



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° 1234

Bogotá, D. C., martes, 17 de diciembre de 2019

EDICIÓN DE 28 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 279 DE 2019 SENADO

por medio de la cual se crea la Óptima Acreditación de Calidad en Salud, se crean las Entidades de Apoyo a la Salud y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 16 de diciembre de 2019

Senador

LIDIO GARCÍA TURBAY

Presidente

Senado de la República

Asunto: Radicación Proyecto de ley número 279 de 2019 Senado, *por medio de la cual se crea la Óptima Acreditación de Calidad en Salud, se crean las Entidades de Apoyo a la Salud y se dictan otras disposiciones.*

Honorable Presidente:

De conformidad con lo establecido en la Ley 5ª de 1992, se presenta a consideración del honorable Senado de la República de Colombia el siguiente proyecto de ley:

“Por medio de la cual se crea la Óptima Acreditación de Calidad en Salud, se crean las Entidades de Apoyo a la Salud y se dictan otras disposiciones”.

Atentamente,

Honorable Presidente:
De conformidad con lo establecido en la Ley 5ª de 1992, se presenta a consideración del Honorable Senado de la República de Colombia el siguiente Proyecto de Ley:
“Por medio de la cual se crea la Óptima Acreditación de Calidad en Salud, se crean las Entidades de Apoyo a la Salud y se dictan otras disposiciones”
Atentamente,
ALVARO URIBE VÉLEZ
H. Senador de la República
FABIAN GERARDO CASTILLO
H. Senador de la República
JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA
H. Representante a la Cámara
PAOLA HOLGUÍN
www.imprenta.gov.co

1. PROYECTO DE LEY ____ DE 2019

por medio de la cual se crea la Óptima Acreditación de Calidad en Salud, se crean las Entidades de Apoyo a la Salud y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto crear las Entidades de Apoyo a la Salud (EAS) y diferenciarlas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de conformidad con el cumplimiento de los requisitos para la Óptima Acreditación de Calidad en Salud, que establezca el Ministerio de Salud, con el fin de promover la calidad y buenas prácticas en la prestación del servicio de salud y transparencia en el manejo de los recursos.

Artículo 2º. Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), públicas, privadas o mixtas, que cumplan con los requisitos de la Óptima Acreditación de Calidad en Salud, que determine el Gobierno nacional, continuarán desarrollando funciones propias del aseguramiento en salud.

Parágrafo. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), que cumplan los requisitos de la Óptima Acreditación de Calidad en Salud establecidos por el Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de

Salud, continuarán recibiendo pagos por concepto de Unidad de Pago por Capitación (UPC) y por prestación de servicios que no estén incluidos en el Plan Básico de Salud (PBS), conforme a lo ya establecido en la ley.

Artículo 3°. Entidades de Apoyo a la Salud. Son aquellas Entidades Promotoras de Salud (EPS) y entidades nuevas que se constituyan legalmente, que cumplan los requisitos de habilitación y funcionamiento, sin cumplir con los requisitos de la Óptima Acreditación de Calidad en Salud, establecidos por el Ministerio de Salud.

Estas entidades serán las encargadas de la afiliación, la contratación de los servicios, la auditoría de las cuentas médicas, las actividades de promoción y prevención en salud y la articulación de servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno al servicio de salud.

Artículo 4°. Prohibición de Integración Vertical a las Entidades de Apoyo a la Salud (EAS). Las Entidades de Apoyo a la Salud (EAS) no podrán prestar servicios de salud en instalaciones propias o con las cuales tengan algún tipo de vinculación. El Gobierno nacional reglamentará la materia para evitar que los socios de las Entidades de Apoyo a la Salud (EAS), propietarios, y familiares de estos, participen directa o indirectamente en la prestación del servicio y para evitar que terceros sustituyan a los reales interesados en la prestación del servicio.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con quienes contraten, deberán estar previamente autorizadas por la Superintendencia de Salud o la entidad en quien delegue el Ministerio de Salud.

Artículo 5°. Honorarios de las Entidades de Apoyo a la Salud. Las Entidades de Apoyo a la Salud (EAS), no manejarán recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) reconocerá por cada afiliado un valor mensual por concepto de honorarios a las Entidades de Apoyo a la Salud (EAS), conforme al cumplimiento de sus funciones y valorará entre otros: la excelente atención a los afiliados, calidad en los servicios prestados, transparencia en la administración de recursos y demás que establezca el Ministerio de Salud, quien establecerá los parámetros y estándares para remunerar la buena calidad de la salud, buen funcionamiento y prestación del servicio.

Artículo 6°. Reglamentación. El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud, dentro de los 6 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, reglamentará los requisitos y estándares para la Óptima Acreditación de Calidad en Salud que deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

La Superintendencia de Salud verificará el cumplimiento de dichos requisitos por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y establecerá plazos mínimos improrrogables para el

cumplimiento de los mismos, so pena de asignarle funciones y responsabilidades de Entidades de Apoyo a la Salud.

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

Atentamente,

Atentamente,

ALVARO URIBE VELEZ
H. Senador de la República

FABIAN GERARDO CASTILLO
H. Senador de la República

JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA
H. Representante a la Cámara

paola holguin

Jose Aro Polo

CHARLES MORA

Jacinto

Perez

2. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Con la expedición de la Ley 100 de 1993, se crearon las Entidades Promotoras de Salud, a las cuales se les ha atribuido desde la expedición de dicha norma diferentes funciones, entre otras: La afiliación de grupos de población no cubiertos por el Sistema de Seguridad Social en Salud, la implementación de mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional, la implementación de procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias a las instituciones prestadoras de servicios de salud, con las cuales se hayan establecido convenios o contratos en su área de influencia, o en cualquier lugar del territorio nacional, para brindarle una óptima, adecuada y eficiente calidad en la atención en caso de enfermedad del afiliado y su familia; la administración de la información relacionada con la salud del trabajador y su familia, las novedades laborales, los recaudos por cotizaciones y los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

Desde la expedición de dicha norma, se han beneficiado más de 22 millones de usuarios en Colombia, el número de afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, en los tres regímenes de afiliación a nivel nacional, Contributivo, Subsidiado y Regímenes especiales, se ha incrementado a lo largo de los últimos 23 años, lo que significa un aumento en la cobertura total del sistema, en el año 1995 gozaban de cobertura el 29,21% de la población colombiana, y lo que hasta el 2018 ha registrado del

Guerra de la Espriella, Gabriel Jaime Velasco Ocampo, José Aulo Polo Narváez, Jonatan Tamayo Pérez, Laura Ester Fortich Sánchez; honorables Representantes *Jennifer Kristin Arias Falla, Jairo Giovanni Cristancho Tarache.* La materia de que trata el mencionado proyecto de ley es competencia de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales.

El Secretario General,

Gregorio Eljach Pacheco.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

Diciembre 16 de 2019

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado proyecto de ley a la Comisión Séptima Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la *Gaceta del Congreso*.

Cúmplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Lidio Arturo García Turbay.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Gregorio Eljach Pacheco.

* * *

PROYECTO DE LEY NÚMERO 280 DE 2019
SENADO

por la cual se modifica 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 modificar 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.* Adiciónese los siguientes numerales al artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011:

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

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

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

Artículo 4°. *Protección de la salud como derecho y deber.* Toda persona, 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°. *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 en los casos en que las personas se afilien a Gestoras Integrales de Salud. En los demás casos las Entidades Promotoras de Salud continuarán con las funciones otorgadas por la ley para la prestación del servicio y la administración de los recursos.

- 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). En los casos en que el riesgo financiero es en cabeza de asegurador privado o mixto, los recursos se le girarán directamente a este con su respectivo porcentaje de administración, el cual se encargará de realizar el pago respectivo a los prestadores de servicios de salud.
- 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, 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, las GIS y las EPS 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.
- 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 Empresas Promotoras de Salud (EPS) y 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 EPS o 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 EPS, a las GIS y a los prestadores de los servicios; las Empresas Promotoras de Salud y 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) **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.

- l) **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 será compartido con las Empresas Promotoras de Salud (EPS) cuando estas cumplan los criterios de permanencia dentro del sistema. Dicha función será indelegable.

Artículo 6°. 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 7°. 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 de los usuarios registrados en las Gestoras Integrales de Salud (GIS), 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 8°. 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, dicha función podrá compartirse con las Empresas Promotoras de Salud (EPS);
- b) Recaudar y administrar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Único de Salud de los usuarios registrados en las Gestoras Integrales de Salud (GIS) 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, el cual será compartido con las Empresas Promotoras de Salud (EPS);
- k) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.

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

Parágrafo 2°. El giro a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores por los servicios y tecnologías contenidas en el plan de beneficios individual se harán de manera directa. Será responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud depurar la información financiera en los términos que para el efecto señale el reglamento.

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

Artículo 9°. *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 quienes tienen la obligación de aportar al Sistema y los aportes del empleador de los usuarios registrados en las Gestoras Integrales de Salud (GIS). 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 10. *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 ADRES 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 11. *Flujo de recursos.* El flujo de recursos será directo para las Gestoras Integrales de Salud (GIS), 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 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 12. Ajuste y redistribución de riesgo. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los mecanismos de ajuste y redistribución de riesgo entre las Empresas Promotoras de Salud y 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 13. 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 permanencia y habilitación y con lo establecido en la presente ley podrán continuar prestando el servicio previa evaluación de su margen de solvencia, patrimonio mínimo y condiciones de permanencia de parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Las EPS que no cumplan con los requisitos anteriores, deberán tener una medida de vigilancia especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, quien luego de una evaluación técnica, administrativa y financiera determinará la viabilidad de transformar dichas entidades en Gestoras Integrales de Salud (GIS), dicho análisis no podrá ser superior a dos (2) de implementación.

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS), cuyo informe de transformación en Gestoras Integrales de Salud (GIS) sea negativo, deberán proceder a su disolución y liquidación de manera inmediata y los usuarios deberán ser distribuidos en las Gestoras Integrales de Salud (GIS) o Empresas Promotoras de Salud (EPS), de conformidad con el estudio de pertinencia que para el caso haga la Superintendencia Nacional de Salud.

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 EPS, las GIS y los Prestadores de Servicios de Salud. Tampoco se permitirá la integración vertical u horizontal, directa o indirecta entre las EPS, las 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 Empresas Promotoras de Salud y 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 EPS y 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 EPS o la GIS que opere en el primer departamento deberá operar también en el último departamento y así sucesivamente.

Parágrafo 3°. El Gobierno nacional, reglamentará en un plazo no superior a seis (6) meses, la evaluación técnica, administrativa y financiera para la transformación de las Empresas Promotoras de Salud en Gestoras Integrales de Salud.

Artículo 14. 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 la Redes de Prestadores de Servicios de Salud en los territorios autorizados para operar y con los Prestadores de Servicios de Salud especial por fuera de estas. Los contratos deben cumplir con las condiciones que fije el Ministerio de Salud y Protección Social;
- f) Coordinar con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en los territorios donde operen;
- g) Auditar las facturas por servicios prestados, realizar el reconocimiento de los montos a pagar y autorizar los giros directos desde la ADRES a los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de la Red y a los proveedores de medicamentos y dispositivos médicos;
- h) Contar con centros de atención permanente en todos los municipios y distritos de los territorios donde operen;
- i) Contar con un sistema de información al usuario sobre beneficios, Redes de Prestadores de Servicios de Salud, mecanismos de acceso general y de urgencias, trámites, quejas y reclamos, entre otros, disponible en todo el territorio nacional las 24 horas del día y todos los días del año;
- j) Entregar información a la Superintendencia Nacional de Salud, a la ADRES y al Ministerio sobre los resultados en salud que determine el Ministerio de Salud y Protección Social;
- k) Administrar la información clínica de sus usuarios para que esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud;
- l) Gestionar y hacer seguimiento y control de la información de tipo administrativo, financiero, de prestación de servicios, epidemiológico y de calidad que se genere en desarrollo de su actividad y de la de su Red de Prestadores de Servicios de Salud;
- m) Cumplir con las condiciones de habilitación y de permanencia de orden financiero, administrativo y técnico que soporten el cumplimiento de sus obligaciones, según las normas legales vigentes, ante la Superintendencia Nacional de Salud y Superintendencia Financiera;

- n) Contar con una auditoría concurrente e independiente que vigile el cumplimiento de las metas de cobertura, resultado y calidad en el servicio, por parte de los Prestadores de Servicios de Salud de su Red;
- o) Realizar ejercicios periódicos de rendición pública de cuentas sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio;
- 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 15. 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 16. Sistema de pago por resultado. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por resultado que incentive a las Gestoras Integrales de Salud (GIS) a alcanzar los mayores logros posibles en el mejoramiento del estado de salud de la población, el mejoramiento de la calidad de la atención, la satisfacción y experiencia del usuario y la adecuada utilización de sus recursos.

