



## GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIII - N° 147

Bogotá, D. C., jueves, 29 de febrero de 2024

EDICIÓN DE 25 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

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 237 DE 2024 SENADO

por medio del cual se declara Patrimonio Cultural e Inmaterial la Leyenda del Hombre Caimán y el Festival Folclórico de la Leyenda del Hombre Caimán (FFLHC) del municipio de Plato (Magdalena) y se dictan otras disposiciones.

Bogotá D.C., 28 de febrero de 2024

Doctor  
**GREGORIO ELJACH PACHECO**  
Secretario General  
Senado de la República

ASUNTO: Proyecto de Ley "Por medio del cual se declara patrimonio cultural e inmaterial la Leyenda del Hombre Caimán del Municipio de Plato (Magdalena) y se dictan otras disposiciones"

Apreciado Doctor Eljach Pacheco,

En ejercicio de la facultad prevista en el artículo 150 de la constitución Política y en concordancia con el artículo 140 de la Ley 5 de 1992, me permito radicar ante la Secretaría General del Senado de la República el Proyecto de Ley "Por medio del cual se declara patrimonio cultural e inmaterial la Leyenda del Hombre Caimán y el Festival Folclórico de la Leyenda del Hombre Caimán (FFLHC) del Municipio de Plato (Magdalena) y se dictan otras disposiciones"

Atentamente,

**CARLOS MARIO FARELO DAZA**  
Senador de la República

Proyecto de Ley No. \_\_\_\_\_ de 2024 Senado

"Por medio del cual se declara patrimonio cultural e inmaterial la Leyenda del Hombre Caimán y el Festival Folclórico de la Leyenda del Hombre Caimán (FFLHC) del Municipio de Plato (Magdalena) y se dictan otras disposiciones"

EL CONGRESO DE COLOMBIA  
DECRETA:

**Artículo 1º.** Declárese patrimonio cultural e inmaterial de la Nación, la Leyenda del Hombre Caimán y el Festival Folclórico de la Leyenda del Hombre Caimán (FFLHC) del Municipio de Plato (Magdalena).

**Artículo 2º.** Para contribuir a su difusión y conservación de las expresiones artísticas de la Leyenda del Hombre Caimán y el Festival Folclórico de la Leyenda del Hombre Caimán (FFLHC) del Municipio de Plato (Magdalena), se autoriza al Ministerio de Cultura en coordinación con el municipio de Plato, para que de conformidad con sus funciones constitucionales y legales contribuyan al fomento, internacionalización, promoción, divulgación, financiación y desarrollo de los valores culturales que se originan alrededor de las expresiones folclóricas y artísticas que han hecho tradición en relación a la Leyenda del Hombre Caimán y el Festival Folclórico de la Leyenda del Hombre Caimán (FFLHC)

**Artículo 3º.** A partir de la sanción de la presente ley y de conformidad con los artículos 334, 341, 288 y 345 de la Constitución Política y de las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001 y 397 de 1997 autorizase al Gobierno Nacional a través del Ministerio de Cultura para incorporar dentro del Presupuesto General de la Nación e impulsar a través del sistema nacional de cofinanciación las apropiaciones requeridas en la presente ley.

**Artículo 4º.** Las autorizaciones otorgadas al Gobierno Nacional en virtud de esta ley, se incorporarán de conformidad con lo establecido en el artículo 3º, en primer lugar, reasignando los recursos hoy existentes en cada órgano ejecutor, sin que ello implique un aumento del presupuesto. En segundo lugar, de acuerdo con las disponibilidades que se produzcan en cada vigencia fiscal.

**Artículo 5º.** El Gobierno Nacional queda autorizado para impulsar y apoyar ante otras entidades públicas o privadas, nacionales o internacionales, la obtención de recursos económicos adicionales o complementarios a las que se autorizaren apropiarse en el Presupuesto General de la Nación de cada vigencia fiscal, destinadas al objeto que se refiere la presente ley.

**Parágrafo.** Las apropiaciones autorizadas dentro del Presupuesto General de la Nación deberán contar para su ejecución con programas y proyectos de inversión.

