa devendría inconstitucional e inconveniente, puesto que además de existir normatividad se 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 fiscal negativo. Adicionalmente, se perciben problemas en materia fiscal, por tanto, se solicita al honorable Congreso de la República, respetuosamente, considerar su archivo”.

b) Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

En conclusión, la propuesta de ley representaría una carga financiera excesivamente alta con repercusiones directas sobre el Presupuesto General de la Nación de manera recurrente y para el SGSSS, sin que se prevea o se cuente con los recursos suficientes para su implementación en las proyecciones de mediano plazo del sector y sin que se traduzca en mayores beneficios para sus afiliados. Por las mismas razones, esta Cartera se adhiere y acompaña cada una de las razones dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en su concepto radicado frente a esta iniciativa.

De acuerdo con lo expuesto, este ministerio se abstiene de emitir concepto favorable al proyecto de ley del asunto y, en consecuencia, solicita, respetuosamente, evaluar la posibilidad de su archivo, no sin antes manifestar la disposición de colaborar con la actividad legislativa de los parámetros constitucionales y legales de disciplina fiscal vigente.

3. MARCO JURÍDICO

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

De conformidad con lo establecido por la honorable Corte Constitucional en Sentencia C-828 de 2001 con ponencia del Magistrado Jaime Córdoba Triviño, la seguridad social se ubica dentro de los principios constitucionales considerados como necesarios para la efectividad de la igualdad material. En este sentido no se trata de un derecho judicialmente exigible, sino de un mandato social que el constituyente de 1991 atribuye al Estado Social de Derecho. Por ello, las reglas y leyes en general, relacionadas con la

seguridad social no se configuran para restringir el derecho, sino para el desarrollo normativo que oriente y ordene su optimización.

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

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

tiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección.

8. Ley 1797 de 2016: establece directrices para el saneamiento de las deudas del sector salud y el mejoramiento del flujo de recursos y de la calidad de la prestación de servicios de salud.

4. ALCANCE Y CONTENIDO DEL PROYECTO

El presente proyecto de ley consta de 21 artículos divididos en 5 capítulos así:

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

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

El capítulo tercero señala el manejo unificado de los recursos del sistema en cabeza de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), las funciones, los recursos y la destinación de los mismos; así mismo señala cómo se realizará el flujo de recursos en el sistema para el pago de las cuentas a prestadores de salud o proveedores de tecnologías.

El capítulo cuarto desarrolla todo lo relacionado con las gestoras integrales de salud (GIS) contenidas en los artículos 14 al 18 y la forma en la que se les pagará por resultados a dichas entidades.

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

5. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Atendiendo las consideraciones realizadas por el Gobierno nacional y las observaciones realizadas en el debate de la Comisión Séptima se realizaron las siguientes modificaciones:

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

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO
<p>Artículo 4°. Protección de la salud como derecho y deber. Toda persona tiene derecho a los beneficios que la presente ley consagra para la protección de la salud y el deber de velar por la preservación, mejoramiento y la recuperación de su salud personal, la de su familia y la de los miembros de su entorno, evitando acciones y omisiones perjudiciales al bienestar de la colectividad.</p>	<p>Artículo 4°. Protección de la salud como derecho y deber. Toda persona, residente en el territorio nacional, tiene derecho a los beneficios que la presente ley consagra para la protección de la salud y el deber de velar por la preservación, mejoramiento y la recuperación de su salud personal, la de su familia y la de los miembros de su entorno, evitando acciones y omisiones perjudiciales al bienestar de la colectividad.</p>
<p>Artículo 6°. Redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá adicionalmente las siguientes características:</p> <p>a) Administrador de Recursos Único. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre registro de los usuarios, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema.</p> <p>b) No habrá intermediación financiera. Los pagos por los servicios de salud prestados serán girados oportuna y directamente a las IPS o a las redes de servicios establecidas, sin intermediación financiera; así como se girarán con oportunidad los valores correspondientes por gastos de administración a las Gestoras Integrales de Salud (GIS)</p> <p>c) Flujo de recursos. A través de la ADRES, se girará a las GIS, el valor correspondiente al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios descritos en la presente ley; así mismo, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas previo aval de las cuentas por parte de la respectiva GIS, el valor correspondiente al pago de los servicios de salud prestados.</p> <p>d) Atención Integral. El Ministerio de Salud, como ente rector garantizará la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y velará por la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, mediante la implementación o continuidad de un modelo de atención integral en salud, en el que se garantice la prestación del servicio mediante redes integrales.</p> <p>e) Régimenes. El Sistema de Salud, contará con un Régimen Único, que garantice la universalidad en su registro y un solo plan de beneficios que favorezca el mejoramiento de la calidad de la salud de los colombianos 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) Población pobre no registrada. La atención en salud y los costos respectivos de la población pobre no registrada, corresponde a la entidad territorial respectiva con recursos de oferta, preferencialmente en los hospitales públicos y en las RIIS públicas, privadas o mixtas que se requieran para garantizar el derecho a la salud. Las entidades territoriales y las GIS harán la gestión para afiliar a toda la población. En ningún caso se podrá argumentar la falta de registro como excusa para negar la atención a una persona. El Estado debe garantizar la prestación de servicios a través de la Red de hospitales públicos en aquellos territorios donde la oferta privada no es suficiente o es deficiente.</p>	<p>Artículo 6°. Redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá adicionalmente las siguientes características:</p> <p>a) Administrador de Recursos Único. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre registro de los usuarios, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema.</p> <p>b) No habrá intermediación financiera. Los pagos por los servicios de salud prestados serán girados oportuna y directamente a las IPS o a las redes de servicios establecidas, sin intermediación financiera; así como se girarán con oportunidad los valores correspondientes por gastos de administración a las Gestoras Integrales de Salud (GIS).</p> <p>c) Flujo de recursos. A través de la ADRES, se girará a las GIS, el valor correspondiente al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios descritos en la presente ley; así mismo, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas previo aval de las cuentas por parte de la respectiva GIS, el valor correspondiente al pago de los servicios de salud prestados.</p> <p>d) Atención Integral. El Ministerio de Salud, como ente rector garantizará la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y velará por la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, mediante la implementación o continuidad de un modelo de atención integral en salud, en el que se garantice la prestación del servicio mediante redes integrales.</p> <p>e) Régimenes. El Sistema de Salud, contará con un Régimen Único, que garantice la universalidad en su registro y en el cual se realizarán los reconocimientos económicos definidos en la ley, exclusivamente para quienes coticen al mismo. El Gobierno nacional reglamentará lo dispuesto en el presente inciso.</p> <p>f) Población pobre no registrada. La atención en salud y los costos respectivos de la población pobre no registrada, corresponde a la entidad territorial respectiva con recursos de oferta, preferencialmente en los hospitales públicos y en las RIIS públicas, privadas o mixtas que se requieran para garantizar el derecho a la salud. Las entidades territoriales y las GIS harán la gestión para afiliar a toda la población. En ningún caso se podrá argumentar la falta de registro como excusa para negar la atención a una persona.</p>

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO
<p>g) Modelos diferenciados. El Sistema de Salud, dispondrá de modelos diferenciados de atención para poblaciones especiales y aquellas localizadas en zonas dispersas; dicho esquema diferenciado incluirá subsidio a la oferta y pago por evento para las Empresas Sociales del Estado pertenecientes a las entidades territoriales. En todo caso, se deberá acudir a las entidades de primer nivel como los primeros respondientes de los pacientes, garantizando la atención integral de la salud.</p>	<p>g) Modelos diferenciados. El Sistema de Salud, dispondrá de modelos diferenciados de atención para poblaciones especiales y aquellas localizadas en zonas dispersas; dicho esquema diferenciado incluirá subsidio a la oferta y pago por evento para las Empresas Sociales del Estado pertenecientes a las entidades territoriales. En todo caso, se deberá acudir a las entidades de primer nivel como los primeros respondientes de los pacientes, garantizando la atención integral de la salud.</p>
<p>h) Subsidio a la oferta. En los casos de subsidio a la oferta, la ADRES, girará directamente a los hospitales públicos, de acuerdo con los presupuestos globales prospectivos que se establezcan y girará a la entidad territorial lo correspondiente a las actividades de salud pública e intervenciones colectivas, según lo establecido en las normas legales vigentes.</p>	<p>h) Subsidio a la oferta. En los casos de subsidio a la oferta, la ADRES, girará directamente a los hospitales públicos, de acuerdo con los presupuestos globales prospectivos que se establezcan y girará a la entidad territorial lo correspondiente a las actividades de salud pública e intervenciones colectivas, según lo establecido en las normas legales vigentes.</p>
<p>i) No habrá integración vertical. Las Gestoras Integrales de Salud (GIS), no podrán prestar servicios de salud directamente a sus usuarios, lo harán a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados.</p>	<p>i) No habrá integración vertical. Las Gestoras Integrales de Salud (GIS), no podrán prestar servicios de salud directamente a sus usuarios, lo harán a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados.</p>
<p>Las nuevas GIS que se constituyan en el futuro, no podrán tener integración vertical de ningún tipo.</p>	<p>Las nuevas GIS que se constituyan en el futuro, no podrán tener integración vertical de ningún tipo.</p>
<p>j) Definición de roles de los agentes del Sistema de Salud. Cada agente del Sistema deberá conservar su rol acorde a su misión; así, la ADRES, se dedicará a recaudar, administrar y distribuir los recursos a las GIS y a los prestadores de los servicios; las Gestoras Integrales de Salud (GIS), se encargan de garantizar las prestaciones en salud financiadas con recursos públicos y no prestarán servicios directamente; y las RIIS, los hospitales e IPS, según su nivel de complejidad y su papel dentro de las redes integradas, se dedicarán a prestar dichos servicios con calidad, oportunidad y continuidad; los prestadores no asumirán funciones de Gestoras Integrales de Salud (GIS).</p>	<p>j) Definición de roles de los agentes del Sistema de Salud. Cada agente del Sistema deberá conservar su rol acorde a su misión; así, la ADRES, se dedicará a recaudar, administrar y distribuir los recursos a las GIS y a los prestadores de los servicios; las Gestoras Integrales de Salud (GIS), se encargan de garantizar las prestaciones en salud financiadas con recursos públicos y no prestarán servicios directamente; y las RIIS, los hospitales e IPS, según su nivel de complejidad y su papel dentro de las redes integradas, se dedicarán a prestar dichos servicios con calidad, oportunidad y continuidad; los prestadores no asumirán funciones de Gestoras Integrales de Salud (GIS).</p>
<p>k) Sistema unificado de tarifas. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispondrá de un sistema único de tarifas que aplicará para todos los actores del Sistema, es decir para las RIIS, los prestadores de servicios públicos, privados o mixtos y los grupos de profesionales independientes.</p>	<p>k) Piso tarifario Sistema unificado de tarifas. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispondrá de un sistema único de tarifas <u>piso tarifario el cual deberá tener un enfoque que garantice precios diferenciados según la región y</u> que aplicará para todos los actores del Sistema, es decir para las RIIS, los prestadores de servicios públicos, privados o mixtos y los grupos de profesionales independientes.</p>
<p>El Sistema Unificado de Tarifas tendrá estímulos hasta un 5%, sobre la facturación mensual, para las IPS públicas o privadas que sean acreditadas por excelencia y para los hospitales universitarios.</p>	<p>El <u>piso tarifario</u> Sistema Unificado de Tarifas tendrá estímulos hasta un 5%, sobre la facturación mensual, para las IPS públicas o privadas que sean acreditadas por excelencia y para los hospitales universitarios.</p>
<p>El Sistema Unificado de Tarifas tendrá dentro de los modos de pago, un componente importante ligado al cumplimiento de metas que midan las actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.</p>	<p>El <u>piso tarifario</u> 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>Los actores del sistema en ningún caso podrán contratar la prestación del servicio por valores inferiores a los establecidos en el <u>piso tarifario</u> 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>El Ministerio de Salud, tendrá un (1) año a partir de la aprobación de la presente ley, para emitir el <u>piso tarifario</u> 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 <u>el cual</u> deberá ser actualizado anualmente según el IPC.</p>