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

- a) Satisfacción al usuario el cual se medirá por
 1. Número de quejas resueltas y tutelas falladas en contra de las entidades, por cada 1.000 usuarios.
 2. Encuesta de satisfacción cualitativa y cuantitativa, la cual se realizará una vez al año a los usuarios de cada GIS.
 3. Diseño de planes y programas de atención al usuario que incluyan un enfoque diferencial para poblaciones de difícil acceso, cobertura, resolutivez y interacción con el usuario, garantizando la atención en las regiones que no haya conectividad o tecnologías de la información.

- b) Cumplimiento y mejora en los indicadores del Plan Decenal de Salud Pública, atendiendo el enfoque diferencial por departamento, ciclo vital y población;
- c) Aplicación de las guías de atención expedidas por el Ministerio de Salud y su medición de adherencia. 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 representante de los trabajadores del sector salud, 1 representante de los pacientes, 1 representante de los gestores, 1 representante del Ministerio de Salud y 1 representante de la ADRES. El Gobierno nacional reglamentará el funcionamiento de la presente comisión, la cual actuará ad honorem y sus decisiones serán vinculantes.

Artículo 17. 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 honórem.

CAPÍTULO V

Disposiciones finales

Artículo 18. 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.

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

De los Honorables Senadores,



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

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

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

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

1. Ley 100 de 1993: “Por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral”; está compuesto por el Sistema de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales y otros Servicios Complementarios.
2. Ley 715 de 2001: a través de la cual se reforma el sistema de financiación del régimen subsidiado y se deroga la meta de universalización fijada por la Ley 100 de 1993.
3. Ley 1122 de 2007: “por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” con la que se busca mejorar algunos aspectos del sistema como dirección, control, y vigilancia, la prestación de los servicios de salud, la universalización, financiación y equilibrio del sistema.
4. Ley 1393 de 2010: “Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones” por medio de la cual se definen fuentes de recursos para la

financiación de la salud y se dictan medidas contra la evasión de aportes.

5. Ley 1164 de 2011: Ley de Talento Humano en Salud.
6. Ley 1438 de 2011: “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” en la que se realizan algunas modificaciones relacionadas con el principio de eficiencia en la prestación de los servicios salud, a fin de mejorar aspectos como la calidad, atención, acceso al sistema.
7. Ley 1751 de 2015: Consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección.
8. Ley 1797 de 2016: establece directrices para el saneamiento de las deudas del sector salud y el mejoramiento del flujo de recursos y de la calidad de la prestación de servicios de salud.

1. ASPECTOS GENERALES

1. EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

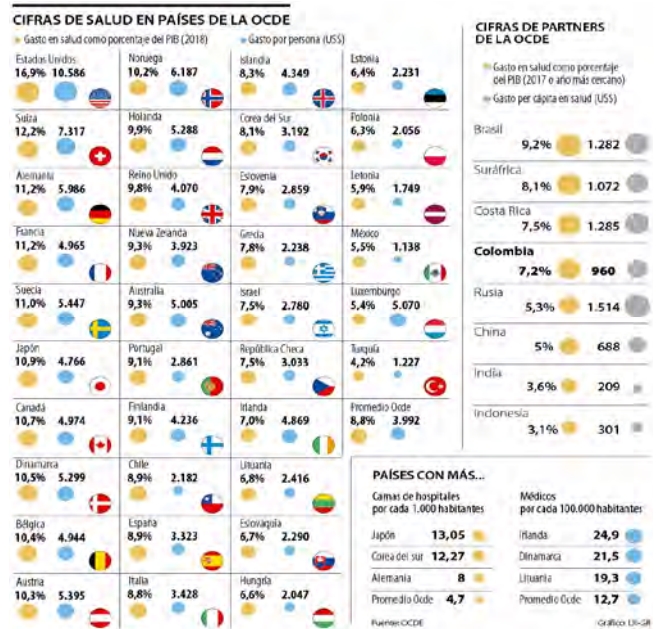
1.1 Gasto en Salud

Colombia se encuentra en niveles promedio respecto a países con similar PIB por habitante, sobrepasando los valores mínimos de referencia mundial. En general, aunque en términos de gasto per cápita colombiano es comparable con la mayoría de países que integran la OCDE con excepción de México y Chile, cuando se revisan las cifras de gasto del gobierno respecto al gasto total, el país se posiciona frente a sus pares en lugares privilegiados y por encima de las medianas, incluso de países desarrollados¹.

GASTO EN SALUD EN COLOMBIA ES MENOR AL PROMEDIO DE LA OCDE



En un panorama mundial, la siguiente gráfica evidencia la inversión en el Producto Interno Bruto (PIB) de la salud en diferentes países y el gasto por persona de cada uno de los países:



1.2 Datos generales

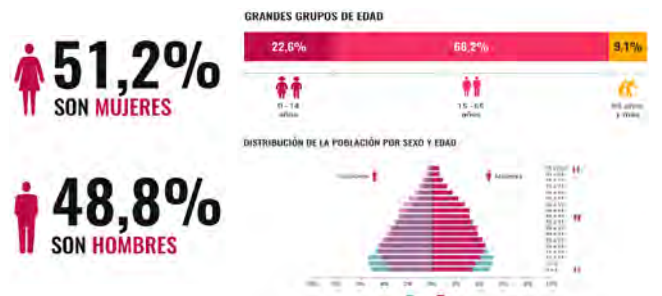
La población de Colombia está envejeciendo, la tasa de fecundidad desciende y su distribución es predominantemente urbana. La fecundidad y la natalidad han disminuido, con incremento de la expectativa de vida de 68 (1985-1990) a 76 años (2015-2020).²

Región de la OMS	Américas
Grupo de ingresos del Banco Mundial	Ingreso mediano alto
Salud infantil	
Lactantes alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida (%) (2010)	43
Cobertura de la vacuna DTP3 (difteria, tétanos y tos ferina) en niños de 1 año (%) (2015)	91
Datos demográficos y socioeconómicos	
Esperanza de vida al nacer (años) (2015 - 2020)	70,39 (Mujeres) 73,08 (Hombres) 70,15 (Ambos sexos)
Población total (en miles de habitantes) (2015)	48228,7
Porcentaje de la población menor de 15 años (2015)	24,3
Porcentaje de la población mayor de 60 años (2015)	10,8
Tasa de incidencia de la pobreza, sobre la base de US\$ 1,25 por día (PPA) (% de la población) (2010)	8,2
Tasa de alfabetización de la población adulta (15 años o más) (%) (2007-2012)	94
Posición en el Índice de Desarrollo relativo al Género (2014)	92
Posición en el Índice de Desarrollo Humano (2014)	97
Sistemas de salud	
Gasto sanitario total como porcentaje del PIB (2014)	7,20
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto sanitario total (2014)	28,88
Gasto público general en salud como porcentaje del gasto público total (2014)	18,14
Número de médicos por cada 1000 habitantes (2010)	1,471
Número de enfermeras y matronas por cada 1000 habitantes (2010)	0,016
Mortalidad y prestaciones sanitarias mundiales	
Tasa de mortalidad neonatal por cada 1000 nacidos vivos (2015)	8,6 [6,7-13,2]
Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años (probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años) por cada 1000 nacidos vivos (2015)	15,0 [10,9-23,7]
Razón de mortalidad materna (por cada 100 000 nacidos vivos) (2015)	84 [56 - 81]
Partos atendidos por personal sanitario competente (%) (2013)	98,7
Salud pública y medio ambiente	
Población que utiliza fuentes de agua potable mejoradas (2015)	91,4 (Total) 90,8 (Urbana) 73,8 (Rural)
Población que utiliza sistemas de saneamiento mejorados (2015)	81,1 (Total) 86,2 (Urbana) 87,9 (Rural)

Fuentes de los datos: Observatorio Mundial de la Salud, Mayo de 2016. <http://apps.who.int/ihodata/node>

1.3 Estructura poblacional³

Según el censo nacional de población y vivienda 2018, la población estimada en Colombia es de 48.258.494 habitantes, la cual se encuentra distribuida así:

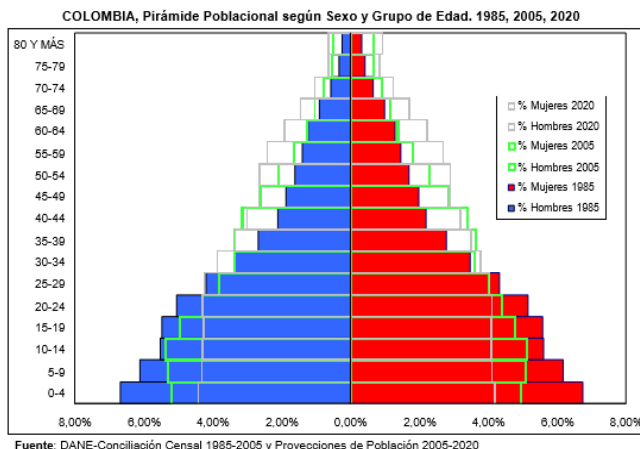


¹ Revista Hospitalaria. Asociación Clínicas y Hospitales. Edición No. 117. Enero-febrero 2018.

² Estrategias de cooperación. Organización Mundial de la Salud. 2017.

³ Informe Nacional de calidad de la Atención en Salud 2015. Ministerio de Salud y Protección Social.

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



1.4 Natalidad

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

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

La edad promedio de Fecundidad a la cual las madres tienen sus hijos registró un comportamiento decreciente entre 1985 y 2005, pasando de 27.23 a 26.63 años. No obstante, se estima que la edad de fecundidad crecerá hasta alcanzar 27.85 años entre 2015 y 2020. El promedio de hijos que tendría una mujer a lo largo de su vida reproductiva (Tasa Global de Fecundidad) ha mostrado una tendencia decreciente durante las últimas décadas. Para el período 2005-2010 este indicador se estima en 2.45, esto es, 0.89 menos que entre 1985-1990.⁴

COLOMBIA, Principales Indicadores Demográficos. 1985-2020

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

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

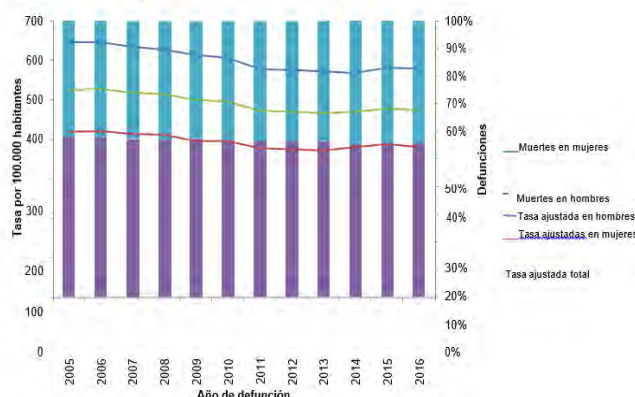
(a) Número de nacimientos vivos ocurridos durante un año, por cada 1000 habitantes de la población calculada a mitad de período (30 de Junio)
 (b) Número de defunciones ocurridas en un determinado período por cada 1000 habitantes de la población medida en ese mismo momento.
 (c) Diferencia de los inmigrantes y emigrantes de un área en un período dado, por cada 1000 habitantes de la población media del lugar tomado como referencia.
 (d) Mide el incremento o disminución del tamaño de una población, explicado por el balance entre los nacimientos y las defunciones
 (e) Mide el incremento o disminución del tamaño de una población, explicado por el balance entre los nacimientos, las defunciones y la migración neta

⁴ http://www.imebu.gov.co/web2/documentos/observatorio/demografia/indicadores_demograficos_2020.pdf

1.5 Mortalidad⁵

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

Mortalidad general, 2005-2016



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

1.5.1 Mortalidad general por grandes causas⁶

Entre 2005 y 2016 la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio. Aunque entre 2005 y 2011 las tasas de mortalidad ajustadas por edad siguieron una tendencia decreciente pasando de 166,43 a 146,16 muertes por cada 100.000 habitantes, la tendencia muestra una corta estabilización y posterior incremento de la mortalidad por esta causa. Para 2016 las enfermedades del sistema circulatorio produjeron 150,84 muertes por cada 100.000 habitantes, causaron el 31,7% (70.621) de las defunciones y el 18,37% (859.022) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). El grupo de las demás causas que se consolida como una agrupación de diagnósticos residuales, conformado por 14 subgrupos, entre los que se cuentan la diabetes mellitus (E10-E14), las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (E40-E64, D50-D53), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47), la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74, K76), entre otras, fue la segunda causa de mortalidad más frecuente durante el periodo

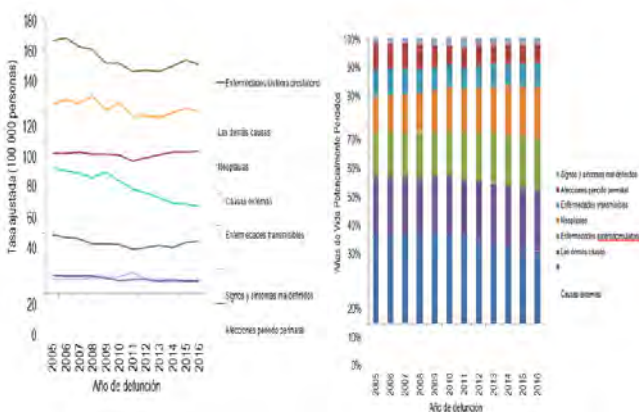
⁵ Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2017. Ministerio de Salud y Protección Social. Mayo de 2018.