**Artículo 6º.** Reconózcase la Leyenda del Hombre Caimán y el Festival Folclórico de la Leyenda del Hombre Caimán (FFLHC) del Municipio de Plato (Magdalena), como una tradición autóctona de Colombia. La titularidad del Patrimonio Cultural Inmaterial estará sometida a las reglas contenidas en la Ley 397 de 1997, al Decreto 2941 de 2009 y demás normas concordantes.

**Parágrafo.** Exhórtese al Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Cultura, para que la Leyenda del Hombre Caimán y el Festival Folclórico de la Leyenda del Hombre Caimán (FFLHC) del Municipio de Plato (Magdalena), se incluya en la Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial (LRPCI) del ámbito nacional y se apruebe el Plan Especial de Salvaguardia (PES).

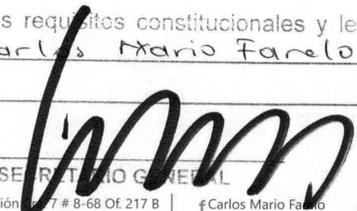
**Artículo 7º.** La presente ley rige a partir de su sanción y publicación, y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

  
**CARLOS MARIO FARELO-DAZA**  
 Senador de la República

**SENADO DE LA REPÚBLICA**

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

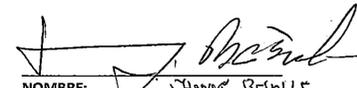
El día 28 del mes febrero del año 2024  
 se radicó en este despacho el proyecto de ley  
 N°. 237. Acto Legislativo N°. \_\_\_\_\_, con todos y  
 cada uno de los requisitos constitucionales y legales  
 por: H.S. Carlos Mario Farelo

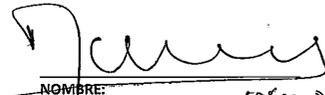
  
 SECRETARÍA GENERAL  
 Dirección: # 7-8-68 Of. 217 B | Carlos Mario Farelo  
 401 207200007

3

  
 NOMBRE: Dilo  
 SENADOR DE LA REPÚBLICA

  
 NOMBRE: Carlos Moto  
 SENADOR DE LA REPÚBLICA

  
 NOMBRE: Honor Bernal  
 SENADOR DE LA REPÚBLICA

  
 NOMBRE: Eogar Daza  
 SENADOR DE LA REPÚBLICA

  
 NOMBRE: Jorge Benedito  
 SENADOR DE LA REPÚBLICA

**Exposición de motivos**

**INDICE**

1.- Introducción.....05  
 1.1.- Leyenda del Hombre Caimán.....06  
 1.2.- Riesgo de la memoria de la Leyenda del Hombre Caimán.....09  
 2.- Objetivos generales y específicos.....16  
 2.1.- Objetivo general.....16  
 2.2.- Objetivos específicos.....16  
 3.- Fundamentos jurídicos del proyecto de ley.....17  
 4.- Conflicto de interés.....22  
 5.- Conclusiones.....22

**1.- INTRODUCCIÓN**

Plato es un Municipio en el Departamento del Magdalena, situado en la ribera oriental del río Magdalena. Funciona como el centro económico y comercial principal de la Subregión Centro Magdalense y es el más poblado en esa área. La ubicación geográfica de Plato, en las orillas del río Magdalena, le otorga una posición estratégica, y gran parte de su territorio incluye el Complejo Cenagoso de Zarate, Malibú y Veladero, considerado el segundo más importante del país. Con 1,500.04 km<sup>2</sup>, Plato es el segundo ente territorial más extenso por kilómetro cuadrado en el Magdalena, superado únicamente por Santa Marta.

El Municipio de Plato, destaca por su rica importancia estratégica y cultural. Estratégicamente, su ubicación geográfica lo convierte en un punto clave para el desarrollo económico de la región, siendo un nexo entre diferentes áreas. Culturalmente, Plato es reconocido por preservar y celebrar tradiciones arraigadas, contribuyendo así a la diversidad cultural de Colombia. Su patrimonio cultural, fusionando influencias indígenas, afrodescendientes y españolas, crea una identidad única que merece ser apreciada y difundida.

El Municipio de Plato, ha desempeñado un papel crucial en la historia y desarrollo del Caribe colombiano. Fundado el día 8 de diciembre de 1626, ha sido testigo de eventos significativos que han dejado una huella en la región. Desde el punto de vista histórico, Plato ha sido un enclave estratégico por su ubicación geográfica a orillas del río Magdalena. Durante el siglo XIX, fue un importante centro comercial fluvial, facilitando el intercambio de productos entre las regiones del interior y la costa caribeña. Su desarrollo estuvo vinculado a la bonanza bananera y a la expansión económica de la región.