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO
<p>l) Servicios sociales complementarios y de protección social. Cuando el acceso al servicio de salud dependa de la financiación de los gastos de desplazamiento y estadía en el lugar donde se prestará la atención médica al paciente, estos gastos estarán cubiertos por el sistema de salud. En el caso de los enfermos que por su estado de salud o la cronicidad de su patología, requieran de un cuidador permanente soportado en orden médica y no dispongan de red familiar, su protección social será cubierta por el sistema de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la aprobación de la presente ley.</p>	<p>l) Servicios sociales complementarios y de protección social. Cuando el acceso al servicio de salud dependa de la financiación de los gastos de desplazamiento y estadía en el lugar donde se prestará la atención médica al paciente, estos gastos estarán cubiertos por el sistema de salud. En el caso de los enfermos que por su estado de salud o la cronicidad de su patología, requieran de un cuidador permanente soportado en orden médica y no dispongan de red familiar, su protección social será cubierta por el sistema de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la aprobación de la presente ley.</p> <p><u>m) Riesgo Financiero. La administración y gestión del riesgo financiero en el modelo de aseguramiento de que trata la Ley 100 de 1993, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y dicha función será indelegable.</u></p>
<p>Artículo 13. En caso de que las GIS no tengan en su red de prestación de servicios una especialidad que requiera un paciente en aras de proteger el derecho fundamental de salud, deberá ser atendido por las IPS que preste el servicio y el giro se realizará directamente al prestador por parte de la ADRES.</p>	<p>Eliminado</p>
<p>Artículo 18. Cuotas moderadoras y copagos. Los usuarios y beneficiarios del Sistema, no estarán sujetos a pagos de cuotas moderadoras o deducibles de que trata el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, salvo cuando se trate de servicios considerados puerta de entrada del sistema de salud, los cuales se cobrarán exclusivamente a las personas con capacidad de pago de conformidad con el artículo 157 de la Ley 100 de 1993. Estos valores no podrán exceder del 1% del valor total de la factura y serán recaudados por la IPS que presten el servicio y formarán parte anticipada de los pagos correspondientes. El monto de estos cobros, será descontado en el momento del pago respectivo a la IPS o red de servicios, por parte de la ADRES.</p>	<p>Eliminado</p>
<p>Artículo 22. Transición del sistema. Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestoras Integrales de Salud (GIS) de conformidad con lo dispuesto en la presente ley.</p> <p>Durante el periodo de transición las Entidades Promotoras de Salud deberán mantener las condiciones de habilitación financiera relacionadas con el patrimonio y el margen de solvencia que tenían al momento de la entrada en vigencia de la presente ley.</p> <p>El Gobierno nacional definirá los procesos que se deberán surtir durante la transición para 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>Artículo 22. Transición del sistema. Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestoras Integrales de Salud (GIS) de conformidad con lo dispuesto en la presente ley.</p> <p><u>Las Entidades Promotoras de Salud que al momento de la entrada en vigencia de la presente ley, cumplan los indicadores de permanencia establecidos en las normas vigentes, podrán transformarse inmediatamente en Gestoras Integrales de Salud.</u></p> <p>Durante el periodo de transición las Entidades Promotoras de Salud deberán mantener las condiciones de habilitación financiera relacionadas con el patrimonio y el margen de solvencia que tenían al momento de la entrada en vigencia de la presente ley.</p> <p>El Gobierno nacional definirá los procesos que se deberán surtir durante la transición para 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>

6. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones, solicito a los honorables Representantes de la Plenaria de la Cámara de Representantes, debatir y aprobar en segundo

debate, el Proyecto de ley número 062 de 2018 Cámara, *por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*, con base en el texto adjunto.

De los honorables Representantes,

De los Honorables Representantes,

JOSE LUIS CORREA LOPEZ
Coordinador Ponente

JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
Ponente

JHON ARLEY MURILLO BENITEZ
Ponente

NORMA HURTADO SANCHEZ
Ponente

JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA
Ponente

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

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

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. *Objeto.* El objetivo de la presente ley es redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el propósito de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, mejorando las condiciones de acceso de la población, en todos los niveles de atención, con calidad, oportunidad, continuidad, pertinencia y seguimiento de los servicios; así como garantizar la sostenibilidad y el equilibrio financiero del Sistema.

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

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

3.22. Prevención. El Sistema propende por la aplicación del enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos, a la prestación de los servicios y tecnologías de salud y a toda actuación que pueda afectar la vida, la integridad y la salud de las personas;

3.23. Integralidad. El Sistema garantiza la atención en salud a la población en sus fases de educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con oportunidad, calidad y eficiencia. En consecuencia, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del

usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Sistema, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada;

3.24. Inembargabilidad. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, su destinación es la prestación y pago efectivo de los servicios de salud de los afiliados y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente”.

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

CAPÍTULO II

Organización general del sistema de salud

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

El Sistema de Salud tendrá las siguientes características:

- a) **Rectoría.** El Sistema de Salud estará dirigido, orientado, regulado, supervisado, controlado y vigilado por el Estado en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.
- b) **Registro.** Todos los habitantes en Colombia deberán estar registrados en el sistema general de seguridad social en salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales.
- c) **Financiación del Sistema de Salud.** Estará financiado con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial o tributos de destinación específica que se creen para el efecto y por los demás contemplados en la normatividad vigente.
- d) **Gestoras Integrales de Salud (GIS).** El registro de la población, la contratación de los servicios, la auditoría de las cuentas médicas y las actividades de promoción y preven-

ción, la gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno y la representación del usuario corresponden a las GIS.

- e) **Prestaciones de salud.** El Sistema de Salud garantizará a todos los residentes en el país el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, acorde a lo establecido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. El Sistema de Salud garantiza las prestaciones de salud implícitas, financiadas con recursos públicos, a través del aseguramiento social y subsidios a la oferta y a la demanda.
- f) **Salud pública.** El Sistema de Salud incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con la presente ley, las Leyes 9ª de 1979, 715 de 2001, 1438 de 2011 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan, incorporadas en el Plan Decenal de Salud Pública vigente y en sus planes territoriales.
- g) **Atención primaria y complementaria.** El Sistema de Salud garantizará la atención primaria en salud a través de los entes territoriales, prestada por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) preferencialmente de naturaleza pública o mixta, financiada a través de pagos directos desde el ente territorial correspondiente.
- h) **Redes de servicios.** De conformidad con el artículo 13 de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, el Sistema de salud operará mediante esquemas de integración territorial y redes integrales e integradas de salud (RIISS) que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención en los Territorios de Salud que se conformen.
- i) **Participación en las decisiones del Sistema de Salud.** Acorde con el artículo 12 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Sistema de Salud contará con la participación de los usuarios quienes podrán asociarse para actuar ante las GIS e IPS y ante las redes de servicios, teniendo en cuenta la georreferenciación en la atención primaria y la disponibilidad de prestadores de servicios en el territorio.
- j) **Plan Maestro de Equipamientos en Salud (PMES).** El Ministerio de Salud y Protección Social, generará los lineamientos que deben tener en cuenta las entidades territoriales para la elaboración de los respectivos

PMES avalados por los entes Territoriales respectivos y serán articulados con los planes de desarrollo nacional, departamental y distrital.

- k) **Enfoque diferencial.** El Sistema de Salud reconoce y protege a las poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, discapacidad, tercera edad, poblaciones localizadas en zonas dispersas y víctimas de la violencia; por lo cual diseñará rutas de atención integral y preferencial para estas poblaciones de especial protección constitucional.

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

- m) **Administrador de Recursos Único.** La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre registro de los usuarios, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema.
- n) **No habrá intermediación financiera.** Los pagos por los servicios de salud prestados serán girados oportuna y directamente a las IPS o a las redes de servicios establecidas, sin intermediación financiera; así como se girarán con oportunidad los valores correspondientes por gastos de administración a las Gestoras Integrales de Salud (GIS)
- o) **Flujo de recursos.** A través de la ADRES, se girará a las GIS, el valor correspondiente al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios descritos en la presente ley; así mismo, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas previo aval de las cuentas por parte de la respectiva GIS, el valor correspondiente al pago de los servicios de salud prestados.
- p) **Atención integral.** El Ministerio de salud, como ente rector garantizará la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y velará por la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, mediante la implementación o continuidad de un modelo de atención integral en salud, en el que se

garantice la prestación del servicio mediante redes integrales.

- q) **Regímenes.** El Sistema de Salud, contará con un Régimen Único, que garantice la universalidad en su registro y un solo plan de beneficios que favorezca el mejoramiento de la calidad de la salud de los colombianos 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.
- r) **Población pobre no registrada.** La atención en salud y los costos respectivos de la población pobre no registrada, corresponde a la entidad territorial respectiva con recursos de oferta, preferencialmente en los hospitales públicos y en las RIIS públicas, privadas o mixtas que se requieran para garantizar el derecho a la salud. Las entidades territoriales y las GIS harán la gestión para afiliar a toda la población. En ningún caso se podrá argumentar la falta de registro como excusa para negar la atención a una persona. 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.
- s) **Modelos diferenciados.** El Sistema de Salud, dispondrá de modelos diferenciados de atención para poblaciones especiales y aquellas localizadas en zonas dispersas; dicho esquema diferenciado incluirá subsidio a la oferta y pago por evento para las Empresas Sociales del Estado pertenecientes a las entidades territoriales. En todo caso, se deberá acudir a las entidades de primer nivel como los primeros respondientes de los pacientes, garantizando la atención integral de la salud.
- t) **Subsidio a la oferta.** En los casos de subsidio a la oferta, la ADRES, girará directamente a los hospitales públicos, de acuerdo con los presupuestos globales prospectivos que se establezcan y girará a la entidad territorial lo correspondiente a las actividades de salud pública e intervenciones colectivas, según lo establecido en las normas legales vigentes.
- u) **No habrá integración vertical.** Las Gestoras Integrales de Salud (GIS), no podrán prestar servicios de salud directamente a sus usuarios, lo harán a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados.

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

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

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

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

Los actores del sistema en ningún caso podrán contratar la prestación del servicio por valores inferiores a los establecidos en el piso tarifario.

El Ministerio de Salud, tendrá un (1) año a partir de la aprobación de la presente ley, para emitir el piso tarifario, el cual deberá ser actualizado anualmente según el IPC.

- x) **Riesgo financiero.** La administración y gestión del riesgo financiero en el modelo de aseguramiento de que trata la Ley 100 de 1993, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y dicha función será indelegable.

Artículo 7°. Evaluación del sistema. A partir del año 2019, cada dos (2) años, el Gobierno nacional evaluará el Sistema de acuerdo con los siguientes criterios:

- a) La forma en que los beneficios del Sistema se distribuyen con base en las necesidades

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

El informe de evaluación será presentado por el Ministro de Salud y Protección Social al Congreso de la República, previa la revisión que realice una comisión que para el efecto designen las Comisiones Séptimas Permanentes del Congreso de la República. No obstante lo anterior, el Ministro debe presentar informes de seguimiento cada año a las mencionadas comisiones.

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

CAPÍTULO III

Manejo unificado de los recursos del sistema

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

Artículo 9°. Funciones de la ADRES. Para desarrollar el objeto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) tendrá, además de las funciones contempladas en la legislación vigente, las siguientes funciones:

- a) Administrar el registro al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los residentes en el territorio colombiano.

- b) Recaudar y administrar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Único de salud y las demás que la ley determine.
- c) Ordenar y pagar directamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, previa verificación y aceptación por parte de las Gestoras Integrales de Salud (GIS), de acuerdo al procedimiento descrito en la presente ley.
- d) Efectuar los giros directos en nombre de las Gestoras Integrales de Salud (GIS) o las Entidades Territoriales y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema.
- e) Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución de riesgo.
- f) Administrar la información relativa a la afiliación, cotización, registro de novedades, registro de actividades de facturación y manejo de los recursos del Sistema, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
- g) Implementar métodos de auditoría para verificar la información sobre resultados en salud y mecanismos de ajuste de riesgo.
- h) Adelantar las auditorías para el reconocimiento y pago de servicios de salud.
- i) Realizar el proceso de pago al beneficiario de licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general previa verificación y notificación realizada por los gestores de servicios de salud (GIS).
- j) Gestión del riesgo financiero del sector salud.
- k) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.

Parágrafo 1°. La determinación de las obligaciones y el cobro coactivo derivados del pago por menor labor o el no pago de las cotizaciones en salud que deben realizar las personas naturales y jurídicas serán adelantados por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) bajo las reglas del Estatuto Tributario. Las cotizaciones en salud son imprescriptibles, al igual que las acciones que procedan para el recaudo de las mismas.

Parágrafo 2°. El giro a los prestadores de servicios de salud y proveedores por los servicios y tecnologías contenidos en el plan de beneficios individual se hará de manera directa. Será responsabilidad de los gestores de servicios de salud y los prestadores de servicios de salud depurar la información financiera en los términos que para el efecto señale el reglamento.

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

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

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

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

- a) Pago por resultado a las gestoras integrales de salud (GIS), de conformidad con los criterios establecidos en la presente ley.
- b) Recursos para el fortalecimiento y ajuste de la red pública hospitalaria. Este gasto se hará siempre y cuando en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud.
- c) Acciones de salud pública o programas nacionales de promoción y prevención adicionales a los financiados con recursos del Sistema General de Participaciones.
- d) Administración, funcionamiento y operación de la entidad.
- e) Pago a prestadores de servicios de salud y proveedores.
- f) Las demás destinaciones que la ley expresamente haya definido su financiamiento con cargo a los recursos del Fosyga o la entidad que lo sustituya.