⁶ Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2017. Ministerio de Salud y Protección Social. Mayo de 2018.

pasando de una tasa de 124,97 a 120,33 muertes por cada 100.000 personas, para una reducción total del 3,71%. Para 2016 estas causas produjeron el 25,4% (56.601) de todas las muertes y el 21,69% (1.016.967) de los AVPP.

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

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



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

1.6 Cobertura en salud

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



Consultada la base de datos Base de Datos Ubica de Afiliados (BDUA), con corte agosto de 2019, la cobertura de la población en salud es la siguiente:

¿Cuántos afiliados hay en Colombia al SGSSS?	
AFILIADOS ALSGSSS	
REGIMEN	TOTAL
Contributivo	22.419.298
Subsidiado	22.846.661

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

AFILIADOS POREP.S.

EPS	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIO	TOTAL
Lanueva EPS	3,313,090	1,048,997	4,362,087
Medimas	2,742,494	1,431,024	4,173,518
SuamericanaSA	2,838,433		2,838,433
SaludtotalSA	2,573,020		2,573,020
SanitasSA	2,402,833		2,402,833
Coomeva EPS	2,133,387		2,133,387
Famisanar LTDA	2,017,259		2,017,259
CoosaludESS		1,935,230	1,935,230
Asmet Salud		1,847,749	1,847,749
EmsanarESS		1,810,881	1,810,881

Según la base de vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud, actualmente existen 14 EPS autorizadas para operar en el régimen contributivo y 30 habilitadas para el régimen subsidiado.

Ahora bien, analizando un poco el panorama histórico de las medidas que ha tomado la Superintendencia Nacional de Salud con base en su función de control, según información suministrada por la misma Entidad, ha impuesto 1.343 sanciones contra las EPS durante los últimos 5 años, de los cuales 1.300 corresponden a multas y 43 amonestaciones, tal como se evidencia en el siguiente cuadro resumen:

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

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

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

Problema	2016	Valor	2017	Valor	2018 (Ene-Jul)	Valor
COBERTURA POS Y NO POS	46	0	80	0	80	0
DEVOLUCION DE APORTES	8	0	14	0	14	0
GLOSAS	121	792.586.703	123	1.131.453.372	94	290.453.458
INCAPACIDAD	600	489.780.084	609	396.208.440	500	283.483.815
LIBRE MOVILIDAD	142	0	168	0	87	0
LICENCIA MATERNIDAD	265	823.400.738	190	543.376.674	91	134.864.007
LICENCIA PATERNIDAD	28	22.208.295	23	29.802.963	13	4.097.885
MULTI AFILIACION	6	0	16	0	3	0
PRESTACIONES EXCLUIDAS	46	0	14	0	6	0
RECIBROS	112	22.678.082	108	312.152.457	34	343.360.242
RECONOCIMIENTO ECONOMICO	236	572.868.403	249	548.875.673	135	303.404.056
TOTAL SENTENCIAS	1.610	2.673.522.306	1.594	2.961.868.579	1.057	1.359.663.463

1.7 Satisfacción en la atención

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

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

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

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

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

Motivos específicos	2014	2015	2016	2017	2018 (Ene-Jul)	TOTAL
Falta de oportunidad en la asignación de citas médicas especializadas	46.660	62.427	75.257	77.029	57.885	321.258
Falta de oportunidad para la prestación de servicios de imagenología de segundo y tercer nivel	10.936	16.650	26.659	21.364	15.242	90.873
Restricción en la libre escogencia de EPS	4.923	10.588	21.665	32.017	19.229	88.423
Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no POS	4.963	11.564	25.492	25.322	17.475	84.816
Demora de la referencia o contrarreferencia	9.755	13.897	17.142	15.970	11.970	68.734
Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos POS	4.709	12.330	17.937	15.988	13.426	64.390
Falta de oportunidad en la programación de cirugía	6.089	9.061	15.075	14.103	9.462	53.790
Demora de la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos	4.576	7.349	13.073	16.132	11.357	52.267
No aplicación de normas, guías o protocolos de atención	7.414	9.015	13.817	12.072	7.286	49.604
Inconsistencias en el reporte de novedades	5.922	8.638	12.545	12.259	6.315	45.679
Motivos específicos con mayor PRD	107.919	161.539	238.463	242.256	168.677	920.854
TOTAL GENERAL	230.225	325.322	467.759	483.431	317.862	1.824.599

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

QUEJAS			
AÑO	2015	2016	2017 - 2018
TOTAL	618	1,228	3,485

En la Defensoría del pueblo se interpusieron un total de 49.849 quejas por vulneración del derecho a

la salud, entre el 2014 al 22 de agosto de 2018, según información suministrada por la misma Entidad.

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

TUTELAS			
AÑO	2014	2015	2016
TOTAL	118,281	151,213	163,977

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

AÑO	2017	2016	2015	2014	2013
N. Tutelas	394	744	793	713	503

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

Departamento	2017	2016	2015	2014	2013
Valle del Cauca	11,873	11,765	10,610	8,071	6,556
Bogotá	9,523	10,058	10,241	6,728	6,228
Santander	4,879	5,301	5,075	4,229	3,796
Antioquia	2,818	2,793	2,602	1,873	1,996
Caldas	1,039	1,111	977	655	539
Puerto País	6,732	6,482	5,052	3,517	7,954
TOTAL	36,864	38,510	34,458	25,173	22,180

Departamento	Servicios insumos, medicamentos, procedimientos, por y en EPS	Tradiciones económicas, familia, maternidad, paternidad e incapacidades
Valle del Cauca	6,601	1,530
Dogotá	4,807	591
Santander	2,824	403
Antioquia	1,693	77
Caldas	588	29

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

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

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

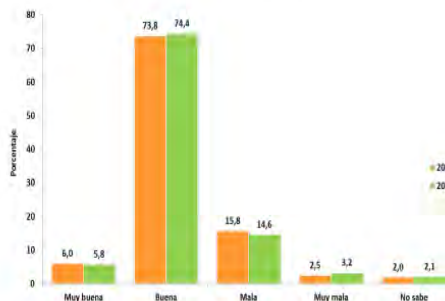
de promoción de la salud y prevención. En general, la satisfacción global fue más alta para el RS que para el RC.

Indicadores de satisfacción global con la EPS

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

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

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



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

Ahora bien, en lo relacionado con las EPS habilitadas, se debe tener en cuenta que en el régimen contributivo de las 13 EPS, 5 están con medida por parte de la SNS, lo que corresponde a 6,376,955 afiliados y en el régimen subsidiado de las 29 EPS, hay 15 con medida por parte de la SNS, lo que corresponde a 10,979,284 afiliados.

De otra parte y luego de un análisis realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, con corte a marzo de 2019, las siguientes EPS habilitadas cumplen los criterios de permanencia exigidos por la normatividad vigente, así:

CUMPLIMIENTO INDICADORES EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

NÚMERO	CÓDIGO	NOMBRE EPS	CATEGORÍA	MEDIDA ESPECIAL A MARZO DE 2019	CUMPLIMIENTO "PLENO" INDICADORES DE PERMANENCIA (CAPITAL MÍNIMO Y SOLVENCIA) A DICIEMBRE DE 2017
1	EP5008	EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLAN-DEPARTAMENTO MEDICO	ADAPTADA	SIN MEDIDA	CUMPLE
2	EP5008	COMPENSA: F.P.S.	CCF	SIN MEDIDA	CUMPLE
3	EP5012	COMPAÑALDO VALLE E.P.S.	CCF	SIN MEDIDA	CUMPLE
4	EP5010	EPS FINANCIERA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.	EPS	SIN MEDIDA	CUMPLE
5	EP5027	FONDO DE PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES VALES	ADAPTADA	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
6	EP5003	ALIANZA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	EPS	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
7	EP5002	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	EPS	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
8	EP5005	E.P.S. SANTAS S.A.	EPS	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
9	EP5007	E.P.S. FAMASANAR LTDA.	EPS	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
10	EP5027	LA NUEVA EPS S.A.	EPS	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
11	EP5029	SALUDVIDA S.A. E.P.S.	EPS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
12	EP5026	COOMEVA E.P.S. S.A.	EPS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
13	EP5028	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS O.S.S.A.	EPS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
14	EP5023	ORIZ BLANCA EPS S.A.	EPS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
15	EP5044	MEDIMAS	EPS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
16	EP5046	FUNDACIÓN SALUD MA EPS	EPS	SIN MEDIDA	NO APLICA
TOTAL					11 NO CUMPLEN
PARTICIPACIÓN (%) SOBRE TODO EL CONTRIBUTIVO					81,8%

TOTAL AFILIADOS EPS QUE CUMPLEN AMBOS CRITERIOS	4.763.759
TOTAL AFILIADOS CONTRIBUTIVO A MARZO 2019	22.526.410
PARTICIPACIÓN (%) EPS QUE CUMPLEN SOBRE TOTAL AFILIADOS CONTRIBUTIVO	21,2%

Fuente: Recopilación ACHC, con base en información afiliados BDUA-MINSALUD, indicadores de permanencia EPS-SUPERSALUD y medidas especiales EPS-SUPERSALUD.

CUMPLIMIENTO INDICADORES EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO

NÚMERO	CÓDIGO	NOMBRE EPS	CATEGORÍA	MEDIDA ESPECIAL A MARZO DE 2019	CUMPLIMIENTO "PLENO" INDICADORES DE PERMANENCIA (CAPITAL MÍNIMO Y SOLVENCIA) A DICIEMBRE DE 2017
17	EP5005	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CUANDOPAJUANITES	CCF	SIN MEDIDA	CUMPLE
18	EP5004	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR C.F.C. DEL ORIENTE COLOMBIANO "COSORIENTE"	CCF	SIN MEDIDA	CUMPLE
19	EP5004	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. COOSALDES	CCF	SIN MEDIDA	CUMPLE
20	EP5002	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUARIMA	CCF	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
21	EP5007	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE MARIBO "COMAFAMILIAR MARIBO"	CCF	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
22	EP5041	LA NUEVA EPS S.A.	CCF	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
23	EP5002	ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD	EPS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
24	EP5003	ENTIDAD COOPERATIVA SOC. DE SALUD DEL NOROCCIDENTE DE SIACHO COPASO	EPS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
25	EP5007	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SODIARIA DE SALUD EPS	EPS	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
26	EP5004	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHICO COMPACHADO	CCF	PROGRAMA DE RECUPERACIÓN	CUMPLE
27	EP5003	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARASGENA "COMAFAMILIAR CARASGENA"	CCF	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
28	EP5005	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE COBORDA, COMAFACI	CCF	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
29	EP5004	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HULLA "COMAFAMILIAR"	CCF	PROGRAMA DE RECUPERACIÓN	NO CUMPLE
30	EP5003	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE	CCF	PROGRAMA DE RECUPERACIÓN	NO CUMPLE
31	EP5004	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMAFACI	CCF	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
32	EP5023	EPS COMIDA	EPSS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
33	EP5005	SCAPESODA EPS	EPSS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
34	EP5030	SALUDVIDA S.A. E.P.S.	EPSS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
35	EP5004	CAPITAL SALUD	EPSS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
36	EP5040	SAVIA SALUD EPS	EPSS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
37	EP5045	MEDIMAS	EPSS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
38	EP5002	EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD S.S. ENDOGARRE ESS	ESS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
39	EP5007	ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S.	ESS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
40	EP5018	ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SODIARIA DE SALUD DE MARIBO S.S. ENDOGARRE S.S.	ESS	PROGRAMA DE RECUPERACIÓN	NO CUMPLE
41	EP5005	COOPERATIVA DE SALUD COLOMBIANA COMPALSA	ESS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
42	EP5001	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CESAR Y LA GUARIMA COBAMARI	EPIN	VIGILANCIA ESPECIAL	NO APLICA
43	EP5003	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA	EPIN	SIN MEDIDA	NO APLICA
44	EP5004	ANASWAVU	EPIN	SIN MEDIDA	NO APLICA
45	EP5005	MALLAMAS	EPIN	SIN MEDIDA	NO APLICA
46	EP5006	PIAJOS SALUD EPS	EPIN	SIN MEDIDA	NO APLICA
TOTAL					19 CON MEDIDAS
PARTICIPACIÓN (%) SOBRE TODO EL SUBSIDIADO					63,3%
TOTAL AFILIADOS EPS QUE CUMPLEN AMBOS CRITERIOS					2.959.383
TOTAL AFILIADOS SUBSIDIADO A MARZO 2019					22.830.561
PARTICIPACIÓN (%) EPS QUE CUMPLEN SOBRE TOTAL AFILIADOS SUBSIDIADO					13,0%

Fuente: Recopilación ACHC, con base en información afiliados BDUA-MINSALUD, indicadores de permanencia EPS-SUPERSALUD y medidas especiales EPS-SUPERSALUD.