Normativamente, el municipio ha contribuido al desarrollo cultural y social del Caribe colombiano. La creación de instituciones educativas, así como el impulso de actividades culturales y deportivas, ha fortalecido la identidad local y regional. Además, el municipio ha participado activamente en procesos de descentralización y autonomía municipal, siendo un actor clave en la configuración administrativa del Caribe colombiano.

En términos contemporáneos, Plato enfrenta desafíos socioeconómicos, pero su importancia histórica y normativa sigue siendo fundamental para comprender la evolución del Caribe colombiano, consolidándose como un punto clave en la construcción de la identidad regional y en la promoción del desarrollo sostenible.

**1.1.- Leyenda del Hombre Caimán**

La leyenda del Hombre Caimán tiene sus raíces en la tradición oral de la cultura indígena Chimila, establecida en el bajo Magdalena. Los Chimilas consideraban al caimán como un ser sagrado en su mundo simbólico, con mitos que involucraban caimanes que devoraban hombres o indígenas transformados en animales. Estas narrativas fantásticas inspiraron a Virgilio Andrés Di Filippo, autor de la leyenda tal como la conocemos hoy en día, según Amador (2012) y Rey Sining (2014).

Virgilio Di Filippo, originario del Cerro San Antonio (Magdalena) y partidista conservador, desempeñó el cargo de Secretario del Juzgado Municipal en Plato a partir de 1927. Además de abogado, fue periodista, escritor, compositor, organista y sacristán. También se destacó como organizador de festividades religiosas en la iglesia de Plato. Contrajo matrimonio con la profesora Clara Luz Alfaro De León en esta localidad, donde finalmente falleció. (Pasado, presente y futuro – Alcaldía de Plato)<sup>1</sup>. Virgilio Di Filippo, destacado escritor, recopiló relatos de pescadores sobre el mito del hombre caimán, animal totémico de los Chimilas. Basándose en estas historias, creó crónicas periodísticas en la década de 1940 para el diario La Prensa de Barranquilla. En estas crónicas, narra un sorprendente suceso donde el comerciante Saúl Montenegro, según rumores locales, buscó la ayuda de un brujo para transformarse en caimán. Así, camuflado entre la fauna, espiaba a las jóvenes que se bañaban en el caño. A partir de entonces, empieza la Leyenda del Hombre Caimán, que se populariza con la canción que grabara José María Peñaranda<sup>2</sup>, acordeonero y compositor barranquillero:

*"Voy a empezar mi relato  
con alegría y con afán  
que en la población de Plato  
se volvió un hombre caimán."*

<sup>1</sup> Consultado 15 de enero de 2024.

<sup>2</sup> José María Peñaranda Márquez (Barranquilla, 11 de marzo de 1907-Barranquilla, 5 de febrero de 2006). Fue un compositor colombiano de música popular costeña como cumbia, porros, merengues y otros aires caribeños.

De acuerdo con la (Acevedo-Merlano & Llinás-Pizarro, 2020), este relato, transmitido oralmente y aceptado generacionalmente, ha creado un fuerte sentido de apropiación en la comunidad, convirtiéndose en la insignia del municipio y un referente cultural en la región Caribe. Es reconocido como una parte importante de la identidad local, integrando territorio, historia oral y cultura, siendo el relato autóctono del Bajo Magdalena que mantiene viva la relación de los habitantes con el río y su cultura ribereña. (Rey Sining 1995).

La leyenda del Hombre Caimán destaca las habilidades anfibias de los habitantes de Plato, convirtiéndose en un relato arraigado en la comunidad. Esta narrativa ha llevado a la creación de bailes y la instauración del Festival de la Leyenda del Hombre Caimán en 1972. En la actualidad, el Consejo de Cultura Municipal, compuesto por gestores y promotores culturales locales, junto con el respaldo de la administración municipal, ha liderado iniciativas para mantener y difundir la leyenda. Estas estrategias incluyen actividades culturales y lúdicas previas al festival. (Acevedo-Merlano & Llinás-Pizarro, 2020)