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

1. 15% fortalecimiento de funciones de la Adres.
2. 30% en la compra progresiva de las instituciones prestadoras de salud que se encuentren integradas.
3. 30% fortalecimiento de los programas de salud pública.

4. 15% para garantizar los servicios excluidos de conformidad con la ley estatutaria de salud.

10% para el pago de las deudas acogidas dentro de la Adres con prioridad de pago a los hospitales públicos.

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

1. Una vez se preste el servicio de salud o se reciban bienes por parte de las instituciones encargadas, estas deberán presentar ante las gestoras integrales de salud (GIS) la cuenta de cobro o factura respectiva, la cual no podrá exceder los quince (15) días calendario desde el momento de la prestación efectiva al usuario. De no presentarse la factura con sus respectivos soportes en el tiempo señalado, la GIS ordenará el descuento del 10% del valor de la misma, el cual será administrado por la Adres y servirá para realizar el pago de los servicios excluidos de conformidad con lo establecido en la ley estatutaria de salud.
2. Una vez recibida la cuenta de cobro o factura, las gestoras integrales de salud (GIS), dentro de los quince (15) días calendario siguientes, visarán y autorizarán el pago por servicios prestados por las IPS públicas, privadas o mixtas o RIIS. En caso de presentarse glosas en este proceso, las mismas deberán ser resueltas en el término señalado en el presente numeral, el cual solo podrá ser ampliado hasta por diez (10) días calendario siguientes al vencimiento del término inicial.
3. La Adres, dentro de los quince (15) días calendario siguientes al recibo de las cuentas de cobro o facturas, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas el valor autorizado por parte de la respectiva gestora integral de salud (GIS) por los servicios de salud prestados y los bienes entregados. En los casos en que las cuentas se radiquen directamente ante la Adres, la misma se encargará de auditar la cuenta en un tiempo no superior a cinco (5) días calendario y su giro no podrá exceder de los quince (15) días siguientes.
4. En los ámbitos territoriales con modelos de atención en salud diferenciados cuyos hospitales funcionen con base en subsidios a la oferta, recibirán el pago por trimestre anticipado correspondiente a los presupuestos globales prospectivos aprobados los primeros diez (10) días hábiles de cada trimestre. El Ministerio de Salud y Protección Social

reglamentará este giro teniendo en cuenta la modulación por resultados de salud del trimestre anterior.

5. En caso de conflicto entre las GIS y una IPS específica o una red de servicios, para efectos del reconocimiento y pago de los servicios prestados y de los bienes entregados, a solicitud de alguna de las partes, intervendrá la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que resolverá las diferencias en un término no superior a 30 días y notificará a la Adres para efectos del pago en los siguientes diez (10) días. La Superintendencia reglamentará la materia incluyendo medidas de fondo cuando los conflictos se hagan reiterados por parte de una o varias gestoras integrales de salud o prestadoras del servicio.
6. La Adres reconocerá un valor anual, el cual se pagará gradualmente dentro de los primeros ocho (8) días hábiles de cada mes, a las gestoras integrales de salud (GIS), los pagos correspondientes al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios señalados en la presente ley y los que se establezcan mediante reglamento. Los ajustes correspondientes a novedades no registradas en el momento del pago se incluirán en la siguiente cuenta.

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

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

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

Parágrafo 3°. En caso de ser sucesivas dos (2) o más veces dentro de los seis (6) meses en la misma vigencia fiscal las faltas enunciadas en el parágrafo segundo del presente artículo, la Superintendencia Nacional de Salud, de oficio o a petición de parte, podrá iniciar los procesos

sancionatorios respectivos, lo cual dará lugar a la pérdida de la habilitación y sus respectivos socios o accionistas no podrán volver a conformar o hacer parte de la junta directiva de ninguna gestora integral de salud.

Artículo 13. Ajuste y redistribución de riesgo. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los mecanismos de ajuste y redistribución de riesgo entre las gestoras integrales de salud (GIS) tomando en cuenta criterios etarios, poblacionales, geográficos, epidemiológicos o de alto costo por frecuencia de eventos o patologías.

CAPÍTULO IV

Gestoras integrales de salud

Artículo 14. Gestoras integrales de salud (GIS). Son las entidades encargadas de garantizar la prestación del servicio de salud a la población residente en el país. Aquellas EPS que se encuentren al día en sus obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cumplan con los requisitos de habilitación y con lo establecido en la presente ley podrán transformarse como gestoras integrales de salud (GIS) previa evaluación de su margen de solvencia, patrimonio mínimo y condiciones de permanencia de parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

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

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

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

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

Artículo 15. Funciones de las gestoras integrales de salud (GIS). Son funciones de las GIS las siguientes:

- a) Ejercer las funciones de aseguramiento social en salud, sin ánimo de lucro.
- b) Garantizar a sus usuarios las prestaciones en salud establecidas en el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud a ser financiadas con recursos públicos dentro del territorio en la cual está autorizada para operar, así como en todo el territorio nacional cuando se requieran servicios por fuera de esta, incluida la referencia y contrarreferencia dentro de las redes de prestadores de servicios de salud que conformen.
- c) Garantizar red de servicios para la cobertura y atención integral de prestación de servicios de salud en todos los municipios del área donde fue autorizada su operación.
- d) Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus usuarios registrados en las fases de identificación, caracterización e intervención.
- e) Suscribir contratos con los prestadores de servicios de salud que conforman 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.
- f) Coordinar con las entidades territoriales las acciones de salud pública en los territorios donde operen.
- g) Auditar las facturas por servicios prestados, realizar el reconocimiento de los montos a pagar y autorizar los giros directos desde la Adres a los prestadores de servicios de salud que hacen parte de la red y a los proveedores de medicamentos y dispositivos médicos.
- h) Contar con centros de atención permanente en todos los municipios y distritos de los territorios donde operen.
- i) Contar con un sistema de información al usuario sobre beneficios, redes de prestadores de servicios de salud, mecanismos de acceso general y de urgencias, trámites, quejas y reclamos, entre otros, disponible en todo el territorio nacional las 24 horas del día y todos los días del año.
- j) Entregar información a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Adres y al Ministerio sobre los resultados en salud que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.
- k) Administrar la información clínica de sus usuarios para que esté disponible cuando sea requerida por cualquier prestador de servicios de salud.
- l) Gestionar y hacer seguimiento y control de la información de tipo administrativo, financiero, de prestación de servicios, epidemiológico y de calidad que se genere en desarrollo de su actividad y de la de su red de prestadores de servicios de salud.
- m) Cumplir con las condiciones de habilitación y de permanencia de orden financiero, administrativo y técnico que soporten el cumplimiento de sus obligaciones, según las normas legales vigentes, ante la Superintendencia Nacional de Salud y Superintendencia Financiera.
- n) Contar con una auditoría concurrente e independiente que vigile el cumplimiento de las metas de cobertura, resultado y calidad en el servicio por parte de los prestadores de servicios de salud de su red.
- o) Realizar ejercicios periódicos de rendición pública de cuentas sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio.
- p) Tramitar las incapacidades por enfermedad general y tramitar las licencias de maternidad o paternidad a los afiliados cotizantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las reconocidas a víctimas, de conformidad con la delegación que determine la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres).
- q) Las demás que se establezcan en la ley.

Artículo 16. Ingresos de las gestoras integrales de salud (GIS). Las gestoras integrales de salud (GIS) tendrán como ingreso exclusivo el pago que realice la Adres por concepto de pago por resultados de conformidad con los criterios definidos en la presente ley, sin exceder el 8% de la UPC, actualizada anualmente según el IPC.

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

Artículo 17. Sistema de pago por resultado. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por resultado que incentive a las gestoras integrales de salud (GIS) a alcanzar los mayores logros posibles en el mejoramiento del estado de salud de la población, el mejoramiento de la calidad de la atención, la satisfacción y experiencia del usuario y la adecuada utilización de sus recursos.

Para el cumplimiento de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología con el fin de lograr la implementación progresiva del sistema y deberá ceñirse a los siguientes indicadores, los cuales

serán valorados equitativamente en el momento de realizar el pago a la GIS:

- a) Satisfacción al usuario, el cual se medirá por
 - 1.** Número de quejas resueltas y tutelas falladas en contra de las entidades, por cada 1.000 usuarios.
 - 2.** Encuesta de satisfacción cualitativa y cuantitativa, la cual se realizará una vez al año a los usuarios de cada GIS.
 - 3.** Diseño de planes y programas de atención al usuario que incluyan un enfoque diferencial para poblaciones de difícil acceso, cobertura, resolutivez e interacción con el usuario, garantizando la atención en las regiones que no haya conectividad o tecnologías de la información.
- b) Cumplimiento y mejora en los indicadores del Plan Decenal de Salud Pública, atendiendo el enfoque diferencial por departamento, ciclo vital y población.
- c) Aplicación de las guías de atención expedidas por el Ministerio de Salud y su medición de adherencia. Sin detrimento del ejercicio de la autonomía de los profesionales de la salud.
- d) Cumplimiento de las normas de calidad en la oportunidad de la prestación del servicio establecidas por el Ministerio de Salud.
- e) Oportunidad en la entrega de medicamentos y en la toma de exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas.
- f) Tiempo de inicio de tratamientos intervencionistas y de alto costo después del diagnóstico médico.
- g) Implementación del modelo de atención integral de salud con atención diferenciada basada en atención primaria en salud con enfoque en salud familiar.
- h) Percepción cualitativa y cuantitativa, el cual se medirá anualmente con el fin de evaluar las condiciones laborales con la GIS por parte del personal de la salud.

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

El Gobierno nacional reglamentará el pago por resultados descrito en el presente artículo, para lo cual solicitará el acompañamiento de las universidades públicas y privadas y deberá crear un formulario de evaluación, el cual arrojará un resultado porcentual sobre cada uno de los indicadores señalados en el presente artículo y que servirá de insumo para calcular el valor a pagar a las GIS por el resultado obtenido, el cual será del

3% de la UPC como valor fijo y adicional hasta un 5%, el cual será equivalente o proporcional al resultado obtenido y sin exceder el valor total a pagar del 8%.

Parágrafo. Para realizar una valoración objetiva y con el fin de determinar el valor o porcentaje de pago por resultados a las GIS, se conformará una comisión integrada por un representante de los hospitales, dos representantes de los trabajadores del sector salud, un representante de los pacientes, un representante de los gestores, un representante del Ministerio de Salud y un representante de la Adres. El Gobierno nacional reglamentará el funcionamiento de la presente comisión, la cual actuará *ad honorem* y sus decisiones serán vinculantes.

Artículo 18. Con el fin de gestionar, crear, modificar o suprimir las redes de prestadores de servicios de salud que garanticen el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez, equidad y calidad en la prestación de servicios, principios basados en la ley estatutaria de salud, se conformará una comisión integrada por un miembro de las gestoras integrales de salud, un delegado del Ministerio de Salud, un delegado de las clínicas y hospitales, un delegado de los pacientes, un delegado de los trabajadores, un representante de la Adres y un representante de la secretaría de salud departamental o la dirección encargada y un delegado de la secretaría de salud municipal o distrital. Dicha comisión se encargará, adicionalmente, de autorizar la suscripción de los convenios o contratos con el voto positivo de las dos terceras partes de sus miembros. Sus decisiones son de carácter obligatorio y sus actuaciones serán *ad honorem*.

CAPÍTULO V

Disposiciones finales

Artículo 19. Plazo para la implementación de la ley. La presente ley para su implementación tendrá un plazo máximo de dos (2) años, salvo en aquellos casos para los cuales se haya establecido un término o condición específica. El Gobierno nacional hará las apropiaciones presupuestales necesarias para su financiación.

Artículo 20. Transición del sistema. Las actuales entidades promotoras de salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en gestoras integrales de salud (GIS) de conformidad con lo dispuesto en la presente ley.

Las entidades promotoras de salud que en el momento de la entrada en vigencia de la presente ley cumplan los indicadores de permanencia establecidos en las normas vigentes podrán transformarse inmediatamente en gestoras integrales de salud.

Durante el periodo de transición, las entidades promotoras de salud deberán mantener las condiciones de habilitación financiera relacionadas

con el patrimonio y el margen de solvencia que tenían en el momento de la entrada en vigencia de la presente ley.

El Gobierno nacional definirá los procesos que se deberán surtir durante la transición para el registro, traslados y movimientos de afiliados o usuarios de las actuales entidades promotoras de salud, y deberá garantizar la prestación y continuidad de los servicios médicos y especializados, así como los tratamientos en curso de los afiliados al Sistema que no hayan elegido gestora integral de salud (GIS) en el nivel de especialidad que se encuentren.