Por último y en aras de darle un mayor flujo de recursos al sistema, es necesario revisar el estado actual de la cartera del sistema, en donde podemos observar que los mayores deudores del sistema discriminados por régimen, actualmente no cumplen los criterios de permanencia, razón por la cual es necesario realizar un análisis por parte del Gobierno nacional sobre quienes están cumpliendo con la misión que le ha sido encomendada para garantizar la prestación del derecho fundamental a la salud a todos los colombianos.



5 Principales deudores por Régimen Junio de 2019 por valor absoluto de cartera morosa

SIN INCLUIR EL DETERIORO

TIPO	DEUDOR CORREGIDO	NATURALEZA JURÍDICA	60 días y más	Total	Concentración Junio 2019	Concentración Diciembre 2018	DIFERENCIA % CARTERA MOROSA
REG. CONTRIBUTIVO	COOMEVA EPS	PRIVADO	528.279.893	655.876.628	80,5%	75,4%	5,1%
	CAFESALUD EPS	PRIVADO	428.611.127	428.611.127	100,0%	100,0%	0,0%
	MEDIMAS EPS SAS	PRIVADO	286.396.458	544.250.170	52,6%	48,9%	3,7%
	SALUDCOOP EPS OCC	PRIVADO	225.526.469	225.526.469	100,0%	100,0%	0,0%
	SAVIA SALUD	MIXTA	471.938.344	669.718.361	70,5%	69,9%	0,5%
REG. SUBSIDIADO	COOSALUD	PRIVADO	169.399.380	280.116.638	60,5%	63,0%	-2,5%
	ASMET SALUD ESS	PRIVADO	147.771.214	290.735.837	50,8%	64,1%	-13,3%
	CAPRECOM	PUBLICO	115.935.846	115.935.846	100,0%	100,0%	0,0%
	EMISSANAR ESS	PRIVADO	99.553.870	277.485.126	35,9%	33,5%	2,4%

FUENTE: ACHC a partir de la información reportada por sus IPS afiliadas (2019 en el último corte).

FUENTE: ACHC a partir de la información reportada por sus IPS afiliadas (2019 en el último corte).

Es por lo anterior, que presentamos ante el honorable Congreso de la República el presente proyecto de ley, en aras de mejorar el flujo de

recursos del sistema, garantizar la prestación del servicio y el derecho fundamental y reorganizar el sistema asegurando el riesgo de la salud y el riesgo financiero.

De los honorables Senadores,

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

5 Principales deudores por Régimen Junio de 2019 por valor absoluto de cartera morosa

SIN INCLUIR EL DETERIORO

TIPO	DEUDOR COMERCIADO	NATURALEZA JURÍDICA	60 días y más	Total	Concentración Junio 2018	Concentración Diciembre 2018	DIFERENCIA % CARTERA MOROSA
REG. CONTRIBUTIVO	NUOVA EPS	MIXTA	679.335.620	1.265.679.367	52,8%	51,0%	0,9%
	COOMENA EPS	PRIVADO	528.279.893	655.874.626	69,5%	75,4%	5,3%
	CANESALUD EPS	PRIVADO	428.611.127	428.611.127	100,0%	100,0%	0,0%
	MEDEMAS EPS SAS	PRIVADO	288.591.058	544.256.170	52,8%	48,9%	3,7%
	SALUDCOOP EPS CC	PRIVADO	223.520.489	223.520.489	100,0%	100,0%	0,0%
REG. SUBSIDIADO	SALUD SALUD SAS	MIXTA	471.558.344	669.718.364	70,5%	69,9%	0,5%
	COOSALUD	PRIVADO	169.399.380	280.156.636	65,5%	63,0%	-2,9%
	ASAMET SALUD SAS	PRIVADO	147.271.211	250.735.837	50,8%	64,1%	-13,3%
	CARECOM	PÚBLICO	115.593.846	115.593.846	100,0%	100,0%	0,0%
	INSANAHAR ESS	PRIVADO	89.563.870	377.483.126	35,9%	39,5%	2,4%

FUENTE: ACHIC a partir de la información reportada por sus IPS afiliadas (209 en el último corte).

Es por lo anterior, que presentamos ante el honorable Congreso de la República el presente proyecto de ley, en aras de mejorar el flujo de recursos del sistema, garantizar la prestación del servicio y el derecho fundamental y reorganizar el sistema asegurando el riesgo de la salud y el riesgo financiero.

De los Honorables Senadores,

JOSE LUIS CORREA LOPEZ
Representante a la Cámara por Caldas

JOSÉ A. GÓMEZ G.
Representante a la Cámara por Antioquia

Adriana Gómez

Aquí vive la democracia

SECCIÓN DE LEYES
SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL

Tramitación Leyes

Bogotá, D. C., 16 de diciembre de 2019

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de ley número 280 de 2019 Senado, por la cual se modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, me permito remitir a su Despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los honorables Representantes José Luis Correa López, Ángel María Gaitán Pulido, Henry Fernando Correal Herrera, César Augusto Lorduy Maldonado, Jorge Méndez Hernández, Jorge Alberto Gómez Gallego, Bayardo Gilberto Betancourt Pérez, Modesto Enrique Aguilera Vides, Nevardo Eneiro Rincón Vergara, Armando Antonio Zabaraín D'Arce, Jhon Jairo Roldán Avendaño, Harry Giovanny González García, Alejandro Carlos Chacón Camargo, Juan Diego Echevarría Sánchez, Alejandro Alberto Vega Pérez, Juan Carlos Reinales Agudelo, Adriana Gómez Millán, Elisabeth Jay-Pang Díaz. La materia de que trata el mencionado proyecto de ley es competencia de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales.

El Secretario General,

Gregorio Eljach Pacheco.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

Diciembre 16 de 2019

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado proyecto de ley a la Comisión Séptima Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la *Gaceta del Congreso*.

Cúmplase.

El Presidente del Honorable Senado de la República,

Lidio Arturo García Turbay.

El Secretario General del Honorable Senado de la República,

Gregorio Eljach Pacheco.

SENADO DE LA REPÚBLICA

Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)

El día 16 del mes 12 del año 2019

se radicó en este despacho el proyecto de ley N° 281 Acto Legislativo N° _____, con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales por: H. R. José Luis Correa y otros

Varios partidos

SECRETARIO GENERAL

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE EN SENADO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 182 DE 2019 SENADO

por el cual se establece el reconocimiento de los derechos de los trabajadores de la vigilancia y seguridad privada y se dictan otras disposiciones.

I. ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto de ley objeto de esta ponencia fue presentado por mí como Senador del Partido

Alianza Verde y como integrante de la Comisión Segunda Constitucional Permanente, en la Secretaría General del Senado de la República el día diez (10) de septiembre de 2019, siendo este publicado en la *Gaceta del Congreso* número 871 de 2019 y asignada para rendir ponencia en primer debate, el pasado veinticuatro (24) de septiembre de 2019.

Es de señalar, que por la naturaleza de los asuntos, que regula el proyecto de ley en mención, este fue

enviado a la Comisión Segunda Constitucional del Senado de la República.

II. MARCO NORMATIVO

El marco normativo que regula la presente iniciativa, es:

- **Artículo 1º. Decreto 2187 de 2001:** *Acciones esenciales de la vigilancia y seguridad privada. Son acciones esenciales de la vigilancia y seguridad privada las actividades que tienden a prevenir, detener, disminuir o disuadir las amenazas que afecten o puedan afectar la vida, integridad personal y bienes de las personas que reciban la protección o custodia que les brindan los servicios de vigilancia y seguridad privada, así adquieran éstos una denominación diferente y cuenten o no con licencia o credencial expedida por la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada.*
- **Artículo 2º. Decreto 2090 de 2003: ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO PARA LA SALUD DEL TRABAJADOR.** *Se consideran actividades de alto riesgo para la salud de los trabajadores las siguientes:*
 1. *Trabajos en minería que impliquen prestar el servicio en socavones o en subterráneos.*
 2. *Trabajos que impliquen la exposición a altas temperaturas, por encima de los valores límites permisibles, determinados por las normas técnicas de salud de salud ocupacional.*
 3. *Trabajos con exposición a radiaciones ionizantes.*
 4. *Trabajos con exposición a sustancias comprobadamente cancerígenas.*
 5. *En la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil o la entidad que haga sus veces, la actividad de los técnicos aeronáuticos con funciones de controladores de tránsito aéreo, con licencia expedida o reconocida por la Oficina de Registro de la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil, de conformidad con las normas vigentes.*
 6. *En los Cuerpos de Bomberos, la actividad relacionada con la función específica de actuar en operaciones de extinción de incendios.*
 7. *En el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec), la actividad del personal dedicado a la custodia y vigilancia de los internos en los centros de reclusión carcelaria, durante el tiempo en el que ejecuten dicha labor. Así mismo, el personal que labore en las actividades antes señaladas en otros establecimientos carcelarios, con excepción de aquellos administrados por la fuerza pública.*

- **Decreto 2355 de 2006:** *“Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada”.*
- **Artículo 1º del Decreto 2655 de 2014.** *El presente decreto, prorroga el límite del régimen especial dispuesto en el Artículo 8º, hasta el 31 de diciembre de 2024; expresando: “por el cual se amplía la vigencia del régimen de pensiones especiales para las actividades de alto riesgo previstas en el Decreto 2090 de 2003”.*
- **Artículo 1º. Ley 1920 de 2018:** *La presente ley crea un marco jurídico para el ejercicio de la inspección, control y vigilancia sobre las cooperativas especializadas de vigilancia y seguridad privada; además, establece un marco regulatorio para el adecuado desempeño de la labor del personal operativo de vigilancia.*

III. CONSIDERACIONES

Como se puede ver en el Proyecto de ley número 182 de 2019 Senado, su objeto es “[...] garantizar el reconocimiento al sector de vigilancia y seguridad privada, como labor de alto riesgo [...]”; por lo cual se procederá a analizar las razones de hecho y de derecho, por las cuales es viable reconocer a los trabajadores del sector, su actividad como labor de alto riesgo, teniendo en cuenta los factores de riesgo a los cuales estos se encuentran expuestos.

Es pertinente señalar en un primer momento, que el Proyecto de ley número 182 de 2019 Senado, busca reconocer los derechos de los trabajadores operativos de la vigilancia y de la seguridad privada al interior del territorio colombiano, como medida para atender integralmente a la población que ejerce dichas actividades; que en la práctica por su naturaleza o lugar donde se realiza, implica la exposición o intensidad mayor a las normalmente presentes en otras actividades. Por lo cual, la actividad de los trabajadores del sector, ocasiona que estos se encuentren expuestos a la existencia de accidentes laborales severos y en muchas ocasiones, mortales¹; es por esta razón, y conforme a lo anteriormente señalado, que procedemos a presentar los argumentos que justifican la presentación y trámite del presente proyecto de ley.

a) La labor de la vigilancia y seguridad privada como actividad de alto riesgo

El Decreto 2090 de 2003, define en el Artículo 1º la actividad de alto riesgo como aquellas: “[...] actividades de alto riesgo aquellas en las cuales la labor desempeñada implique la disminución de la expectativa de vida saludable o la necesidad del retiro de las funciones laborales que ejecuta, con ocasión de su trabajo [...]”. Es de resaltar

¹ Para mayor información verificar el Decreto 2090 del 2003. Del Ministerio de Protección Social ahora Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2090-2003.pdf>

que al interior de las actividades de alto riesgo, se incluyó a los trabajadores mineros, a los bomberos, controladores aéreos, miembros del Inpec y a los trabajadores expuestos a altas temperaturas, radiaciones, sustancias cancerígenas; no obstante, no se tuvo en cuenta la labor desplegada por los trabajadores del sector de la vigilancia y la seguridad privada, pese a desempeñar estos una labor en la cual exponen su vida e integridad física, para proteger bienes y personas.