En el municipio, se destaca la presencia de monumentos y manifestaciones artísticas en Plato relacionadas con la leyenda del hombre caimán. Estos elementos, presentes en las calles y comercios del municipio, utilizan símbolos y representaciones visuales para enriquecer la memoria colectiva y la cultura popular local. Además, se resalta el papel de estas expresiones en la promoción de tradiciones culturales, sirviendo como elemento de cohesión social e identidad para los habitantes de Plato. (Acevedo-Merlano & Llinás-Pizarro, 2020)

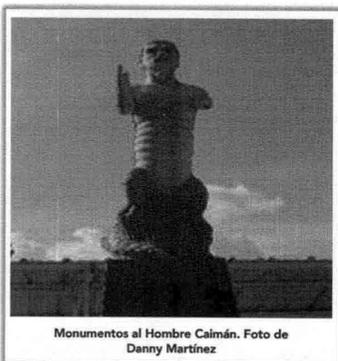
**Gráfico 1. Mural sobre el hombre caimán.**



Mural sobre la leyenda del Hombre Caimán. Foto de Raiza Llinás

Fuente: (Acevedo-Merlano & Llinás-Pizarro, 2020) (pág. 61)

**Gráfico 2. Estatua del hombre caimán.**



Monumentos al Hombre Caimán. Foto de Danny Martínez

Fuente: (Acevedo-Merlano & Llinás-Pizarro, 2020) (Pág. 61)

**Gráfico 3. Conversatorio sobre el festival de la leyenda del hombre caimán.**



Conversatorio sobre el Festival. Foto de Raiza Llinás

Fuente: (Acevedo-Merlano & Llinás-Pizarro, 2020) (Pág. 66)

La sostenibilidad de la manifestación cultural está en riesgo debido a la falta de portadores que conozcan la historia a fondo y puedan recrear la leyenda. La formación de jóvenes en este tema es crucial para mitigar esta amenaza. Además, la transmisión de la leyenda ha experimentado cambios, ya que ahora se utiliza animación gráfica en 3D en plataformas digitales como YouTube, rompiendo con la tradición oral.

**1.2.- Riesgo inminente de la memoria de la Leyenda del Hombre Caimán.**

Como se mencionó anteriormente, la leyenda del Hombre Caimán es la historia de un pescador convertido en caimán para espiar a mujeres bañándose en el caño de las mujeres en el barrio San Rafael, a orillas del río Magdalena. Escrita por Virgilio Di Filippo en los años sesenta, se convirtió en un patrimonio cultural en Plato, Magdalena. En 1972, se estableció como festival bajo la Fundación Festival Folclórico de la Leyenda Del Hombre Caimán (FFLHC). Sin embargo, con el tiempo,

el enfoque del festival cambió, centrándose en concursos, conciertos y eventos, descuidando la transmisión de saberes y tradiciones. Esto ha llevado a una pérdida de la esencia original de la leyenda, priorizando aspectos comerciales y de entretenimiento sobre la preservación cultural. La leyenda del hombre caimán cumple con los requisitos para ser declarada patrimonio de todos, iniciando así el proceso de reconocimiento nacional e internacional a través del ministerio de cultura y la UNESCO.

De acuerdo con datos expuestos por el Movimiento Magdalena Joven, el deterioro de la tradición cultural de la Leyenda del Hombre Caimán se puede evidenciar en los siguientes puntos:

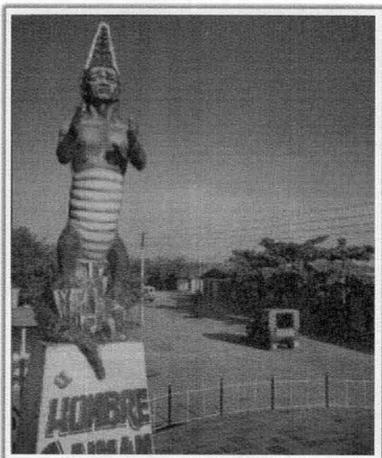
**1.- Representación material de la leyenda trasgredida con el tiempo.** El municipio de Plato cuenta con tres monumentos dedicados a la Leyenda del Hombre Caimán, pues es su máxima expresión cultural, sin embargo, los tres monumentos fueron construidos con años de diferencia, y cada uno es diferente al anterior, muestra de la trasgresión a la tradición oral, miremos:

**Monumento 1.** Ubicado en la carrera 14 con calle 2 al pie del dique de contención en el Barrio San Rafael, se encuentra el Monumento a la leyenda del hombre caimán, instalado en el año 1974 en conmemoración de la realización del Primer Festival de La Leyenda en el municipio. Este monumento describe la escena donde el caimán observaba a las mujeres bañarse en el Río. Se define al hombre caimán con cuerpo de caimán y cabeza de humano, lo que imposibilita que este puede estar erguido, ya que sus extremidades y cola de caimán se lo impiden.