Artículo 21. Vigencias y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

De los honorables Representantes,



TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE DEL 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.*

**(Aprobado en la sesión del 10 de junio de
2019 en la Comisión Séptima de la honorable
Cámara de Representantes, Acta número 27)**

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. Objeto. El objetivo de la presente ley es redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el propósito de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, mejorando las condiciones de acceso de la población, en todos los niveles de atención, con calidad, oportunidad, continuidad, pertinencia y seguimiento de los servicios; así como garantizar la sostenibilidad y el equilibrio financiero del Sistema.

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

el servicio público y en la garantía del derecho fundamental a la salud.

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

3.22. Prevención. El Sistema propende por la aplicación del enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos, a la prestación de los servicios y tecnologías de salud y a toda actuación que pueda afectar la vida, la integridad y la salud de las personas;

3.23. Integralidad. El Sistema garantiza la atención en salud a la población en sus fases de educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con oportunidad, calidad y eficiencia. En consecuencia, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Sistema, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada;

3.24. Inembargabilidad. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, su destinación es la prestación y pago efectivo de los servicios de salud de los afiliados y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.

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

CAPÍTULO II

Organización general del Sistema de Salud

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

El Sistema de Salud tendrá las siguientes características:

a) **Rectoría.** El Sistema de Salud estará dirigido, orientado, regulado, supervisado, con-

- trolado y vigilado por el Estado en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.
- b) **Registro.** Todos los habitantes en Colombia deberán estar registrados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales.
- c) **Financiación del Sistema de Salud.** Estará financiado con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial o tributos de destinación específica que se creen para el efecto y por los demás contemplados en la normatividad vigente.
- d) **Gestoras integrales de salud (GIS).** El registro de la población, la contratación de los servicios, la auditoría de las cuentas médicas y las actividades de promoción y prevención, la gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno y la representación del usuario corresponden a las GIS.
- e) **Prestaciones de salud.** El Sistema de Salud garantizará a todos los residentes en el país el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud que incluye su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, acorde con lo establecido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. El Sistema de Salud garantiza las prestaciones de salud implícitas, financiadas con recursos públicos, a través del aseguramiento social y subsidios a la oferta y a la demanda.
- f) **Salud pública.** El Sistema de Salud incluirá acciones de salud pública a cargo de las entidades territoriales, de conformidad con la presente ley, las Leyes 9ª de 1979, 715 de 2001, 1438 de 2011 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan, incorporadas en el Plan Decenal de Salud Pública vigente y en sus planes territoriales.
- g) **Atención primaria y complementaria.** El Sistema de Salud garantizará la atención primaria en salud a través de los entes territoriales, prestada por instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) preferencialmente de naturaleza pública o mixta, financiada a través de pagos directos desde el ente territorial correspondiente.
- h) **Redes de servicios.** De conformidad con el artículo 13 de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, el Sistema de Salud operará mediante esquemas de integración territorial y redes integrales e integradas de salud (RIISS) que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención en los territorios de salud que se conformen.
- i) **Participación en las decisiones del Sistema de Salud.** Acorde con el artículo 12 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Sistema de Salud contará con la participación de los usuarios, quienes podrán asociarse para actuar ante las GIS e IPS y ante las redes de servicios, teniendo en cuenta la georreferenciación en la atención primaria y la disponibilidad de prestadores de servicios en el territorio.
- j) **Plan Maestro de Equipamientos en Salud (PMES).** El Ministerio de Salud y Protección Social generará los lineamientos que deben tener en cuenta las entidades territoriales para la elaboración de los respectivos PMES avalados por los entes territoriales respectivos y serán articulados con los planes de desarrollo nacional, departamental y distrital.
- k) **Enfoque diferencial.** El Sistema de Salud reconoce y protege a las poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, discapacidad, tercera edad, poblaciones localizadas en zonas dispersas y víctimas de la violencia, por lo cual diseñará rutas de atención integral y preferencial para estas poblaciones de especial protección constitucional.
- Artículo 6°. Redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá adicionalmente las siguientes características:
- a) **Administrador de recursos único.** La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre registro de los usuarios, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema.
- b) **No habrá intermediación financiera.** Los pagos por los servicios de salud prestados serán girados oportuna y directamente a las IPS o a las redes de servicios establecidas, sin intermediación financiera; así como se girarán con oportunidad los valores correspondientes por gastos de administración a las gestoras integrales de salud (GIS).
- c) **Flujo de recursos.** A través de la Adres se girará a las GIS el valor correspondiente al

resultado de su gestión, de conformidad con los criterios descritos en la presente ley; así mismo, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas previo aval de las cuentas por parte de la respectiva GIS, el valor correspondiente al pago de los servicios de salud prestados.

- d) Atención integral.** El Ministerio de Salud como ente rector garantizará la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y velará por la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, mediante la implementación o continuidad de un modelo de atención integral en salud en el que se garantice la prestación del servicio mediante redes integrales.
- e) Regímenes.** El Sistema de Salud contará con un régimen único que garantice la universalidad en su registro y un solo plan de beneficios que favorezca el mejoramiento de la calidad de la salud de los colombianos y en el cual se realizarán los reconocimientos económicos definidos en la ley exclusivamente para quienes coticen al mismo. El Gobierno nacional reglamentará lo dispuesto en el presente inciso.
- f) Población pobre no registrada.** La atención en salud y los costos respectivos de la población pobre no registrada corresponden a la entidad territorial respectiva con recursos de oferta, preferencialmente en los hospitales públicos y en las RIIS públicas, privadas o mixtas que se requieran para garantizar el derecho a la salud. Las entidades territoriales y las GIS harán la gestión para afiliarse a toda la población. En ningún caso se podrá argumentar la falta de registro como excusa para negar la atención a una persona. El Estado debe garantizar la prestación de servicios a través de la red de hospitales públicos en aquellos territorios donde la oferta privada no es suficiente o es deficiente.
- g) Modelos diferenciados.** El Sistema de Salud dispondrá de modelos diferenciados de atención para poblaciones especiales y aquellas localizadas en zonas dispersas; dicho esquema diferenciado incluirá subsidio a la oferta y pago por evento para las empresas sociales del Estado pertenecientes a las entidades territoriales. En todo caso se deberá acudir a las entidades de primer nivel como

los primeros respondientes de los pacientes, garantizando la atención integral de la salud.

- h) Subsidio a la oferta.** En los casos de subsidio a la oferta, la Adres girará directamente a los hospitales públicos, de acuerdo con los presupuestos globales prospectivos que se establezcan, y girará a la entidad territorial lo correspondiente a las actividades de salud pública e intervenciones colectivas según lo establecido en las normas legales vigentes.
- i) No habrá integración vertical.** Las gestoras integrales de salud (GIS) no podrán prestar servicios de salud directamente a sus usuarios, lo harán a través de contratación con instituciones prestadoras de salud (IPS), públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados.

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

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

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

El sistema unificado de tarifas tendrá dentro de los modos de pago un componente importante ligado al cumplimiento de metas que midan las actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

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

El Ministerio de Salud tendrá un (1) año a partir de la aprobación de la presente ley para emitir el sistema unificado de tarifas; en todo caso, las mismas no podrán ser inferiores a las establecidas en el manual tarifario SOAT de la vigencia respectiva y deberá ser actualizado anualmente según el IPC.

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

Artículo 7°. Evaluación del sistema. A partir del año 2019, cada dos (2) años, el Gobierno nacional evaluará el Sistema de acuerdo con los siguientes criterios:

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

El informe de evaluación será presentado por el Ministro de Salud y Protección Social al Congreso de la República previa la revisión que realice una comisión que para el efecto designen las Comisiones Séptimas Permanentes del Congreso de la República. No obstante lo anterior, el Ministro debe presentar informes de seguimiento cada año a las mencionadas comisiones.

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

CAPÍTULO III

Manejo unificado de los recursos del Sistema

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

Artículo 9°. Funciones de la Adres. Para desarrollar el objeto, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) tendrá, además de las funciones contempladas en la legislación vigente, las siguientes funciones:

- a) Administrar el registro al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los residentes en el territorio colombiano;
- b) Recaudar y administrar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Único de Salud y las demás que la ley determine;
- c) Ordenar y pagar directamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, previa verificación y aceptación por parte de las gestoras integrales de salud (GIS), de acuerdo al procedimiento descrito en la presente ley;
- d) Efectuar los giros directos en nombre de las gestoras integrales de salud (GIS) o las entidades territoriales y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema;
- e) Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución de riesgo;
- f) Administrar la información relativa a la afiliación, cotización, registro de novedades, registro de actividades de facturación y manejo de los recursos del Sistema, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social;
- g) Implementar métodos de auditoría para verificar la información sobre resultados en salud y mecanismos de ajuste de riesgo;
- h) Adelantar las auditorías para el reconocimiento y pago de servicios de salud.

- i) Realizar el proceso de pago al beneficiario de licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general previa verificación y notificación realizada por los gestores de servicios de salud (GIS);
- j) Gestión del riesgo financiero del sector salud;
- k) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.

Parágrafo 1°. La determinación de las obligaciones y el cobro coactivo derivados del pago por menor labor o el no pago de las cotizaciones en salud que deben realizar las personas naturales y jurídicas serán adelantados por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) bajo las reglas del Estatuto Tributario. Las cotizaciones en salud son imprescriptibles, al igual que las acciones que procedan para el recaudo de las mismas.

Parágrafo 2°. El giro a los prestadores de servicios de salud y proveedores por los servicios y tecnologías contenidos en el plan de beneficios individual se hará de manera directa. Será responsabilidad de los gestores de servicios de salud y los prestadores de servicios de salud depurar la información financiera en los términos que para el efecto señale el reglamento.

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

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

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

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

- a) Pago por resultado a las gestoras integrales de salud (GIS), de conformidad con los criterios establecidos en la presente ley;
- b) Recursos para el fortalecimiento y ajuste de la red pública hospitalaria. Este gasto se hará siempre y cuando en la respectiva vigencia

se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud;

- c) Acciones de salud pública o programas nacionales de promoción y prevención adicionales a los financiados con recursos del Sistema General de Participaciones;
- d) Administración, funcionamiento y operación de la entidad;
- e) Pago a prestadores de servicios de salud y proveedores;
- f) Las demás destinaciones que la ley expresamente haya definido su financiamiento con cargo a los recursos del Fosyga o la entidad que lo sustituya.

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

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

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

1. Una vez se preste el servicio de salud o se reciban bienes por parte de las instituciones encargadas, estas deberán presentar ante las gestoras integrales de salud (GIS) la cuenta de cobro o factura respectiva, la cual no podrá exceder los quince (15) días calendario desde el momento de la prestación efectiva al usuario. De no presentarse la factura con sus respectivos soportes en el tiempo señalado, la GIS ordenará el descuento del 10% del valor de la misma, el cual será administrado por la Adres y servirá para realizar el pago de los servicios excluidos de conformidad con lo establecido en la ley estatutaria de salud.
2. Una vez recibida la cuenta de cobro o factura, las gestoras integrales de salud (GIS), dentro de los quince (15) días calendario siguientes, visarán y autorizarán el pago por servicios prestados por las IPS públicas, privadas o mixtas o RIIS. En caso de presentarse glosas

en este proceso, las mismas deberán ser resueltas en el término señalado en el presente numeral, el cual solo podrá ser ampliado hasta por 10 diez días calendario siguientes al vencimiento del termino inicial.

3. La Adres, dentro de los quince (15) días calendario siguientes al recibo de las cuentas de cobro o facturas, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas el valor autorizado por parte de la respectiva gestora integral de salud (GIS) por los servicios de salud prestados y los bienes entregados. En los casos en que las cuentas se radiquen directamente ante la Adres, la misma se encargará de auditar la cuenta en un tiempo no superior a cinco (05) días calendario y su giro no podrá exceder de los quince (15) días siguientes.
4. En los ámbitos territoriales con modelos de atención en salud diferenciados cuyos hospitales funcionen con base en subsidios a la oferta, recibirán el pago por trimestre anticipado, correspondiente a los presupuestos globales prospectivos aprobados, los primeros diez (10) días hábiles de cada trimestre. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este giro teniendo en cuenta la modulación por resultados de salud del trimestre anterior.
5. En caso de conflicto entre las GIS y una IPS específica o una red de servicios para efectos del reconocimiento y pago de los servicios prestados y de los bienes entregados, a solicitud de alguna de las partes, intervendrá la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que resolverá las diferencias en un término no superior a 30 días y notificará a la Adres para efectos del pago en los siguientes 10 días. La Superintendencia reglamentará la materia, incluyendo medidas de fondo cuando los conflictos se hagan reiterados por parte de una o varias gestoras integrales de salud o prestadoras del servicio.
6. La Adres reconocerá un valor anual, el cual se pagará gradualmente dentro de los primeros ocho (8) días hábiles de cada mes, a las gestoras integrales de salud (GIS), los pagos correspondientes al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios señalados en la presente ley y los que se establezcan mediante reglamento. Los ajustes correspondientes a novedades no registradas en el momento del pago se incluirán en la siguiente cuenta.