Es pertinente expresar en este sentido, que la actividad realizada de forma permanente por los trabajadores de la vigilancia y la seguridad privada, debe ser considerada como una actividad de alto riesgo; dado que son personas que desempeñan una labor que afecta su calidad e integridad de vida. Cabe resaltar que el presente proyecto de ley, tiene

como objetivo que se reconozcan los derechos de los trabajadores permanentes del sector de la vigilancia y la seguridad privada; permitiéndosele a estos, ser parte del régimen pensional especial dispuesto en el Decreto 2090 de 2003, siempre y cuando se dé cumplimiento a los requisitos señalados en este.

Para demostrar la necesidad de reconocer la labor de los trabajadores de la vigilancia y la seguridad privada como actividad de alto riesgo, se procedió a cuestionar a la Fiscalía General de la Nación sobre el número de investigaciones penales por los delitos de homicidio y lesiones cometidos en los últimos 10 años contra algunas de las actividades descritas en el Decreto 2090 de 2003, comparada con los trabajadores de la vigilancia y la seguridad privada. Señalando estos mediante Radicado número 20191400003721 que:

Ocupación	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total General
Bomberos	2	4	5	4	5	5	3	3	2	0	33
Guardianes de Prisión	4	3	2	3	4	6	7	5	0	3	37
Trabajadores Aéreos	3	2	10	3	3	3	1	2	3	1	31
Miembros de la seguridad privada	236	211	212	202	192	157	130	147	154	57	1698

Elaboración propia – Información dado por la Fiscalía General de la Nación.

La gráfica anterior, que se construye de la información otorgada por parte de la Fiscalía General de la Nación, evidencia las especiales circunstancias que rodean la prestación de la labor realizada por los trabajadores de la vigilancia y la seguridad privada, las cuales se traducen en la disminución de vida saludable; razón por la cual es prioritario avanzar en la normatividad que les posibilite obtener su pensión de vejez con requisitos menores. Adicional a lo anterior, la Fiscalía General de la Nación en la información suministrada expresa que en los últimos diez (10) años las denuncias más frecuentes en relación a investigaciones penales cometidas en contra de miembros de la seguridad privada son:

DELITO	TOTAL GENERAL (2010-2019)
Lesiones (art. 111 C. P.)	4.462
Amenazas art. 347 C. P.	1.787
Lesiones Personales con Incapacidad menor 60 días	1178
Lesiones personales sin secuelas	570
lesiones personales con deformación física permanente art. 113 C. P. inciso 2°	37
lesiones personales culposas art. 120 C. P. con incapacidad menor 30 días art. 112 C.P. inciso 1°	24
lesiones personales con deformidad física transitoria art. 113 C. P. inciso 1°	22

Elaboración propia – Información dado por la Fiscalía General de la Nación.

Las cifras dadas por la Fiscalía General de la Nación, sustentan el argumento para que la labor de la vigilancia y la seguridad privada, sea reconocida como de alto riesgo; dado que esta acorta la esperanza de vida de los trabajadores del sector; siendo pertinente otorgarles a estos el beneficio de acceder

a la jubilación anticipada, ante la exposición de peligro y riesgo que se experimenta en el sector. En este sentido, la labor de la vigilancia y la seguridad privada, se constituye claramente en la definición de los trabajos penosos, peligrosos y tóxicos, siendo esta una actividad que “[...] constituye un riesgo para su integridad física o psíquica o producen enfermedades con más frecuencias que otros trabajos [...]”²; siendo esta una de las razones para establecer regímenes de acceso a la jubilación en edades tempranas.

Reconocer la labor que realizan los trabajadores del sector de la vigilancia y la seguridad privada, como actividad de alto riesgo, permite dignificar la tarea por estos desplegada y otorgarles beneficios, que consisten en una prestación definitiva consistente, que les permita dada la disminución de la expectativa de vida razonable y el deterioro inevitable de la salud, acceder a beneficios pensionales en edades inferiores a las establecidas al interior del ordenamiento jurídico colombiano para los trabajadores a los cuales no les aplica lo dispuesto en el Decreto 2090 de 2003.

b) Impacto Fiscal

Para profundizar en el análisis económico del presente proyecto de ley es importante señalar que este no generaría impacto fiscal; la presente afirmación, se fundamenta en el siguiente análisis:

² Organización Internacional del Trabajo (2014). Jubilación anticipada por trabajos de naturaleza penosa, tóxica, peligrosa o insalubre. Recuperado de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_244747.pdf.

Según la respuesta al Derecho de Petición de Interés General con Radicado número 201942301583592 del Ministerio de Salud y Protección Social, en el 2019 el país contaba con 167.237 cotizantes con actividad económica 8010 – Seguridad Privada, de los cuales 132.006 efectuaron cotizaciones al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad y 35.231 al Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida.

Asumiendo que todos los 35.231 eventualmente cumplirán con los requisitos para adquirir una mesada pensional, y que la población está distribuida homogéneamente por quintas; es decir, que la misma cantidad de vigilantes tiene 18, 19, 20...o 62 años. Solo bajo estos dos supuestos, se podría concluir que: en promedio cada año aproximadamente son 783 vigilantes (35.231/45 quintas) quienes logran pensionarse bajo el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida.

Continuando en este escenario en el que los dos supuestos se cumplen; para el año después de la promulgación de la ley, 6.264 vigilantes se pensionarían, teniendo en cuenta las 8 quintas, resultado el recorte de la edad de pensión. Por otro lado, el promedio de mesada de pensión de un trabajador de vigilancia y seguridad privada es de \$828.116 pesos; es decir que para el año después de la promulgación de la ley se deberá aportar \$5.187.318.624 para los nuevos pensionados en el Sistema. Según el Proyecto Presupuesto de Ingresos y Gastos 2019 de Colpensiones, para el 2019 hubo un gasto total de \$27.652.859.000.000 pesos, lo que significa que este incremento en los gastos- consecuencia de los nuevos vigilantes que se pensionarían- representa tan solo un incremento del 0,018% al total de los gastos de la entidad.

Ahora bien, para el 2019 un trabajador de vigilancia y seguridad privada tiene un IBC (Ingreso Base de Cotización) de \$1.113.175 pesos y como trabajadores dependientes deben aportar el 16% de su IBC al Sistema General de Pensiones, lo que se traduce en promedio a \$178.108 pesos de su salario mensual y \$2.137.296 pesos del salario anual. Teniendo en cuenta la reducción de quintas de vigilantes que aportarían al Sistema General de Pensiones, es decir los 6.264 vigilantes se pensionarían anticipadamente, cada año el sistema recibiría \$13.388.022.144 pesos menos por año, a partir de la promulgación de la ley. Según el

Proyecto Presupuesto de Ingresos y Gastos 2019, este año Colpensiones tuvo un ingreso total de \$27.864.225.000.000, entonces la reducción en los ingresos, generados por los nuevos vigilantes que se pensionarían, representa una reducción del 0,048 % del total de los ingresos de la entidad.

Por otro lado, es importante resaltar que esta reducción en los ingresos de la entidad sería subsanado por el incremento en los ingresos que sería generado por el aumento porcentual en el monto de la cotización especial para las actividades de alto riesgo. Según el artículo 5° del Decreto 2090 de 2003, quienes estén un en régimen especial de actividades de alto riesgo deberán cotizar diez (10) puntos adicionales a cargo del empleador. Es decir, que los vigilantes pasarían de aportar del 16% al 26% de su IBC al Sistema General de Pensiones. Este incremento porcentual es una regulación financiera que compensa el impacto fiscal generado por quienes se pensionan temprano, en otras palabras, quienes se pensionan a temprana edad lo pueden hacer porque han aportado y cotizado más que otras profesiones.

Después de la promulgación de la ley serían 28.967 trabajadores de vigilancia y seguridad privada quienes cotizarían en el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida. Ahora bien, con un IBC de \$1.113.175 pesos, los trabajadores de vigilancia y seguridad privada cotizarían un promedio de \$289.425,5 pesos de su salario mensual. Esto representa un incremento de \$111.318 pesos en su salario mensual y \$1.335.810 pesos en su salario anual, es decir el 10% incrementado por el régimen especial. Este incremento multiplicado por las 28.967 personas que aportarían al régimen especial, representaría un total de \$38.694.408.270 pesos que Colpensiones empezaría a recibir después de promulgada la ley.

En conclusión, al reducir la edad con la que los trabajadores de vigilancia y seguridad privada puedan pensionarse, Colpensiones gastaría \$5.187.318.624 pesos más de lo esperado y tendría una reducción de \$13.388.022.144 pesos del total de los ingresos de la entidad. Por otro lado, Colpensiones recibiría \$38.694.408.270 pesos adicionales provenientes del incremento en la tasa de cotización, es decir que el balance final de las modificaciones en las cuentas financieras del Sistema General de Pensiones representarían un balance positivo de \$20.119.067.502 pesos.

IV. MODIFICACIONES DEL ARTICULADO

Presentamos a la Comisión Segunda del Senado de la República, la propuesta de articulado en los siguientes términos:

Modificaciones propuestas al articulado (Subrayado = Inclusión Texto Nuevo // Tachado = Texto Excluido)		
Texto radicado Proyecto de Ley	Texto propuesto para Primer Debate	Comentarios
Artículo 1°. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto garantizar el reconocimiento al sector de vigilancia y seguridad privada, como labor de alto riesgo.	Artículo 1°. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto garantizar el reconocimiento al <u>de la actividad del</u> sector de vigilancia y seguridad privada, como labor de alto riesgo.	Se realizan modificaciones, con el objetivo de adecuar la redacción del PL a lo dispuesto en el marco normativo colombiano, la cual define las labores del sector, como actividad.