**Monumento 2.** Ubicado en la carrera 15 entre calles 9 y 10, se encuentra la plaza del hombre caimán y el segundo monumento a la leyenda. Este monumento fue construido en el año 1998 y posteriormente remodelado en el año 2006. Para mayor comprensión, hablaremos del Monumento de 1998 y del Monumento de 2006.

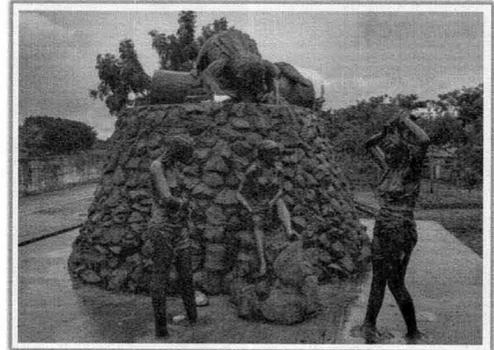
El monumento del año 1998 dio un cambio a la representación del hombre caimán, pasando de un caimán con cabeza de humano a un humano con cola, pies y medio cuerpo de caimán, el pecho, brazos, cuello y cabeza de humano, con una corona de media boca de caimán en la cabeza como adorno. El cuerpo humano del caimán era de piel negra, musculoso y de pecho definido, coherente al relato de descripción de Saúl Montenegro.

**Gráfico 6. Monumento del hombre caimán de piel negra.**



Fuente. Movimiento Magdalena Joven.

**Gráfico 4. Monumento al hombre caimán.**



Fuente. Movimiento Magdalena Joven.

**Gráfico 5. Monumento hombre caimán.**



Fuente. Movimiento Magdalena Joven.

**Monumento 3.** El monumento del año 2006, remodelación del monumento del año 1998, presenta dos cambios significativos, el primero es el tono de piel, que pasa de negro a claro, y el segundo en la corona de la cabeza, como se puede apreciar en la imagen del margen derecho. Lo cual es representativo, ya que cambiar el color de piel del monumento, trasgrede la identidad racial del hombre pescador llamado Saúl Montenegro.

**Gráfico 7. Monumento del hombre caimán de piel negra modificado.**

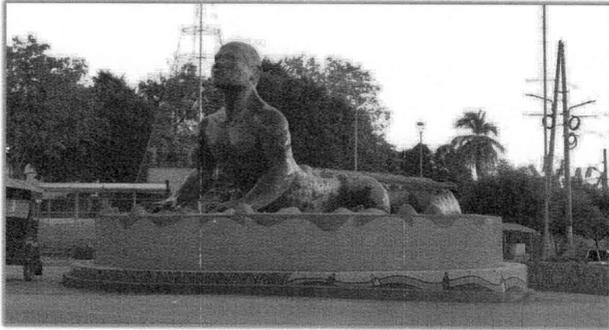


Fuente. Movimiento Magdalena Joven.

**Monumento 4:** ubicado en la carrera 15 con la troncal de contenedores o troncal del caribe, se encuentra el tercer monumento a la leyenda, el cual saluda a propios, visitantes y quienes pasan por toda la troncal que conecta a Bosconia cesar y el Carmen de bolívar, cruce importante entre el centro del país y Cartagena. Este monumento es el más reciente, data del año 2015, cuando fue inaugurado en el mes de diciembre, y caracteriza a un caimán mitad caimán y mitad humano, con extremidades inferiores de caimán, lo que imposibilita caminar en dos piernas, obligando a que este camine arrastrado.

Este monumento es el reflejo del deterioro de la leyenda del hombre caimán, no es fiel a la tradición oral, pero las nuevas generaciones y el mundo lo ven como referencia de la leyenda, lo cual es sin duda una aberración y transgresión a la historia.