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

Gestoras integrales de salud

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

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

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

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

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

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

Artículo 16. Funciones de las gestoras integrales de salud (GIS). Son funciones de las GIS las siguientes:

- a) Ejercer las funciones de aseguramiento social en salud, sin ánimo de lucro;
- b) Garantizar a sus usuarios las prestaciones en salud establecidas en el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud a ser financiadas con recursos públicos dentro del territorio en la cual está autorizada para operar, así como en todo el territorio nacional cuando se requieran servicios por fuera de esta, incluida la referencia y contrarreferencia dentro de las redes de prestadores de servicios de salud que conformen;
- c) Garantizar red de servicios para la cobertura y atención integral de prestación de servicios de salud en todos los municipios del área donde fue autorizada su operación;
- d) Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus usuarios registrados en las fases de identificación, caracterización e intervención;
- e) Suscribir contratos con los prestadores de servicios de salud que conforman 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;
- f) Coordinar con las entidades territoriales las acciones de salud pública en los territorios donde operen;
- g) Auditar las facturas por servicios prestados, realizar el reconocimiento de los montos a pagar y autorizar los giros directos desde la Adres a los prestadores de servicios de salud que hacen parte de la red y a los proveedores de medicamentos y dispositivos médicos;
- h) Contar con centros de atención permanente en todos los municipios y distritos de los territorios donde operen;
- i) Contar con un sistema de información al usuario sobre beneficios, redes de prestadores de servicios de salud, mecanismos de acceso general y de urgencias, trámites, quejas y reclamos, entre otros, disponible en todo el territorio nacional las 24 horas del día y todos los días del año;
- j) Entregar información a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Adres y al Ministerio de Salud y Protección Social sobre los resultados en salud que determine el Ministerio de Salud y Protección Social;
- k) Administrar la información clínica de sus usuarios para que esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud.
- l) Gestionar y hacer seguimiento y control de la información de tipo administrativo, financiero, de prestación de servicios, epidemiológico y de calidad que se genere en desarrollo de su actividad y de la de su Red de Prestadores de Servicios de Salud;
- m) Cumplir con las condiciones de habilitación y de permanencia de orden financiero, administrativo y técnico que soporten el cumplimiento de sus obligaciones, según las normas legales vigentes, ante la Superintendencia Nacional de Salud y Superintendencia Financiera;
- n) Contar con una auditoría concurrente e independiente que vigile el cumplimiento de las metas de cobertura, resultado y calidad en el servicio, por parte de los Prestadores de Servicios de Salud de su Red;
- o) Realizar ejercicios periódicos de rendición pública de cuentas sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio;
- p) Tramitar las incapacidades por enfermedad general y tramitar las licencias de materni-

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

q) Las demás que se establezcan en la ley.

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

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

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

Artículo 19. Sistema de pago por resultado. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por resultado que incentive a las Gestoras Integrales de Salud (GIS) a alcanzar los mayores logros posibles en el mejoramiento del estado de salud de la población, el mejoramiento de la calidad de la atención, la satisfacción y experiencia del usuario y la adecuada utilización de sus recursos.

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

- a) Satisfacción al usuario el cual se medirá por:
1. Número de quejas resueltas y tutelas falladas en contra de las entidades, por cada 1.000 usuarios.

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

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

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

Parágrafo. Para realizar una valoración objetiva y con el fin de determinar el valor o porcentaje

de pago por resultados a las GIS, se conformará una comisión integrada por 1 representante de los hospitales, 2 representantes de los trabajadores del sector salud, 1 representante de los pacientes, 1 representante de los gestores, 1 representante del Ministerio de Salud y 1 representante de la ADRES. El Gobierno nacional reglamentará el funcionamiento de la presente comisión, la cual actuará ad honorem y sus decisiones serán vinculantes.

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

CAPITULO V

Disposiciones finales

Artículo 21. Plazo para la implementación de la ley. La presente ley para su implementación tendrá un plazo máximo de dos (2) años, salvo en aquellos casos para los cuales se haya establecido un término o condición específica. El Gobierno nacional hará las apropiaciones presupuestales necesarias para su financiación.

Artículo 22. Transición del sistema. Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestoras Integrales de Salud (GIS) de conformidad con lo dispuesto en la presente ley.

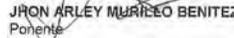
Durante el periodo de transición las Entidades Promotoras de Salud deberán mantener las condiciones de habilitación financiera relacionadas con el patrimonio y el margen de solvencia que tenían al momento de la entrada en vigencia de la presente ley.

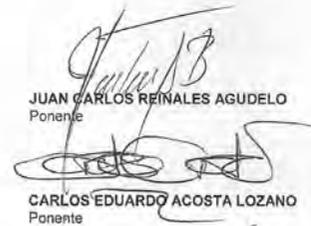
El Gobierno nacional definirá los procesos que se deberán surtir durante la transición para el registro, traslados y movimientos de afiliados o usuarios de las actuales Entidades Promotoras de Salud, y deberá garantizar la prestación y continuidad de los servicios médicos y especializados, así como los tratamientos en curso de los afiliados al Sistema que no hayan elegido Gestora Integral de Salud (GIS) en el nivel de especialidad que se encuentren.

Artículo 23. Vigencias y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

Cordialmente,


JOSE LUIS CORREA LOPEZ
Coordinador Ponente


JHON ARLEY MURILLO BENITEZ
Ponente


JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
Ponente


CARLOS EDUARDO ACOSTA LOZANO
Ponente

* * *

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 327 DE 2019 CÁMARA

por medio de la cual la nación conmemora la vida y obra del ilustre Juan Mario Laserna Jaramillo.

I. TRÁMITE DE LA INICIATIVA

El Proyecto de ley número 327 de 2019 Cámara fue radicado el día 19 de marzo de 2019 en la Secretaría General de la Cámara de Representantes por el Honorable Representante Ricardo Ferro Lozano.

La iniciativa fue aprobada en primer debate de Comisión Segunda de la Cámara de Representantes el día miércoles 22 de mayo de 2019.

El texto del proyecto de ley está publicado en la *Gaceta del Congreso* 156 de 2019. La ponencia del primer debate Cámara está publicada en la *Gaceta del Congreso* número 280 de 2019.

II. OBJETO DEL PROYECTO

El presente proyecto de ley tiene la siguiente finalidad:

- Rendir homenaje y honores al ilustre economista y político Juan Mario Laserna Jaramillo por su valioso y significativo aporte al desarrollo social, político y económico de la nación, especialmente al departamento del Tolima.
- Autorizar al Gobierno nacional y al Congreso de Colombia para rendir honores públicos al economista y político Juan Mario Laserna Jaramillo, en una ceremonia especial que se realizará en el municipio de Ibagué del departamento del Tolima.
- Autorizar al Gobierno nacional, a través del Ministerio de Cultura, para que incluya las partidas necesarias para dotar de los equipos e instrumentos necesarios para el funcionamiento misional de cada una de las salas del Panóptico de la ciudad de Ibagué del departamento del Tolima y la construcción de una

placa conmemorativa que llevará el nombre de Juan Mario Laserna Jaramillo.

III. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

En primer lugar, de acuerdo al Autor del Proyecto, esta es una ley de honores a la vida y obra de Juan Mario Laserna Jaramillo, *“Uno de los economistas más brillantes que ha tenido Colombia y además un político muy importante para el país. Juan Mario Laserna es de esas personas en las cuales confluyeron la tecnocracia y la política. Un ser humano apasionado por la educación y la cultura que en vida siempre quiso sacar adelante el Panóptico de Ibagué, que es uno de esos elefantes blancos que ha tenido nuestra ciudad”*.

Cabe mencionar que el Panóptico de Ibagué es de gran relevancia para el país. Es un proyecto que transformaría culturalmente la ciudad e impactaría positivamente el desarrollo del turismo de la misma. Han pasado varios años desde que se ideó este proyecto, desafortunadamente sus obras han quedado inconclusas. Dicha construcción fue declarada como monumento nacional en 1997, y en el continente sólo existen cuatro estructuras similares que se encuentran en Quito, Ciudad de México, Bogotá e Ibagué¹.

Juan Mario Laserna Jaramillo nació en el seno de una reconocida familia en el departamento del Tolima, hijo del fundador de la Universidad de Los Andes, Mario Laserna y Liliana Jaramillo, en Bogotá D. C. el veintiséis (26) de agosto de mil novecientos sesenta y siete (1967).

Laserna se destacó por ser una mente brillante. Se graduó como economista en la Universidad de Yale y unos años después en la Universidad de Stanford cursó un MBA con énfasis en finanzas. También realizó un posgrado en economía y seguridad en la Escuela de Estudios Internacionales de la Universidad Johns Hopkins.

Su labor como economista fue destacada por la Revista Dinero en días recientes:

“Laserna fue uno de los economistas más destacados en el país. Desarrolló una extensa carrera pública que inició en septiembre de 1990, cuando ingresó al Ministerio de Hacienda; de allí pasó a Planeación Nacional y fue consejero económico del presidente César Gaviria. Tras el nombramiento del expresidente en la Organización de Estados Americanos, fue a Washington como su secretario privado durante un año.

En el gobierno de Andrés Pastrana, fue viceministro de Hacienda y posteriormente director de Crédito Público. En 2005 fue nombrado por Álvaro Uribe como Codirector del Banco de la República, cargo al que renunció en 2009 para hacer campaña al Senado de la República entre 2010 y 2014.

*Tras no lograr su reelección en el Senado, pasó al sector privado como analista económico del programa periodístico en las mañanas La FM, y como Consejero Editorial en Revista Dinero, cargo que desempeñaba al momento del accidente que le costó la vida”*².

No cabe duda que Laserna fue una persona influyente en la historia de Colombia por sus aportes en temas macroeconómicos, así como también en análisis de la coyuntura económica a nivel mundial.

Este ilustre economista se caracterizó por ser un patriota garantista de las libertades en el marco de la paz, el orden público y la convivencia ciudadana. Su aguda inteligencia, pensamiento estratégico y talante firme lo convirtieron en uno de los economistas más brillantes y visionarios que ha tenido el país en los últimos años.

IV. JUSTIFICACIÓN JURÍDICA

Dentro de las facultades legislativas del Congreso de la República se le confiere a este, la función de rendir honores a algunos ciudadanos por servicios que estos hayan prestado a la nación, *“según el Artículo 150 de la Constitución Política de Colombia corresponde al Congreso hacer las leyes. Por medio de ellas ejerce las siguientes funciones: (...) 15. Decretar honores a los ciudadanos que hayan prestado servicios a la patria”*.

Adicionalmente, según la Constitución Política de Colombia en el artículo 70:

“El Estado tiene el deber de promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades, por medio de la educación permanente y la enseñanza científica, técnica, artística y profesional en todas las etapas del proceso de creación de la identidad nacional. La cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad. El Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las que conviven en el país. El Estado promoverá la investigación, la ciencia, el desarrollo y la difusión de los valores culturales de la nación”.

La Corte Constitucional en la Sentencia C-782 de 2001 menciona los objetivos de las leyes de honores y también sus implicaciones en materia de gasto público:

“El balance que debe existir entre la rama legislativa y ejecutiva en materias que involucran la creación de gastos se mantiene, pues es a través de una Ley de la República (609 de 2000) que se está autorizando el gasto público a favor de ciertas obras y causas de alguna forma relacionadas con la memoria del personaje al que se rinde honores. Al hacerlo, el Congreso ejerce una función propia

¹ Caracol Radio. Arrancan obras del Panóptico de Ibagué. 14 de diciembre de 2018. https://caracol.com.co/emisoras/2018/12/14/ibague/1544794878_690814.html

² Revista Dinero. Congreso homenajeará a Juan Mario Laserna. 21 de marzo de 2019. <https://www.dinero.com/edicion-impresa/pais/articulo/congreso-homenajeara-a-juan-mario-laserna/268740>

(artículo 150 numeral 15 C.P.) que en todo caso guarda proporción con las demás disposiciones en la materia, pues se mantienen incólumes la facultad del legislador para establecer las rentas nacionales y fijar los gastos de la administración (artículo 150 numeral II C. P.), la imposibilidad de hacer en tiempo de paz ningún gasto público que no haya sido decretado por el Congreso (artículo 345 C. P.), y la necesidad de incluir en la Ley de Apropriaciones partidas que correspondan a un gasto decretado conforme ley anterior (artículo 346 C. P.). También se preservan las atribuciones del Gobierno nacional en materia de hacienda pública pudiendo, entre otras cosas, elaborar anualmente el Presupuesto de Gastos y Ley de Apropriaciones que habrá de presentar ante el Congreso (artículo 346 C. P.)”.