Modificaciones propuestas al articulado (Subrayado = Inclusión Texto Nuevo // Tachado = Texto Excluido)		
Texto radicado Proyecto de Ley	Texto propuesto para Primer Debate	Comentarios
<p>Artículo 2°. Ámbito de Aplicación. La presente ley aplica para todas aquellas personas vinculadas al sector de vigilancia y seguridad privada.</p> <p>Parágrafo. Las empresas, cooperativas y departamentos de la seguridad del sector de vigilancia y seguridad privada, para que les sea aplicable las disposiciones de la presente ley, deben estar registradas previamente ante la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada.</p>	<p>Artículo 2°. Ámbito de Aplicación. La presente ley aplica para todas aquellas personas vinculadas al sector de vigilancia y seguridad privada.</p> <p>Parágrafo. Las empresas, cooperativas <u>especializadas</u> y departamentos de la seguridad del sector de y seguridad <u>privada</u>, para que les sea aplicable las disposiciones de la presente ley, deben estar registradas previamente ante la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada.</p>	Se realizan modificaciones, con el objetivo de adecuar la redacción del PL, al lenguaje dispuesto en el ordenamiento jurídico colombiano.
<p>Artículo 3°. Servicios de Vigilancia y Seguridad Privada. La labor de los trabajadores del sector de la vigilancia y seguridad privada se considera como actividad de alto riesgo; al ser esta una actividad de exposición o intensidad mayor a otras profesiones.</p> <p>Parágrafo 1°. Se considerará como actividad de alto riesgo para la salud de los trabajadores de la vigilancia y seguridad privada, el desempeño de aquellas actividades tendientes a prevenir o detener perturbaciones a la seguridad y tranquilidad individual, en lo relacionado con la vida y los bienes propios o de terceros; con la consecuencia de causar la labor desempeñada disminución de la expectativa de vida o la necesidad del retiro de las funciones desarrolladas, con ocasión a la labor desempeñada.</p>	<p>Artículo 3°. Servicios de Vigilancia y Seguridad Privada. La labor de los trabajadores del sector de la vigilancia y seguridad privada se considera como actividad de alto riesgo; al ser esta una actividad de exposición o intensidad mayor a otras profesiones.</p> <p>Parágrafo 1°. Se considerará como actividad de alto riesgo para la salud de los trabajadores de la vigilancia y seguridad privada, el desempeño de aquellas actividades tendientes a prevenir o detener perturbaciones a la seguridad y tranquilidad individual, en lo relacionado con la vida y los bienes propios o de terceros; con la consecuencia de causar la labor desempeñada disminución de la expectativa de vida o la necesidad del retiro de las funciones desarrolladas, con ocasión a la labor desempeñada.</p> <p>Parágrafo 2°. <u>Lo dispuesto en el presente artículo aplica para todas aquellas personas vinculadas al sector de vigilancia y seguridad privada, que hayan tenido dedicación a estas labores de forma permanente.</u></p>	Se adiciona el parágrafo 2°, con el objetivo de resaltar que el presente proyecto de ley, solo aplica para aquellos trabajadores del sector, que realizarán la actividad de forma rutinaria; es decir, con una dedicación permanente. Lo anterior, con el objetivo de aclarar que este PL no concede beneficios para jubilación anticipada, para aquellas personas que desarrollen de forma ocasional esta actividad.
<p>Artículo 4°. Creación Plataforma Virtual. Créese por parte de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, una plataforma virtual, integrada por los Departamentos de Recursos Humanos y Departamentos de Seguridad de las empresas y cooperativas, con el objetivo de identificar los trabajadores que hacen parte del sector de la vigilancia y la seguridad privada.</p>	<p>Artículo 4°. Creación Plataforma Virtual. Créese por parte de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, una plataforma virtual, integrada por los Departamentos de Recursos Humanos y Departamentos de Seguridad de las empresas y cooperativas <u>especializadas y departamentos de seguridad y vigilancia privada</u>, con el objetivo de identificar los trabajadores que hacen parte del sector de la vigilancia y la seguridad privada.</p>	Se realiza modificación de redacción de un aparte del artículo.
<p>Artículo 5°. Actualización Plataforma Virtual. Las empresas, cooperativas y departamentos de la seguridad del sector de vigilancia y seguridad privada, deberán dos (02) vez al año, realizar el reporte ante la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, del personal que hace parte de la entidad.</p>	<p>Artículo 5°. Actualización Plataforma Virtual. Las empresas, cooperativas especializadas y departamentos de la seguridad del sector de y seguridad <u>privada</u>, deberán dos (02) vez al año, realizar el reporte ante la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, del personal que <u>se encuentra vinculado a su entidad.</u></p>	Se realiza adición, a la parte final del articulado con el objetivo de dejar claridad, que la actualización es el reporte semestral que deben realizar las empresas, cooperativas y departamentos de la seguridad del personal activo; ello con el fin, de crear una plataforma, que este actualidad y en la que se conozca con claridad cuantos trabajadores se encuentran vinculados al sector.
<p>Artículo 6°. Creación de la Placa de Identificación Única. Es obligación de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, realizar la creación de la Placa de Identificación Única del</p>	<p>Artículo 6°. Creación de la Placa de Identificación Única. Es obligación de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, realizar la creación de la Placa de Identificación Única del</p>	Sin modificaciones, se mantiene igual.

Modificaciones propuestas al articulado (Subrayado = Inclusión Texto Nuevo // Tachado = Texto Excluido)		
Texto radicado Proyecto de Ley	Texto propuesto para Primer Debate	Comentarios
sector de vigilancia y seguridad privada; con el fin de identificar a cada uno de los trabajadores del sector. Parágrafo 1°. El uso y porte de la Placa de Identificación Única del sector de vigilancia y seguridad privada, estará a cargo de la regulación que para el efecto realice la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada.	sector de vigilancia y seguridad privada; con el fin de identificar a cada uno de los trabajadores del sector. Parágrafo 1°. El uso y porte de la Placa de Identificación Única del sector de vigilancia y seguridad privada, estará a cargo de la regulación que para el efecto realice la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada.	
Artículo 7°. <i>Defensoría de los Trabajadores del sector de Vigilancia y Seguridad Privada.</i> Créase la Defensoría de los Trabajadores del sector de Vigilancia y Seguridad Privada, la cual estará conformada por dos (02) funcionarios de cada una de las siguientes entidades: Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, Fiscalía General de la Nación, Defensoría del Pueblo, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Justicia, Ministerio de Interior, Ministerio de Defensa Nacional, Ministerio de Salud y Representantes del sector de vigilancia y seguridad privada.	Artículo 7°. <i>Defensoría de los Trabajadores del sector de Vigilancia y Seguridad Privada.</i> Créase Créese la Defensoría de los Trabajadores del sector de Vigilancia y Seguridad Privada, la cual estará conformada por dos (02) funcionarios de cada una de las siguientes entidades: Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, Fiscalía General de la Nación, Defensoría del Pueblo, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Justicia, Ministerio de Interior, Ministerio de Defensa Nacional, Ministerio de Salud y Representantes del sector de vigilancia y seguridad privada.	Modificación en redacción.
Artículo 8°. <i>Finalidad.</i> La Defensoría de los Trabajadores del sector de Vigilancia y Seguridad Privada, tendrá como finalidad, conocer, investigar y defender los derechos retroactivos y futuros de los trabajadores del sector; con el objetivo de calificar el delito y si da merito realizar todas las acciones necesarias para que se dé inicio a la acción penal y las demás funciones que dispongan los decretos reglamentarios de esta.	Artículo 8°. <i>Finalidad.</i> La Defensoría de los Trabajadores del sector de Vigilancia y Seguridad Privada, tendrá como finalidad, conocer, investigar y defender los derechos retroactivos y futuros de los trabajadores del sector; con el objetivo de calificar el delito y si da merito realizar todas las acciones necesarias para que se dé inicio a la acción penal y las demás funciones que dispongan los decretos reglamentarios de esta.	Se realizan modificaciones, con el objetivo de que la finalidad de esta, sea la protección integral de los derechos de los trabajadores del sector.
Artículo 9°. <i>Vigencia y Derogatoria.</i> La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.	Artículo 9°. <i>Vigencia y Derogatoria.</i> La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.	Sin modificaciones, se mantiene igual.

V. PROPOSICIÓN FINAL

Por los argumentos esbozados anteriormente, presento **ponencia positiva** y solicito a la Comisión Segunda Constitucional Permanente dar primer debate en Senado, al Proyecto de ley número 182 de 2019 Senado, *por el cual se establece el reconocimiento de los derechos de los trabajadores de la vigilancia y seguridad privada y se dictan otras disposiciones.*

VI. ARTICULADO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 182 DE 2019

por el cual se establece el reconocimiento de los derechos de los trabajadores de la vigilancia y seguridad privada y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO 1

Finalidad

Artículo 1°. *Objeto de la ley.* La presente ley tiene por objeto garantizar el reconocimiento de

la actividad del sector de vigilancia y seguridad privada, como labor de alto riesgo.

Artículo 2°. *Ámbito de Aplicación.* La presente ley aplica para todas aquellas personas vinculadas al sector de vigilancia y seguridad privada.

Parágrafo. Las empresas, cooperativas especializadas y departamentos de seguridad y vigilancia privada, para que les sea aplicable las disposiciones de la presente ley, deben estar registradas previamente ante la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada.

CAPÍTULO II

Actividad de Alto Riesgo en el sector de la vigilancia y la seguridad privada

Artículo 3°. *Servicios de Vigilancia y Seguridad Privada.* La labor de los trabajadores del sector de la vigilancia y seguridad privada se considera como actividad de alto riesgo; al ser esta una actividad de exposición o intensidad mayor a otras profesiones.

Parágrafo 1°. Se considerará como actividad de alto riesgo para la salud de los trabajadores de la vigilancia y seguridad privada, el desempeño

de aquellas actividades tendientes a prevenir o detener perturbaciones a la seguridad y tranquilidad individual, en lo relacionado con la vida y los bienes propios o de terceros; con la consecuencia de causar la labor desempeñada disminución de la expectativa de vida o la necesidad del retiro de las funciones desarrolladas, con ocasión a la labor desempeñada.

Parágrafo 2°. Lo dispuesto en el presente artículo aplica para todas aquellas personas vinculadas al sector de vigilancia y seguridad privada, que hayan tenido dedicación a estas labores de forma permanente.

CAPÍTULO III

Formalización en el sector de la vigilancia y la seguridad privada

Artículo 4°. *Creación Plataforma Virtual*. Créese por parte de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, una plataforma virtual, integrada por los Departamentos de Recursos Humanos de las empresas, cooperativas especializadas y departamentos de seguridad y vigilancia privada, con el objetivo de identificar los trabajadores que hacen parte del sector de la vigilancia y la seguridad privada.

Artículo 5°. *Actualización Plataforma Virtual*. Las empresas, cooperativas especializadas y departamentos de seguridad y vigilancia privada, deberán dos (02) vez al año, realizar el reporte ante la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, del personal que se encuentra vinculado a su entidad.

Artículo 6°. *Creación de la Placa de Identificación Única*. Es obligación de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, realizar la creación de la Placa de Identificación Única del sector de vigilancia y seguridad privada; con el fin de identificar a cada uno de los trabajadores del sector.

Parágrafo 1°. El uso y porte de la Placa de Identificación Única del sector de vigilancia y seguridad privada, estará a cargo de la regulación que para el efecto realice la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada.

CAPÍTULO IV

Defensoría de los Trabajadores del Sector de Vigilancia y Seguridad Privada

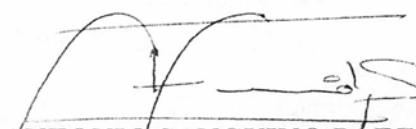
Artículo 7°. *Defensoría de los Trabajadores del Sector de Vigilancia y Seguridad Privada*. Créese la Defensoría de los Trabajadores del Sector de Vigilancia y Seguridad Privada, la cual estará conformada por dos (02) funcionarios de cada una de las siguientes entidades: Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, Fiscalía General de la Nación, Defensoría del Pueblo, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Justicia, Ministerio de Interior, Ministerio de Defensa Nacional, Ministerio de Salud y representantes del sector de vigilancia y seguridad privada.

Artículo 8°. *Finalidad*. La Defensoría de los Trabajadores del Sector de Vigilancia y Seguridad Privada, tendrá como finalidad, conocer, investigar y

defender los derechos de los trabajadores del sector; con el objetivo de calificar el delito y si da mérito realizar todas las acciones necesarias para que se dé inicio a la acción penal y las demás funciones que dispongan los decretos reglamentarios de esta.

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

Del Congresista,



ANTONIO SANGUINO PÁEZ
Senador de la Republica
Partido Alianza Verde

* * *

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE EN SENADO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 44 DE 2019 SENADO

por el cual se exalta la memoria del sociólogo, intelectual, profesor e investigador social, doctor Orlando Fals Borda, desplegando reconocimientos a un pensador colombiano que enorgullece la Nación.

I. ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto de ley objeto de esta ponencia fue presentado por los senadores Jorge Eduardo Londoño Ulloa, Antonio Eresmid Sanguino Páez, Iván Marulanda Gómez, José Aulo Polo Narváez y Juan Luis Castro, de igual forma, fue suscrito por los Representantes a la Cámara Neyla Ruiz Correa el 24 de julio de 2019. Sin embargo, como se manifiesta en el proyecto, la iniciativa tiene como antecedente el trámite de dos proyectos con el mismo objeto, a saber:

Al primero de ellos (*Gaceta del Congreso* número 798 de 2010), le correspondió el número 181 de 2010 del Senado de la República y fue presentado por los honorables parlamentarios Luis Carlos Avellaneda Tarazana, Camilo Romero, Mauricio Ernesto Ospina Gómez, Gloria Inés Ramírez Ríos, Jorge Eliécer Guevara, Alexander López Maya, Jorge Enrique Robledo Castillo, Roberto Víctor Gerlén Echavarría y Luis Fernando Velasco Chaves. Lamentablemente fue archivado por tránsito de legislatura sin haber sido siquiera discutido en primer debate.

El segundo, Proyecto de ley número 29 de 2012 (*Gaceta del Congreso* número 468 de 2012), fue radicado en el año 2012 por parte de los honorables Senadores Luis Carlos Avellaneda, Jorge Eliécer Guevara, Parmenio Cuéllar Bastidas, Camilo Romero, Félix Valera y por el suscrito. En esa oportunidad el proyecto fue archivado por tránsito de legislatura luego de haber sido aprobado en tres de los cuatro debates necesarios para devenir en ley de la República.

II. MARCO NORMATIVO

Como develamos en el proyecto de ley, la iniciativa se sustenta bajo el siguiente marco normativo:

El numeral 15 del artículo 150 de la Constitución Política de Colombia establece como facultad del Congreso de la República, por medio de la elaboración de leyes “decretar honores a los ciudadanos que hayan prestado servicios a la Patria”.