V. IMPACTO FISCAL

De acuerdo con la normatividad correspondiente, el presente proyecto de ley en su artículo cuarto autoriza la inclusión de las partidas necesarias para culminar las obras del Panóptico de la ciudad de Ibagué del departamento del Tolima y la construcción de una placa conmemorativa que llevará el nombre de Juan Mario Laserna Jaramillo, para lo cual el Congreso cuenta con la facultad de incluir en las iniciativas legislativas decretos de gasto, sin que ello signifique la adición o modificación del Presupuesto General de la Nación, pues está en cabeza del Gobierno decidir si se incluye o no en el presupuesto anual las apropiaciones requeridas, el Congreso no puede, pues, emitir un imperativo en la inclusión del gasto.

La Corte Constitucional ratifica esto en la Sentencia C-399 de 2003, “el Congreso tiene la facultad de decretar gastos públicos, pero su incorporación en el presupuesto queda sujeta a una suerte de voluntad del Gobierno, en la medida en que tiene la facultad de proponer o no su inclusión en la ley”.

Según consideraciones del Ministerio de Hacienda, la entidad menciona: “que los gastos que genera esta iniciativa para la nación relacionados con la conmemoración y rendición de honores a la vida y obra del ilustre Juan Mario Laserna, podrán ser atendidos con recursos que serán incorporados en el Presupuesto General de la Nación en la medida que sean priorizados por la entidad competente en el marco de su autonomía y previa selección, de acuerdo a lo dispuesto para los Proyectos de Inversión del Banco Nacional de Programas y Proyectos de que trata el Decreto 111 de 1996”³.

Adicionalmente, la Sentencia C-755 de 2014 indica que:

³ Ministerio de Hacienda. Comentarios al texto propuesto para primer debate del Proyecto de ley No. 327 de 2019 Cámara, por medio de la cual la nación conmemora la vida y obra del ilustre Juan Mario Laserna Jaramillo”.

“... El criterio determinante para establecer si el Congreso violó la regla de iniciativa gubernamental en materia de gasto público no es el carácter imperativo del verbo. Por el contrario, se debe establecer si a partir del análisis integral de la ley surge de manera clara e inequívoca que el Congreso está dándole una orden al Gobierno para apropiar recursos en la ley de presupuesto respectiva. Si ello es así, la disposición analizada será inconstitucional. De lo contrario, ha de entenderse que es ajustada a la Carta Política. Adicionalmente, del análisis de la Jurisprudencia es necesario concluir también, que cuando en el Proyecto de Ley existe una disposición que le otorga la facultad al Gobierno, y por lo tanto no vulnera la regla constitucional de iniciativa gubernamental en materia de gasto público...”⁴.

VI. PROPOSICIÓN

Considerando los argumentos expuestos, presento ponencia positiva y solicito a los miembros de la honorable Cámara de Representantes dar segundo debate al Proyecto de ley número 327 de 2019 Cámara, por medio de la cual la nación conmemora la vida y obra del ilustre Juan Mario Laserna Jaramillo

JUAN DAVID VÉLEZ
Representante a la Cámara
Ponente (Coordinador)

JAIME ARMANDO YEPES
Representante a la Cámara
Ponente

GERMAN ALCIDES BLANCO
Representante a la Cámara
Ponente

GUSTAVO LONDOÑO GARCÍA
Representante a la Cámara
Ponente

TEXTO DE ARTICULADO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE PROYECTO DE LEY NÚMERO 327 DE 2019 CÁMARA

por medio de la cual la nación conmemora la vida y obra del ilustre Juan Mario Laserna Jaramillo.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. La República de Colombia conmemora la vida y obra del ilustre economista y político Juan Mario Laserna Jaramillo por su valioso y significativo aporte al desarrollo social, político y económico de la nación, especialmente al departamento del Tolima.

Artículo 2°. Ríndase honores públicos al economista y político Juan Mario Laserna Jaramillo, en una ceremonia especial que se realizará en el municipio de Ibagué del departamento del Tolima, y cuya fecha y hora serán programados por las Mesas Directivas del Congreso de la República, con la presencia del

⁴ Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-755 de 2014. M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

señor Presidente de la República y el Ministro de Cultura.

Artículo 3°. La copia de la presente ley será entregada al municipio de Ibagué, Tolima en letra de estilo, en acto especial y protocolario, cuya fecha, lugar y hora serán programados por las mesas directivas del Congreso de la República.

Artículo 4°. Autorízase al Gobierno nacional, a través del Ministerio de Cultura, para que incluya las partidas necesarias para dotar de los equipos e instrumentos necesarios para el funcionamiento misional de cada una de las salas del Panóptico de la ciudad de Ibagué del departamento del Tolima y la construcción de una placa conmemorativa que llevará el nombre de Juan Mario Laserna Jaramillo.

Artículo 5°. Autorícese al Gobierno nacional para realizar las apropiaciones presupuestales para la ejecución plena de lo dispuesto en la presente ley.

Artículo 6°. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación, y deroga todas las que le sean contrarias.

Cordialmente,

JUAN DAVID VÉLEZ
Representante a la Cámara
Ponente/Coordinador

JAIME ARMANDO YEPES
Representante a la Cámara
Ponente

GERMÁN ALCIDES BLANCO
Representante a la Cámara
Ponente

GUSTAVO LONDOÑO GARCÍA
Representante a la Cámara
Ponente

COMISIÓN SEGUNDA
CONSTITUCIONAL PERMANENTE
SUSTANCIACIÓN
PROYECTO DE LEY NÚMERO 327 DE
2019 CÁMARA

En sesión de la Comisión Segunda de la honorable Cámara de Representantes del día 22 de mayo de 2019 y según consta en el Acta número 19 de 2019, se le dio primer debate y se aprobó en votación ordinaria de acuerdo al artículo 129 de la Ley 5ª de 1992 (Ley 1431 de 2011), el Proyecto de ley número 327 de 2019 Cámara, *por medio de la cual la nación conmemora la vida y obra del ilustre Juan Mario Laserna Jaramillo*, sesión a la cual asistieron 18 honorables Representantes, en los siguientes términos:

Leída la proposición con que termina el informe de ponencia, se sometió a consideración y se aprobó por unanimidad en votación ordinaria.

Sometido a consideración, el articulado del Proyecto, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 280 de 2019, fue aprobado por unanimidad en votación ordinaria.

Leído el título del proyecto y preguntada la Comisión si quiere que este proyecto de ley pase

a segundo debate y sea ley de la República de conformidad con el artículo 130 inciso final de la Ley 5ª de 1992, se sometió a consideración y se aprobó por unanimidad en votación ordinaria.

La Mesa Directiva designó para rendir informe de ponencia en primer debate a los honorables Representantes *Juan David Vélez Trujillo*, ponente coordinador y *Jaime Armando Yepes Martínez*, ponente.

La Mesa Directiva designó a los honorables Representantes *Juan David Vélez Trujillo*, ponente coordinador, *Jaime Armando Yepes Martínez*, ponente, *Germán Alcides Blanco Álvarez*, ponente, y *Gustavo Londoño García*, ponente, para rendir informe de ponencia para segundo debate, dentro del término reglamentario.

El proyecto de ley fue radicado en la Comisión Segunda de la Cámara de Representantes el día 4 de abril de 2019.

El anuncio de este proyecto de ley en cumplimiento del artículo 8° del Acto Legislativo número 01 de 2003 para su discusión y votación se hizo en sesión del día 21 de mayo de 2019, Acta número 18, de sesión de Comisión Segunda de la Cámara de Representantes.

Publicaciones reglamentarias:

Texto proyecto de ley *Gaceta del Congreso* número 156 de 2019.

Ponencia primer debate Cámara *Gaceta del Congreso* número 280 de 2019.

OLGA LUCÍA GRAJALES GRAJALES
Secretaria
Comisión Segunda Constitucional Permanente

TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN
PRIMER DEBATE, EN SESIÓN DEL DÍA
22 DE MAYO DE 2019, ACTA 19 DE 2019,
CORRESPONDIENTE AL PROYECTO
DE LEY NÚMERO 327 DE 2019 CÁMARA

por medio de la cual la nación conmemora la vida y obra del ilustre Juan Mario Laserna Jaramillo.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. La República de Colombia conmemora la vida y obra del ilustre economista y político Juan Mario Laserna Jaramillo por su valioso y significativo aporte al desarrollo social, político y económico de la nación, especialmente al departamento del Tolima.

Artículo 2°. Ríndase honores públicos al economista y político Juan Mario Laserna Jaramillo, en una ceremonia especial que se realizará en el municipio de Ibagué del departamento del Tolima, y cuya fecha y hora

serán programados por las Mesas Directivas del Congreso de la República, con la presencia del señor Presidente de la República y el Ministro de Cultura.

Artículo 3°. La copia de la presente ley será entregada al municipio de Ibagué, Tolima en letra de estilo, en acto especial y protocolario, cuya fecha, lugar y hora serán programados por las mesas directivas del Congreso de la República.

Artículo 4°. Autorízase al Gobierno nacional, a través del Ministerio de Cultura, para que incluya las partidas necesarias para dotar de los equipos e instrumentos necesarios para el funcionamiento misional de cada una de las salas del Panóptico de la ciudad de Ibagué del departamento del Tolima y la construcción de una placa conmemorativa que llevará el nombre de Juan Mario Laserna Jaramillo.

Artículo 5°. Autorícese al Gobierno nacional para realizar las apropiaciones presupuestales para la ejecución plena de lo dispuesto en la presente ley.

Artículo 6°. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación, y deroga todas las que le sean contrarias.

En sesión del día 22 de mayo de 2019, fue aprobado en primer debate el Proyecto de ley número 327 de 2019 Cámara, *por medio de la cual la nación conmemora la vida, y obra del ilustre Juan Mario Laserna Jaramillo*, el cual fue anunciado en la sesión de la Comisión Segunda de la Cámara de Representantes, el día 21 de mayo de 2019, Acta 18, de conformidad con el artículo 8° del Acto Legislativo número 01 de 2003.



ANATOLIO HERNÁNDEZ LOZANO
Presidente

CARLOS ADOLFO ARDILA ESPINOSA
Vicepresidente

OLGA LUCÍA GRAJALES GRAJALES
Secretaria

COMISIÓN SEGUNDA CONSTITUCIONAL PERMANENTE

Bogotá D. C., junio 11 de 2019

Autorizamos el informe de ponencia para segundo debate, correspondiente al Proyecto de Ley número 327 de 2019 Cámara, *por medio de la cual la nación conmemora la vida y obra del ilustre Juan Mario Laserna Jaramillo*.

El proyecto de ley fue aprobado en Primer debate en sesión del día 22 de mayo de 2019, Acta número 19.

El anuncio de este proyecto de ley en cumplimiento del artículo 8° del Acto Legislativo número 01 de 2003 para su discusión y votación, se hizo en sesión del día 21 de mayo de 2019, Acta número 18.

Publicaciones reglamentarias:

Texto proyecto de ley *Gaceta del Congreso* número 156 de 2019.

Ponencia primer debate Cámara, *Gaceta del Congreso* número 280 de 2019.



ANATOLIO HERNÁNDEZ LOZANO
Presidente

CARLOS ADOLFO ARDILA ESPINOSA
Vicepresidente

OLGA LUCÍA GRAJALES GRAJALES
Secretaria Comisión Segunda

* * *

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 371 DE 2019 CÁMARA

por medio de la cual se reconoce como patrimonio cultural inmaterial de la nación el Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piqueria, del municipio de Pivijay (Magdalena) y se dictan otras disposiciones.

Bogotá D. C., mayo de 2019

Honorable Representante

ANATOLIO HERNÁNDEZ LOZANO

Presidente

Comisión Segunda Constitucional

Cámara de Representantes

Ciudad.

Referencia: Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 371 de 2019 Cámara, *por medio de la cual se reconoce como patrimonio cultural inmaterial de la Nación el Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piqueria, del municipio de Pivijay (Magdalena) y se dictan otras disposiciones.*

Honorables Representantes:

En cumplimiento del encargo hecho por la Mesa Directiva de la Comisión Segunda Constitucional de la Cámara de Representantes y de conformidad con lo establecido en los artículos 153 y 156 de la Ley 5ª de 1992, se procede a rendir Informe de Ponencia para Segundo Debate en Cámara al Proyecto de ley número 371 de 2019 Cámara. El informe de ponencia de este proyecto de ley se rinde en los siguientes términos:

I. TRÁMITE DE LA INICIATIVA

El Proyecto de ley número 371 de 2019 Cámara fue radicado el día 9 de abril de 2019 en la Secretaría General de la Cámara de Representantes por el honorable Representante Franklin del Cristo Lozano de la Ossa y publicado en la *Gaceta del Congreso* número 227 de 2019.

Para primer debate fui designado como ponente mediante oficio de fecha 29 de abril de 2019, notificado el 2 de mayo del mismo año. La ponencia para primer debate fue publicada en la *Gaceta del Congreso* número 356 de 2019.

Para segundo debate fui designado como ponente mediante oficio de fecha 22 de mayo de 2019, notificado el mismo día.

II. OBJETO DEL PROYECTO

El proyecto de ley tiene por finalidad los siguientes propósitos:

1. Que el “Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería, del municipio de Pivijay (Magdalena)” sea declarado patrimonio cultural inmaterial de la nación.
2. Que el mismo sea incluido en la “Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial del Ámbito Nacional”, con su respectivo plan especial de salvaguardia, acuerdo social para la identificación, revitalización, documentación, divulgación y protección.

III. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

a) Motivos

Como lo expresa el honorable Representante Franklin del Cristo Lozano de la Ossa, autor de este proyecto de ley, el Patrimonio Cultural Inmaterial de Colombia se puede definir como “todo el conocimiento, expresión, manifestación y práctica de una comunidad que se transmite de una generación a otra generación que le dan sentido a la identidad, y pertenencia histórica”.

Para asegurar una mayor defensa y difusión de este patrimonio, y sensibilizar a la población sobre su importancia, se creó la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad (LRPCIH).

Esta lista está compuesta por un conjunto relevante de manifestaciones de patrimonio cultural inmaterial, que son incorporadas a un catálogo especial, mediante un acto administrativo de la autoridad competente; es así, como la “música vallenata tradicional del Caribe Colombiano”, fue incorporada a esta lista y dentro de los municipios que la representan se encuentra el municipio de Pivijay en el departamento del Magdalena.

El propósito de la presente iniciativa es fortalecer la cohesión social de la cultura caribe y colombiana, reconociendo que el “Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería, del municipio de Pivijay (Magdalena)” es una festividad cultural tradicional de carácter colectivo y participativo y es considerado un evento social periódico y que construye con el paso del tiempo la identidad de los pivijayeros.

b) Antecedentes

Los españoles José Flórez de Longoria, Juan Valera y Antonio Sánchez fundaron Pivijay en el año 1774. En 1912 se constituyó como municipio

del departamento de Magdalena. Estudiosos del Folclor Vallenato, como Tomás Darío Gutiérrez Hinojosa, asegura que el gusto musical de sus pobladores gira en torno al género vallenato puesto que el territorio de Pivijay está ubicado en el centro occidente del departamento del Magdalena, enmarcado en el extenso Valle del Cacique Upar, en una zona denominada ‘Vallenato Ribereño’ (por la cercanía al río Magdalena).

El “Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería” es el evento que, sin duda, representa la identidad cultural de Pivijay; ya que es uno de los pueblos con mayor influencia de la música vernácula, tras ostentar dos coronas profesionales en el Festival de la Leyenda Vallenata: Cristian Camilo Peña y Alberto “Beto” Villa.

El festival nació en 1989 por instancias del entonces alcalde municipal, Eduardo Llanos Abdala (primer alcalde de Pivijay elegido por voto popular para el periodo de junio de 1988 a junio de 1990), quien en compañía de amigos cercanos como Ulises Medina, Rafael Ortiz, Jorge Sierra, Alberto de la Cruz, Alcibiades Yancy, Salustiano Samper, Eduardo Pertuz, José Antonio ‘Toño’ De la Hoz, José ‘Pepe’ Orozco, Agustín Bustamante, José de Jesús Polo, entre otros, creó el ‘Primer Concurso de Acordeoneros de la Música Vallenata’ (que después adoptó el nombre de ‘Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería’), mediante el decreto número 034 del 21 de marzo de 1989, para que se realizara del 28 al 30 de mayo de 1989, como un agregado a las fiestas patronales de ‘San Fernando Rey’.

El “Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería” comenzó en 1989 solo con las categorías de acordeoneros aficionados y piquería; en 1990 le sumaron la categoría de canción inédita; en 1997, en la octava edición, le agregaron la categoría de acordeoneros profesionales; y en el 2001, en la décimo segunda versión, le añadieron la categoría de acordeoneros infantiles.

El 2002 fue uno de los años en los que no fue posible organizar el festival. En esta ocasión la imposibilidad se debió a que carecía de personería jurídica, la cual se obtuvo ese año, con el nombre “Fundación Festival Provinciano de Acordeones”. La fundación tiene como principal objetivo organizar el “Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería”. Igualmente, dentro de las funciones de la fundación está recopilar, clasificar, archivar y difundir todo escrito y documento en general relacionado con la música, los cantos, la cultura y el festival.

En el 2003, durante la décimo tercera edición del “Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería”, se inauguró la imponente ‘Plaza de Los Gallos’ y en ella la tarima ‘Abel Antonio Villa’, donde se han realizado siete

certámenes: cinco entre el 2003 y el 2007, uno en el 2009 y el último en el 2014.

Doce años más tarde, mediante la Resolución 1321 de 2014, se resolvió incluir la “música vallenata tradicional del Caribe colombiano” en la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial (LRPCI) del ámbito nacional, se aprobó el Plan Especial de Salvaguardia (PES) y el ámbito de aplicación que son en el departamento del Cesar, La Guajira y el Magdalena en los municipios de Aracataca, Ariguaní, Cerro de San Antonio, Chivolo, Ciénaga, Concordia, El Piñón, Fundación, Granada Guama, **Pivijay**, Plato, Remolino, Retén, Santa Marta, Sevilla y Zapallán.

En el año 2015, durante la décima sesión del Comité Intergubernamental para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial se reconoció que el vallenato, como “elemento del patrimonio cultural, afrontaba una serie de amenazas, en particular las derivadas del conflicto armado existente en el país, exacerbado por el narcotráfico. Además, un nuevo tipo de vallenato está marginando el género musical tradicional y atenuando el papel que este desempeña en la cohesión social. Por último, cabe señalar que cada vez se usan menos los espacios callejeros para las parrandas vallenatas, con lo cual se corre el peligro de que desaparezca un medio importante de transmisión intergeneracional de los conocimientos y prácticas musicales”. Por lo que es necesario tomar acciones que reivindiquen el valor del género musical para la cultura nacional.

c) Justificación

Haciendo referencia a la justificación que propone el autor de este proyecto de ley, para el Ministerio de Cultura, el Patrimonio Cultural Inmaterial (PCI) son los usos, representaciones, expresiones, conocimientos, saberes y técnicas, junto con la elaboración y tradición de objetos y espacios culturales que les son inherentes a las comunidades, los grupos y en algunos casos los individuos reconozcan como parte integral de su patrimonio cultural. Las expresiones artísticas como la música y la danza cobran importancia pues transmiten valores de la comunidad y estéticos. Por esta razón la Unesco declaró, en el año 2015, el Vallenato como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad.

Aunque “la música vallenata tradicional del caribe colombiano” desde el año 2014 fue incluida en la Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial del ámbito nacional, y luego el 1° de diciembre de 2015 fue incluido en la LRPCI de la humanidad, es necesario que las expresiones culturales locales como el “Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería” sean reconocidas para garantizar su prolongación en el tiempo.

El “Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería” del municipio de Pivijay (Magdalena), cumple perfectamente con

los fundamentos materiales y jurídicos, para que se declare Patrimonio Cultural de la Nación, esta declaratoria permitiría la conservación y perpetuación de esta festividad, en la que se manifiesta la cultura de la comunidad del municipio en las generaciones presentes y se espera perpetuar para que las generaciones futuras lo conozcan y disfruten.

El Representante Lozano afirma que esta declaratoria, adicional a la protección que busca de las expresiones culturales y su conservación, contribuiría a un efectivo desarrollo social, económico y cultural del municipio, impactando positivamente a los pobladores y turistas, que podrán reconocer la riqueza natural, cultural, folclórica de la región.

d) Normatividad

El presente proyecto de ley se fundamenta en:

1. Marco constitucional

En primer lugar, los artículos 150 y 154 constitucionales revisten a los Congresistas de la facultad de presentar proyectos de ley y/o de acto legislativo; así mismo, nuestro sistema legal otorga al Congreso de la República la competencia de interpretar, reformar y derogar las leyes. También la Constitución establece herramientas en los artículos 334 y 366 para que el Estado propenda por el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos.

Adicionalmente, la Constitución Política establece en su artículo 70 el deber que tiene el Estado de promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades, por medio de la educación permanente y la enseñanza científica, técnica, artística y profesional en todas las etapas del proceso de creación de la identidad nacional.

Finalmente, en el artículo 72 se declara que el patrimonio cultural de la nación está bajo la protección del Estado.

2. Marco legal

Ley 45 de 1983, por medio de la cual se aprobó la “Convención para la Protección del Patrimonio Mundial, Cultural y Natural” de 1972.

Ley 397 de 1997, por la cual se desarrollan los artículos 70, 71 y 72 y demás artículos concordantes de la Constitución Política y se dictan normas sobre patrimonio cultural, fomentos y estímulos a la cultura, se crea el Ministerio de la Cultura.

Ley 1037 de 2006, por medio de la cual se aprueba la “Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial”, aprobada en el 2003 por la Conferencia General de la Unesco en su XXXII reunión.

Ley 1185 de 2008, la cual modificó la Ley General de Cultura (Ley 397 de 1997) fortalece el concepto de patrimonio cultural inmaterial y propone, en uno de sus capítulos, la salvaguardia, protección, recuperación, conservación,

sostenibilidad y divulgación del PCI (Patrimonio Cultural Inmaterial), con el propósito de que sirva de testimonio de la identidad cultural nacional, tanto en el presente como en el futuro.

Decreto 2941 de 2009, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 397 de 1997 modificada por la Ley 1185 de 2008 en lo correspondiente al Patrimonio Cultural de la Nación de naturaleza inmaterial.

e) Jurisprudencia constitucional

Sobre el patrimonio cultural inmaterial, la Corte Constitucional se pronunció sobre la importancia de la Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial en la Sentencia C-120 de 2008, así:

“La Convención tiene por finalidad el reconocimiento, respeto y salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial de la humanidad, cuya producción, preservación, mantenimiento, transmisión y recreación contribuyen a enriquecer la diversidad cultural y la creatividad humana, al tiempo que señala las formas de cooperación y asistencia internacional para el logro de dichos propósitos”.

(...) “Esta salvaguardia de las expresiones culturales inmateriales permite proteger las diversas costumbres y cosmovisiones de los grupos humanos asentados en los territorios de los Estados Parte, en especial de aquellas cuya expresión y transmisión se vale de herramientas no formales (tradiciones orales, rituales, usos, conocimientos de la naturaleza, etc.) y que, por ser en muchas ocasiones expresión de grupos minoritarios, tienen un alto riesgo de perderse o de ser absorbidas por las culturas mayoritarias. Por tanto, el objeto y fines de la Convención, derivados del concepto mismo de salvaguardia que se define en ella (identificación, documentación, investigación, preservación, protección, promoción, valorización, transmisión y revitalización del patrimonio cultural inmaterial –artículo 2º–), se ajusta a los mandatos constitucionales de reconocimiento de la diversidad, protección de las minorías y preservación del patrimonio cultural de la nación, expresamente consagrados en los artículos 2º, 7º y 72 de la Constitución Política”.

De otra parte, resaltando la importancia que le da el Estado a la cultura, la Corte Constitucional en Sentencia C-671 de 1999, manifestó:

“Uno de los aspectos novedosos de la Constitución de 1991, fue el de consagrar entre los derechos fundamentales el de ‘acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades’, norma esta en la cual, además, en forma precisa y de manera indiscutible, expresó el constituyente que ‘la cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad’ por eso a continuación la Constitución Política le ordena a las autoridades del Estado promover ‘la investigación, la ciencia, el desarrollo y la

difusión de los valores culturales de la nación’. Es decir, en adelante y a partir de la Constitución de 1991, la cultura no es asunto secundario, ni puede constituir un privilegio del que disfruten solamente algunos colombianos, sino que ella ha de extenderse a todos, bajo el entendido de que por constituir uno de los fundamentos de la nacionalidad su promoción, desarrollo y difusión es asunto que ha de gozar de la especial atención del Estado”.