Asimismo, la Honorable Corte Constitucional, en Sentencia C-766 de 2000 dispuso al respecto:

[las leyes de honores] son cuerpos normativos en cuyas disposiciones se exaltan valores humanos que por su ascendencia ante la comunidad, han sido considerados como ejemplo vivo de grandeza, nobleza, hidalguía y buen vivir. (Énfasis añadido).

Luego, en Sentencia C-817 de 2011 precisó que:

“La jurisprudencia constitucional ha fijado un grupo de reglas particulares acerca de la naturaleza jurídica de las leyes de honores, las cuales pueden sintetizarse del modo siguiente:

1. *La naturaleza jurídica de las leyes de honores se funda en el reconocimiento estatal a personas, hechos o instituciones que merecen ser destacadas públicamente, en razón de promover significativamente, valores que interesan a la Constitución. Como lo ha previsto la Corte, las disposiciones contenidas en dichas normas ‘... exaltan valores humanos que por su ascendencia ante la comunidad, han sido considerados como ejemplo vivo de grandeza, nobleza, hidalguía y buen vivir, y por ello se les pone como ejemplo ante la posteridad.*
2. *Contrario a como sucede con la actividad legislativa ordinaria del Congreso, las leyes de honores carecen de carácter general y abstracto, agotándose en su expedición de manera subjetiva y concreta, respecto de la persona, situación o institución objeto de exaltación. En términos de la jurisprudencia reiterada, [e]sta clase de leyes, debe anotarse, producen efectos particulares sin contenido normativo de carácter abstracto. Desde el punto de vista material, no crean, extinguen o modifican situaciones jurídicas objetivas y generales que le son propias a la naturaleza de la ley, pues simplemente se limitan a regular situaciones de orden subjetivo o singulares, cuyo alcance es únicamente la situación concreta descrita en la norma, sin que sean aplicables indefinidamente a una multiplicidad de hipótesis o casos.*

Estas leyes se limitan entonces, como lo dice el artículo 150, numeral 15 de la Constitución vigente, a ‘decretar honores a los ciudadanos que hayan prestado servicios a la patria’ y de manera alguna pueden desprenderse de su contenido, efectos

contrarios a su origen, o interpretaciones diversas que se aparten del sentido de la ley’.

3. *El legislador puede adoptar diversas acciones para exaltar o asociar a la Nación a la persona, situación u organización objeto del decreto de honores, de manera tal que las categorías avaladas por la Corte solo tienen carácter enunciativo. Con todo, es factible identificar tres modalidades recurrentes de leyes de honores, a saber (i) leyes que rinden homenaje a ciudadanos; (ii) leyes que celebran aniversarios de municipios colombianos; y (iii) leyes que se celebran aniversarios de instituciones educativas, de valor cultural, arquitectónico o, en general, otros aniversarios”. (Énfasis añadido)-*

En tal sentido se tiene que el Congreso de la República está llamado, a partir de las facultades constitucionales asignadas, a decretar honores a los ciudadanos que hayan prestado distinguidos servicios al país. La academia, la historia, las ciencias sociales, las comunidades y el país rural han sabido ya guardar en el más sagrado espacio de su quehacer y memoria el legado de Orlando Fals Borda. Este proyecto pretende asociar definitivamente a la Nación, como un todo, a ese justo y grato reconocimiento por su memoria. El profesor Fals Borda es un claro ejemplo de aquél ciudadano, ejemplo vivo de grandeza, nobleza y buen vivir, que con su vida trabajó para promover el conocimiento y el desarrollo de unas ciencias sociales útiles que captaran las problemáticas del país. Esto es, en sí, una clara muestra de promoción de valores constitucionales a partir de toda una vida de contribución y servicio desde las aulas, el campo y la mismísima Asamblea Nacional Constituyente.

III. IMPACTO FISCAL

Teniendo en cuenta que el presente proyecto de ley en su artículo segundo, tercero y cuarto ordena a entidades determinadas acciones para materializar los honores decretados, es preciso recordar que el Congreso de la República tiene la posibilidad de incluir en el trámite legislativo órdenes o disposiciones que impliquen ciertos costos o gastos, sin que ello signifique adición o modificación del Presupuesto General de la Nación. Ello bajo el entendido que está en cabeza del Gobierno decidir si se incluyen o no en el presupuesto anual las apropiaciones requeridas para materializar el deseo del legislativo.

La Corte Constitucional lo expresó en Sentencia C-508 de 2008 en los siguientes términos:

“El Congreso tiene la facultad de promover motu proprio proyectos de ley que decreten gastos, sin que ello implique adicionar o modificar el Presupuesto, por cuanto esas leyes solamente constituyen el título para que luego el Gobierno decida si incluye o no las apropiaciones respectivas en el proyecto de ley anual de presupuesto que se somete a consideración del Congreso. Lo que no puede es consagrar un mandato para la inclusión de un gasto, es decir,

establecer una orden de imperativo cumplimiento. Por su parte, está vedado al Gobierno hacer gastos que no hayan sido decretados por el Congreso e incluidos previamente en una ley. En otras palabras, 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”.

En este orden de ideas se tiene que el presente proyecto de ley no vulnera la constitución en cuanto su intención no es conminar u ordenar de manera imperativa un gasto, sino autorizar al Gobierno nacional a que en virtud del ejercicio de sus funciones, propias de la rama ejecutiva, pueda desarrollar debidamente las disposiciones derivadas del presente proyecto de ley.

IV. CONSIDERACIONES

En la justificación de la iniciativa en estudio expresa que la trayectoria y el indescriptible aporte de Orlando Fals Borda hacen casi innecesario ahondar en razones para que el Congreso de la República y la Nación le rindan merecido homenaje a su memoria. No obstante y en procura de destacar la contribución de este gran colombiano me permito rescatar lo siguiente:

Orlando Fals Borda nació en Barranquilla el 11 de julio de 1925, cursó sus estudios básicos y de bachillerato, para después, prestar servicio militar en la Escuela Militar de Cadetes, donde permaneció año y medio. Su formación profesional la inició en la Universidad de Dubuque en el Estado de Iowa, Estados Unidos, donde se graduó en Literatura Inglesa, Música e Historia (1947).

Su interés por la ruralidad de nuestro país fue un pilar copioso de saber. Entre 1949 y 1951 se desempeñó como investigador social y autodidacta de la sociología rural, centrándose en la comunidad de la vereda de Saucio, en el municipio de Chocontá, Cundinamarca, donde consolidó su tesis de maestría en Sociología de la Universidad de Minesota (1953). Después, en el departamento de Boyacá, produjo su tesis de phd en sociología latinoamericana de la Universidad de Florida (1955), “El hombre y la tierra en Boyacá: Bases para una reforma agraria” (publicado en 1957), libro que se convirtió en el hito de los estudios rurales de nuestro país.

Durante la Presidencia de Alberto Lleras Camargo fue nombrado Director General del Departamento de Agricultura (1959-1961). Desde allí Orlando Fals Borda asesoró la iniciativa de la Reforma Agraria y promovió la creación de las juntas de acción comunal en Colombia, acompañó el proceso organizativo de la primera de ellas en la vereda de Saucio y con este referente, redactó el borrador de la primera reglamentación oficial de las juntas de acción comunal del país. Igualmente, apoyó el proceso organizativo y de retorno a la tierra que agenciaban campesinos, indígenas y afrodescendientes en los departamentos de Córdoba, Sucre y Bolívar. Fue Representante, electo por voto

popular, en la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, desde la cual lideró la Comisión de Seguimiento a la Descentralización y Ordenamiento Territorial.

En 1959, junto con Camilo Torres Restrepo también, fundó la primera Facultad de Sociología de América Latina en la Universidad Nacional de Colombia. Asumió como su decano hasta 1966 y contó con la colaboración de científicos sociales de diversas corrientes y tendencias como Carlos Escalante Angulo, María Cristina Salazar Camargo, Eduardo Umaña Luna, Virginia Gutiérrez de Pineda, Roberto Pineda, Milciades Chávez, Ernesto Guhl y Miguel Fornaguera.

En el marco de su interés por el campo colombiano, estudió el triste fenómeno de “La Violencia” y en 1962, decide recoger los resultados que había dejado la comisión investigadora de las causas de la violencia junto a Monseñor Germán Guzmán Campos y el abogado Eduardo Umaña Luna, elaboró uno de los libros más influyentes del siglo XX para nuestro país: “La violencia en Colombia”.

Para Wladimir Zabala, amigo muy cercano, Fals Borda era una figura que logró llegar a lo mítico y lo admirable, por su disposición para dejar todos los privilegios por la causa del pueblo, dándole un valor supremo a los intereses colectivos por encima de los individuales. Más que una figura de la aristocracia intelectual, Fals Borda fue un hombre justo y brillante que trató de aplicar la justicia y la genialidad a la práctica cotidiana con los otros y las otras. Se formó en la perspectiva de la generosidad y de compartir el saber con quien tuviera la mínima curiosidad de aprender. Orlando Fals Borda fue un esposo muy amoroso, muy unido a su esposa María Cristina Salazar Camacho, quien fue muy importante en su vida personal, intelectual y política. No tuvieron hijos o hijas, pero aseguraron siempre que sus grandes creaciones eran sus libros, porque la creación sociológica y política era su trascendencia y su familia.

Fue gestor de múltiples proyectos de una transformación social que, desde aquellas décadas, ya era urgente en nuestro país. Las recomendaciones realizadas por Fals Borda y sus coautores se convirtieron en una hoja de ruta para el análisis de los problemas estructurales de la Nación y para generar alternativas para la resolución del conflicto armado que [aún padece] el país. En 1971 promovió la creación de la Fundación Rosca de Investigación y Acción Social, que facilitaría la construcción de la Investigación Acción Participativa (IAP), uno de los más importantes legados metodológicos para academia, los sectores y movimientos sociales. Cobra vida entonces una metodología de investigación en la que el intercambio recíproco de entendimientos, garantiza la participación horizontal del científico social y de la comunidad en la investigación.

El maestro Fals Borda soñaba con un país de “negros” en el sentido más digno y respetuoso

de la palabra. Según su amigo Zabala, quería un palenque de negros, es decir, un país con la libertad absoluta para ser. El hombre político anhelaba el país ancestral indígena, el país de la solidaridad, el país compartido, amante de lo natural, puro y mítico; y de ahí surgían sus propuestas prácticas de ordenamiento del territorio nacional, soñaba con el país de las cosas pequeñas pero hechas con puro amor.

Finalmente, promovió el estudio de las ciencias sociales y en particular de la sociología, planteando que la academia está ineludiblemente involucrada con el desarrollo de la Nación colombiana. Desde allí descubrió y promovió la necesidad de una academia activa y en contacto con las comunidades.

Conclusión

Orlando Fals Borda, fue uno de los pensadores críticos más importantes en la segunda mitad del siglo XX, el cual dejó como legado conocimiento crítico en el ámbito político, sociológico y educativo, su formación académica fue constante y dedicada, tanto en Colombia como en otros países, como lo afirma (Javier Calderón, Diana López Cardona, 2016):

“Dedicó su vida a la academia comprometida con la sociedad, siendo sus más preciados aportes las intensas e inteligentes reflexiones críticas sobre las condiciones de la población colombiana, sus estudios en relación con las formas de ser de las comunidades, sus aportes a la sociología y sobre todo la investigación transformadora para el contexto de conflicto social” (p. 3).

Ocupó cargos importantes como (Banrepcultural, 2019), “Consultor de la OEA en Brasil, fue director de investigaciones en el Instituto de Naciones Unidas para el Desarrollo Social”. Entre 1972 y 1976 dirigió la Fundación de Investigación y Acción Social en Bogotá. En 1973 fundó la famosa Revista *Alternativa*, junto con Enrique Santos Calderón, Gabriel García Márquez, Arturo Alape y Antonio Caballero, fue nombrado como Director General del Ministerio de Agricultura, haciendo méritos al compendio de investigaciones realizadas por Fals Borda en torno al problema agrario producto de su especialización de maestría y doctorado en sociología rural.

En su paso por el Ministerio de Agricultura fomento distintos programas los cuales buscaban llevar soluciones efectivas al ámbito rural, como lo afirma (López, 2009):

“En sus actividades administrativas en el Ministerio de Agricultura se interesó por fortalecer el Programa de la Reforma Social Agraria, el Incora y los programas de Directorios Veredales, Juntas de Vecinos y en especial las Juntas de Acción Comunal, de las cuales fue su ideólogo a nivel nacional” (p. 18).

Considerado como el padre de la sociología en Colombia fue quien promovió la importancia de los estudios sociológicos en el país y en el año 1959, junto con Camilo Torres Restrepo, fundó la primera facultad de Sociología, no solamente en

Colombia sino en América Latina, la cual estuvo en la Universidad Nacional, en donde fue decano de la misma, dejando un gran legado para la academia del país, no solamente en la sociología sino también en otras áreas, como lo afirma (Hidalgo, 2008):

“Como decano de la facultad de sociología de la Universidad Nacional impulsó de manera importante los estudios sobre la familia en Colombia, especialmente los de Eduardo Umaña Luna y de Virginia Gutiérrez de Pineda, que llevaron a que disciplinas como el derecho de familia fueran estudiadas no solo desde perspectivas distintas a las que se hacía en ese momento, sino que también abrió las puertas a la discusión académica de la igualdad de derechos en la ley de las mujeres que fue importante, determinante en cambios legales”.

Siempre curioso y preocupado por la situación de país escribió uno de los libros más importantes para Colombia en el siglo XX, el cual fue realizado por un grupo académico, el cual estudió las causas de la violencia, como una de la etapa más oscura y de la escalada de la violencia en el país, el cual no se limitó solo a estudiar los fenómenos presentes en dicha etapa sino también en dar recomendaciones importantes para la resolución del dicho conflicto, entre esas la más importante, la creación de las juntas de acción comunal, como organización comunitaria.

Su interés siempre estuvo enfocado en la educación popular, y en recuperar la relación entre la teoría y la praxis, en acercar la investigación que había estado tan lejana del objeto de investigación, por lo cual fundó un método de investigación un método de investigación cualitativa llamado Investigación Acción Participativa (IAP), el cual buscaba que el investigador se acercara más a los actores sociales e interactuaran con ellos con el fin de obtener la información directamente y la finalidad de este método era transformar la realidad de dichos actores sociales para satisfacer sus necesidades.

La incidencia que generó Fals Borda con su método de investigación tuvo un impacto muy importante en la academia, como lo afirma (Javier Calderón, Diana López Cardona, 2016):

“Si bien la I.A.P. surgió como una metodología inspirada en la sociología, se convirtió de inmediato en acción educativa...cuyo desarrollo demostró procesos de aprendizaje significativo, haciendo de la investigación una constante acción creadora tanto para los investigadores como para los actores sociales”.

Además de que mantuvo un vínculo cercano con diferentes academias de historias del país como lo afirma (Semana, 2008) “la Academia Boyacense de Historia y la Fundación para el Análisis de la Realidad Colombiana (Fundarco)”, lo que permitió conocer el contexto colombiano a profundidad.

Pero este no es el único aporte importante que ha hecho a nuestro país, puesto que lleva haciendo investigaciones en todos sus años de vida como ejemplo entre 1970-1975 por medio de la Fundación “La Rosca” realizó múltiples investigaciones

sociológicas, además que fue director de la misma, Según (*Semana*, 2008) “Entre 1972 y 1976 dirigió la Fundación de Investigación y Acción Social en Bogotá”, según (López, 2009) “en el año 1985 fundó el Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales en la Universidad Nacional, en donde continuó en la investigación científica como “Profesor emérito”, además complementa (López, 2009) “en la misma década fundó la Editorial “Punta de Lanza” y la revista “Alternativa” en la década de los setenta, la cual volvió a editar en los años noventa”.

Fue una persona de tan alto reconocimiento y respeto en Colombia, que luego de la Asamblea Constituyente de 1991 se le convocó y se le permitió ser uno de los ideólogos; junto a grandes personalidades ayudó a la construcción de la Constitución Nacional de ese mismo año, como lo afirma (Hidalgo, 2008):

“Sin embargo, tal vez su aporte más grande al derecho colombiano fue precisamente en la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, cuando junto a juristas como Gustavo Zafra y Jaime Castro desarrollaron una importante labor en el tema de Ordenamiento Territorial, especialmente en el tema de la reorganización del territorio, el proyecto de la regionalización – tal vez el más polémico de todos – y organizaron las facultades fiscales de los entes territoriales”.

En el ámbito político también nos dejó un legado muy importante, Fals Borda estuvo siempre identificado con la ideología que sustentaba el grupo M-19 lo cual le generó ser perseguido y estigmatizado, sin embargo, eso no hizo declinar de sus ideales políticos, lo que le permitió convertirse en uno de sus directivos, luego de que dicho grupo hiciera la transición de grupo guerrillero a partido político.

Conservó una seria convicción de que la investigación social debía estar ligada de forma cercana con la acción política, lo que lo llevó a ser partícipe en la creación y consolidación de actores políticos como afirman (*El Tiempo*, 2008) “En 2002 participó en la creación del Frente Social y Político (FSP) y posteriormente en la consolidación de la unidad de la izquierda democrática en Colombia en la fundación del Polo Democrático Alternativo, hasta el día de su muerte como lo afirma (*Semana*, 2008) “Murió siendo presidente honorario del Polo Democrático, partido del cual fue un faro ideológico”.

Creó las bases de la sociología, y la cimentó muy bien, lo que lo convirtió en un modelo a seguir por múltiples sociólogos, ya que fue una celebridad en el ámbito académico por sus múltiples producciones académicas, como lo afirma (López, 2009), “En octubre del año 2002, la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia le otorgó el título de doctor honoris causa”.

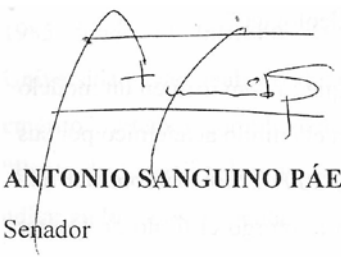
Sus obras y libros más emblemáticos fueron, *La violencia en Colombia* (1977), *Campesinos de*

los Andes (1955), *El hombre y la tierra en Boyacá* (1957), *Revoluciones inconclusas en América Latina* (1970), *Ciencia propia y colonialismo intelectual* (1972) e *Historia de la cuestión agraria en Colombia* (1975) y como último gran aporte de este ilustrado colombiano fue fundar el Centro Estratégico de Pensamiento Alternativo (CEPA) la cual en la actualidad se encarga de continuar con el legado de Fals, con el objetivo de producir conocimiento crítico para reconstruir la nación colombiana desde sus raíces y el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), como lo afirma en su página web, uno de sus objetivos es “Promover la investigación social para el combate a la pobreza y la desigualdad, el fortalecimiento de los derechos humanos y la participación democrática”.

V. PROPOSICIÓN FINAL

Por los argumentos esbozados anteriormente, presentamos **ponencia positiva** al y solicitamos a la Plenaria del Senado de la República dar segundo debate en Senado al Proyecto de ley número 044 de 2019 Senado, *por el cual se exalta la memoria del sociólogo, intelectual, profesor e investigador social, doctor Orlando Fals Borda, desplegando reconocimientos a un pensador colombiano que enorgullece la Nación.*

Atentamente,



ANTONIO SANGUINO PÁEZ
Senador
Partido Alianza verde

V. ARTICULADO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 44 DE 2019 SENADO

por medio del cual se exalta la memoria del sociólogo, intelectual, profesor e investigador social, doctor Orlando Fals Borda, desplegando reconocimientos a un pensador colombiano que enorgullece a la Nación.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* El Congreso de la República de Colombia, honra y exalta la memoria del sociólogo, intelectual, investigador social y académico Orlando Fals Borda.

Artículo 2°. Encárguese a la unidad administrativa especial de la biblioteca Nacional de Colombia, la recopilación, selección y publicación de la obra del maestro Orlando Fals Borda.

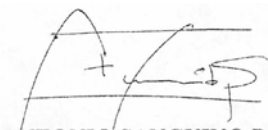
Artículo 3°. Encárguese a la Radio Televisión Nacional de Colombia (RTVC), la producción y emisión de un documental que recoja y exalte la vida y obra del maestro Orlando Fals Borda.

Artículo 4°. Autorícese al Gobierno nacional para incorporar dentro del Presupuesto General de

la Nación, las apropiaciones necesarias, para los efectos contemplados en la presente ley.

Artículo 5°. La presente ley rige a partir de su promulgación.

Del Congressista,


ANTONIO SANGUINO PÁEZ
 Senador
 Partido Alianza verde

recopilación, selección y publicación de la obra del maestro Orlando Fals Borda.

Artículo 3°. Encárguese a la Radio Televisión Nacional de Colombia (RTVC), la producción y emisión de un documental que recoja y exalte la vida y obra del maestro Orlando Fals Borda.

Artículo 4°. Autorícese al Gobierno nacional para incorporar dentro del Presupuesto General de la Nación, las apropiaciones necesarias, para los efectos contemplados en la presente ley.

Artículo 5°. La presente ley rige a partir de su promulgación.

Comisión Segunda Constitucional Permanente

COMISIÓN SEGUNDA CONSTITUCIONAL PERMANENTE

SENADO DE LA REPÚBLICA

El texto transcrito fue el aprobado en primer debate en Sesión Ordinaria de la Comisión Segunda del Senado de la República, el día primero (01) de octubre del año dos mil diecinueve (2019), según consta en el Acta No. 06 de esa fecha.

JOSÉ LUIS PÉREZ OYUELA
 Presidente
 Comisión Segunda
 Senado de la República

JOHN HAROLD SUÁREZ VARGAS
 Vicepresidente
 Comisión Segunda
 Senado de la República

Comisión Segunda Constitucional Permanente

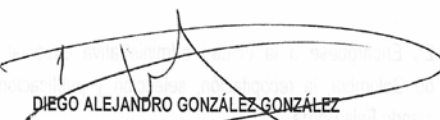
Bogotá, D.C., Diciembre 16 de 2019

AUTORIZAMOS EL PRESENTE INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE PRESENTADO POR EL HONORABLE SENADOR ANTONIO SANGUINO PÁEZ, AL PROYECTO DE LEY No. 044/19 Senado "POR MEDIO DEL CUAL SE EXALTA LA MEMORIA DEL SOCIÓLOGO, INTELLECTUAL, PROFESOR E INVESTIGADOR SOCIAL, DOCTOR ORLANDO FALS BORDA, DESPLEGANDO RECONOCIMIENTOS A UN PENSADOR COLOMBIANO QUE ENORGULLECE A LA NACIÓN", PARA SU PUBLICACIÓN EN LA GACETA DEL CONGRESO.

JOSÉ LUIS PÉREZ OYUELA
 Presidente
 Comisión Segunda
 Senado de la República

JOHN HAROLD SUÁREZ VARGAS
 Vicepresidente
 Comisión Segunda
 Senado de la República


DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
 Secretario General
 Comisión Segunda
 Senado de la República


DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
 Secretario General
 Comisión Segunda
 Senado de la República

CONTENIDO

Gaceta número 1234 - Martes, 17 de diciembre de 2019

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY

	Págs.
Proyecto de ley número 279 de 2019 Senado, por medio de la cual se crea la Óptima Acreditación de Calidad en Salud, se crean las Entidades de Apoyo a la Salud y se dictan otras disposiciones.....	1
Proyecto de ley número 280 de 2019 Senado, por la cual se modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.....	4

PONENCIAS

Informe de ponencia para primer debate en Senado, modificaciones del articulado y articulado propuesto al Proyecto de ley número 182 de 2019 Senado, por el cual se establece el reconocimiento de los derechos de los trabajadores de la vigilancia y seguridad privada y se dictan otras disposiciones.....	17
Informe de ponencia para segundo debate en Senado, articulado propuesto y texto definitivo aprobado en primer debate Comisión Segunda al Proyecto de ley número 44 de 2019 Senado, por el cual se exalta la memoria del sociólogo, intelectual, profesor e investigador social, doctor Orlando Fals Borda, desplegando reconocimientos a un pensador colombiano que enorgullece la Nación.	23

**TEXTO DEFINITIVO APROBADO
 EN PRIMER DEBATE
 COMISIÓN SEGUNDA
 CONSTITUCIONAL PERMANENTE
 SENADO DE LA REPÚBLICA**

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 44 DE 2019
 SENADO**

por medio del cual se exalta la memoria del sociólogo, intelectual, profesor e investigador social, doctor Orlando Fals Borda, desplegando reconocimientos a un pensador colombiano que enorgullece a la Nación.

El Congreso de la República

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* El Congreso de la República de Colombia, honra y exalta la memoria del sociólogo, intelectual, investigador social y académico Orlando Fals Borda.

Artículo 2°. Encárguese a la unidad administrativa especial de la biblioteca Nacional de Colombia, la