En el proyecto de ley se establece que la administración municipal de Pivijay y la administración departamental del Magdalena estarán autorizadas para asignar partidas presupuestales de su respectivo presupuesto anual, para el cumplimiento de las disposiciones aquí consagradas, y que será el Gobierno nacional quien discrecionalmente adopte el mecanismo de financiación. Desarrollando los principios jurisprudenciales que justifican la concurrencia de la nación y las entidades territoriales en el diseño y desarrollo de programas como lo ha mencionado la Corte Constitucional:

“El carácter unitario que el Constituyente le dio al Estado y la vigencia en el mismo de principios como el de la solidaridad y la participación comunitaria, justifican la concurrencia de la nación y de las entidades territoriales en el diseño y desarrollo de programas y proyectos dirigidos a garantizar el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida, pues sólo así será posible avanzar en la realización efectiva de principios también de rango constitucional, como por ejemplo el de descentralización y autonomía territorial.

“Pretender, como lo manifiesta el demandante que los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad sólo operen a nivel territorial despojando a la nación de esa responsabilidad en tanto orientadora de la dinámica de la descentralización, contrariaría el fundamento filosófico en el que se soporta el Estado social de derecho. (Corte Constitucional. Sentencia C-201 de 1998).

IV. IMPACTO FISCAL

De conformidad con el ordenamiento jurídico y la jurisprudencia constitucional el Congreso de la República tiene iniciativa en materia de gasto público. En consecuencia, el legislativo se encuentra facultado para presentar y aprobar proyectos de ley que comporten gasto, sin perjuicio que la inclusión de dicho gasto en las partidas presupuestales anuales sea iniciativa exclusiva del Gobierno.

Así lo ha confirmado la Corte Constitucional en sentencias como la C-343 de 1995, C-360 de 1996, C-782 de 2001, C-015A de 2009, entre otras, en las que concluye que a través de iniciativa parlamentaria se pueden promover leyes que decreten gasto público, y que sirven como *“título para que posteriormente, a iniciativa*

del Gobierno, se incluyan en la ley anual del presupuesto las partidas necesarias para atender esos gastos”¹.

V. PROPOSICIÓN

Considerando los argumentos expuestos, presento ponencia positiva y solicito a los miembros de la honorable Cámara de Representantes dar Segundo Debate al proyecto de ley número 371 de 2019 Cámara, *por medio de la cual se reconoce como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Nación el Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería, del municipio de Pivijay (Magdalena) y se dictan otras disposiciones.*

Cordialmente,



JORGE ENRIQUE BENEDETTI M.
Representante a la Cámara
Ponente

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 371 DE 2019 CÁMARA

por medio de la cual se reconoce como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Nación el Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería, del municipio de Pivijay (Magdalena) y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia
DECRETA:

Artículo 1°. La presente ley tiene como objetivo, declarar patrimonio cultural inmaterial de la Nación el Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería, del municipio de Pivijay (Magdalena).

Artículo 2°. Se le otorga la facultad al Gobierno nacional a través del Ministerio de la Cultura, para que incluya en la lista representativa de patrimonio cultural inmaterial (LRPCI) del ámbito nacional, el Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería, del municipio de Pivijay (Magdalena).

Artículo 3°. Autorízase al Gobierno nacional, a través del Ministerio de la Cultura, incluir en el Banco de Proyectos del Ministerio de la Cultura, el Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería, del municipio de Pivijay (Magdalena).

Artículo 4°. Autorizar al Gobierno nacional, a través del Ministerio de la Cultura, la declaración de bien de Interés Cultural de la Nación a la Plaza de los Gallos, lugar donde se desarrolla el Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y

Piquería Abel Antonio Díaz, del municipio de Pivijay (Magdalena).

Artículo 5°. Declárese a la Fundación Festival Provinciano de Acordeones como la creadora, gestora y promotora del Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería, del municipio de Pivijay (Magdalena).

Artículo 6°. El municipio de Pivijay y/o Fundación Festival Provinciano de Acordeones y el departamento del Magdalena, elaborarán la postulación del Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería, del municipio de Pivijay (Magdalena), a la lista representativa de patrimonio cultural inmaterial y el plan especial de salvaguardia (PES). Así como, la postulación a la lista indicativa de candidatos a bienes de interés cultural LICBIC y el plan especial de manejo y protección de las actividades y escenarios que se utilizan para la realización del Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería, del municipio de Pivijay (Magdalena).

Artículo 7°. La nación, a través del Ministerio de la Cultura, contribuirá al fomento, promoción, difusión, conservación, protección y desarrollo del Patrimonio Cultural material e inmaterial del Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería, del municipio de Pivijay (Magdalena).

Artículo 8°. A partir de la vigencia de la presente ley, la administración municipal de Pivijay y la administración departamental del Magdalena estarán autorizadas para asignar partidas presupuestales de su respectivo presupuesto anual, para el cumplimiento de las disposiciones consagradas en la presente ley.

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

Cordialmente,



JORGE ENRIQUE BENEDETTI M.
Representante a la Cámara
Ponente

COMISIÓN SEGUNDA CONSTITUCIONAL PERMANENTE SUSTANCIACIÓN PROYECTO DE LEY NUMERO NÚMERO 371 DE 2019 CÁMARA

En sesión de la Comisión Segunda de la honorable Cámara de Representantes del día 22 de mayo de 2019 y según consta en el Acta número 19 de 2019, se le dio primer debate y se aprobó en votación ordinaria de acuerdo al artículo 129 de la Ley 5ª de 1992 (Ley 1431 de 2011), el Proyecto de ley número 371 de 2019 Cámara, *por medio de la cual se reconoce como patrimonio cultural inmaterial de la nación el festival provinciano de acordeones,*

¹ Sentencia C-343 de 1995, Corte Constitucional.

canción inédita y Piqueria, del municipio de Pivijay (Magdalena), y se dictan otras disposiciones, sesión a la cual asistieron 18 honorables Representantes, en los siguientes términos:

Leída la proposición con que termina el informe de ponencia, se sometió a consideración y se aprobó por unanimidad en votación ordinaria.

Sometido a consideración, el articulado del Proyecto, publicado en la **Gaceta del Congreso** número 356 de 2019, fue aprobado por unanimidad en votación ordinaria.

Leído el título del proyecto y preguntada la Comisión si quiere que este proyecto de ley pase a segundo debate y sea ley de la República de conformidad con el artículo 130 inciso final de la Ley 5ª de 1992, se sometió a consideración y se aprobó por unanimidad en votación ordinaria.

La Mesa Directiva designó para rendir informe de ponencia en primer debate al honorable Representante Jorge Enrique Benedetti Martelo.

La Mesa Directiva designó al honorable Representante Jorge Enrique Benedetti Martelo, para rendir informe de ponencia para segundo debate, dentro del término reglamentario.

El proyecto de ley fue radicado en la Comisión Segunda de la Cámara de Representantes el día 25 de abril de 2019.

El anuncio de este proyecto de ley en cumplimiento del artículo 8º del Acto Legislativo número 01 de 2003 para su discusión y votación se hizo en sesión del día 21 de mayo de 2019, Acta número 18, de sesión de Comisión Segunda de la Cámara de Representantes.

Publicaciones reglamentarias:

Texto proyecto de ley **Gaceta del Congreso** número 227 de 2019.

Ponencia primer debate Cámara **Gaceta del Congreso** número 356 de 2019.



OLGA LUCÍA GRAJALES GRAJALES
Secretaria

Comisión Segunda Constitucional Permanente

TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE, EN SESIÓN DEL DÍA 22 DE MAYO DE 2019, ACTA 19 DE 2019, CORRESPONDIENTE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 371 DE 2019 CÁMARA

por medio de la cual se reconoce como patrimonio cultural inmaterial de la nación el festival provinciano de acordeones, canción inédita y Piqueria, del municipio de Pivijay (Magdalena), y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. La presente ley tiene como objetivo declarar patrimonio cultural inmaterial de

la Nación el Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería, del municipio de Pivijay (Magdalena).

Artículo 2º. Se le otorga la facultad al Gobierno nacional a través del Ministerio de la Cultura para que incluya en la Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial (LRPCI), del ámbito nacional, el Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería, del municipio de Pivijay (Magdalena).

Artículo 3º. Autorízase al Gobierno nacional, a través del Ministerio de la Cultura, incluir en el Banco de Proyectos del Ministerio de la Cultura el Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería, del municipio de Pivijay (Magdalena).

Artículo 4º. Autorizar al Gobierno nacional, a través del Ministerio de la Cultura, la declaración de bien de interés cultural de la nación a la Plaza de los Gallos, lugar donde se desarrolla el Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería Abel Antonio Díaz, del municipio de Pivijay (Magdalena).

Artículo 5º. Declárese a la Fundación Festival Provinciano de Acordeones como la creadora, gestora y promotora del Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería, del municipio de Pivijay (Magdalena).

Artículo 6º. El Municipio de Pivijay y/o Fundación Festival Provinciano de Acordeones y el Departamento del Magdalena elaborarán la postulación del Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piqueria, del municipio de Pivijay (Magdalena), a la lista representativa de patrimonio cultural inmaterial y el Plan Especial de Salvaguardia (PES). Así como la postulación a la Lista Indicativa de Candidatos a Bienes de Interés Cultural (LICBIC) y el plan especial de manejo y protección de las actividades y escenarios que se utilizan para la realización del Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piqueria, del municipio de Pivijay (Magdalena).

Artículo 7º. La nación, a través del Ministerio de la Cultura, contribuirá al fomento, promoción, difusión, conservación, protección y desarrollo del patrimonio cultural material e inmaterial del Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piqueria, del municipio de Pivijay (Magdalena).

Artículo 8º. A partir de la vigencia de la presente ley, la Administración municipal de Pivijay y la Administración departamental del Magdalena estarán autorizadas para asignar partidas presupuestales de su respectivo presupuesto anual para el cumplimiento de las disposiciones consagradas en la presente ley.

Artículo 9º. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación.

En sesión del día 22 de mayo de 2019, fue aprobado en primer debate el Proyecto de ley número 371 de 2019 Cámara, *por medio de la cual se reconoce como patrimonio cultural inmaterial de la nación el festival provinciano de acordeones, canción inédita y Piquería, del municipio de Pivijay (Magdalena), y se dictan otras disposiciones*, el cual fue anunciado en la sesión de la Comisión Segunda de la Cámara de Representantes, el día 21 de mayo de 2019, Acta 18, de conformidad con el artículo 8° del Acto Legislativo número 01 de 2003.



**COMISIÓN SEGUNDA
CONSTITUCIONAL PERMANENTE**

Bogotá D. C., mayo 30 de 2019

Autorizamos el informe de ponencia para segundo debate, correspondiente al Proyecto de ley número 371 de 2019 Cámara, *por medio de la cual se reconoce como patrimonio cultural inmaterial de la nación el festival provinciano de acordeones, canción inédita y piquería, del municipio de Pivijay (Magdalena) y se dictan otras disposiciones*.

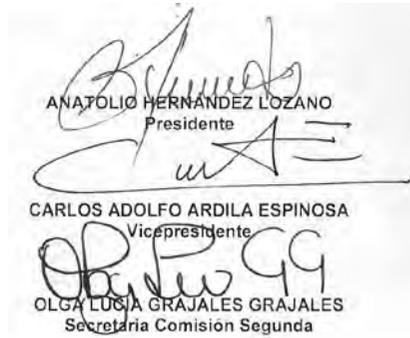
El proyecto de ley fue aprobado en primer debate en Sesión del día 22 de mayo de 2019, Acta número 19.

El anuncio de este proyecto de ley en cumplimiento del artículo 8° del Acto Legislativo número 01 de 2003 para su discusión y votación, se hizo en sesión del día 21 de mayo de 2019, Acta número 18.

Publicaciones reglamentarias:

Texto proyecto de ley *Gaceta del Congreso* número 227 de 2019.

Ponencia primer debate Cámara *Gaceta del Congreso* número 356 de 2019.



CONTENIDO

Gaceta número 547 - viernes 14 de junio de 2019

CÁMARA DE REPRESENTANTES

Págs.

PONENCIAS

Informe de ponencia, texto propuesto para segundo debate y texto definitivo aprobado en primer debate al proyecto de ley número 062 de 2018 Cámara, por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.....	1
Informe de ponencia, texto de articulado propuesto para segundo debate y texto definitivo aprobado en primer debate al proyecto de ley número 327 de 2019 Cámara, por medio de la cual la nación conmemora la vida y obra del ilustre Juan Mario Laserna Jaramillo	24
Informe de ponencia, texto propuesto para segundo debate y texto definitivo aprobado en primer debate al proyecto de ley número 371 de 2019 Cámara, por medio de la cual se reconoce como patrimonio cultural inmaterial de la nación el Festival Provinciano de Acordeones, Canción Inédita y Piquería, del municipio de Pivijay (Magdalena) y se dictan otras disposiciones.....	28