**Gráfico 8. Monumento del hombre caimán en la glorieta.**



Fuente. Movimiento Magdalena Joven.

**2. Ausencia de políticas y planes de salvaguarda del Patrimonio Inmaterial y material de la leyenda.**- Pese a ser una leyenda de más de 60 años y estar a portas de cumplir 400 años de historia, el municipio de Plato no cuenta con Política públicas de preservación y promoción, planes de salvaguarda ni mecanismos institucionales que propendan por conservar y promover la leyenda. Lo más lamentable, es que, a pesar de la importancia de la leyenda, esta no ha sido adoptada como patrimonio por el municipio, dejando a merced de la conveniencia política de los gobiernos de turno su apoyo, fomento e impulso. Todo lo anterior es clave para preservar la tradición, pues hoy en día no existe un escrito oficial de la leyenda, ni de su danza, ni de su representación. Todo ha quedado a merced de la imaginación y la adaptación de cada persona, lo cual es un peligro para la tradición oral.

**3. Festival de la Leyenda del Hombre caimán.**- El festival de la leyenda ha sido una de las expresiones de la decadencia de la tradición oral, pues en 60 años de historia, solo se han realizado 28 versiones, lo que claramente genera una interrupción en la reproducción de la leyenda en propios y visitantes. La mala gestión ha opacado la leyenda, siendo esta sobrepasada en reconocimiento y confundida con la del caimán cienaguero, que es siete (7) años menor que la del Hombre Caimán.

**4. Representaciones de la leyenda.** La suma de todo lo anterior, ha generado una reproducción dañina de la leyenda y su tradición oral, como lo podemos ver en este video disponible en YouTube, donde hacen una animación errada de la representación del hombre caimán.

**Gráfico 9. Video en donde se representa de manera errada la esencia de la leyenda del hombre caimán.**



Video de YouTube <https://www.youtube.com/watch?v=e5qQ6aj3e2g>

**2.- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

El propósito de la presente iniciativa es declarar patrimonio cultural e inmaterial de la Nación, la Leyenda del Hombre Caimán y el Festival Folclórico de la Leyenda del Hombre Caimán (FFLHC) del Municipio de Plato (Magdalena), y contribuir a su difusión y conservación de las expresiones artísticas de las tradiciones del Municipio de Plato (Magdalena).

**2.1.- Objetivo general**

Tener a la Leyenda del Hombre Caimán como Patrimonio Cultural e Inmaterial de la Nación. Tras más de cincuenta (50) años de historia oral, musical, documental y escrita sobre la leyenda y la importancia que tiene para el municipio; esta aun no es patrimonio de los Plateños. Lo que desencadena un sinnúmero de obstáculos para el desarrollo pleno de la leyenda como ventana cultural y eje de desarrollo para el municipio, y el deterioro paulatino de nuestra mayor tradición oral y riqueza cultural.

**2.2.- Objetivos específicos**

- 1) **La leyenda sea escrita.** Dado que la leyenda del Hombre Caimán no está reconocida como patrimonio cultural e inmaterial de la Nación, careciendo de registro oficial autenticado y difusión a nivel local o nacional. Las diversas versiones de la leyenda dificultan su preservación y contribuyen al deterioro de la narrativa original a lo largo del tiempo, como se refleja en la construcción de monumentos en tres momentos distintos.
- 2) **Preservar la danza.** Se destaca que las escuelas de danza, como Tacumbe y Aljari, junto con instituciones educativas, han preservado la danza de la Leyenda del Hombre Caimán, conservando ritmo, canto y coreografía. A pesar de esto, la danza no ha sido oficialmente reconocida como parte del patrimonio, lo que amenaza la conservación de esta expresión cultural distintiva de la leyenda.
- 3) **Nombre e imagen oficial.** Durante los últimos cincuenta años, Edgar Romano Moisés ha personificado al Hombre Caimán, personaje de la Leyenda creada por Don Virgilio Di Filippo. Aunque Moisés ha llevado un atuendo diseñado por él mismo basado en su comprensión de la leyenda, no se le reconoce oficialmente como El Hombre Caimán. La ausencia de regulaciones ha permitido el uso lucrativo de la imagen y el disfraz, alejándose de los objetivos de conservación y transmisión oral de la leyenda.

**Gráfico 10. Representación del hombre caimán.**



Fuente: <https://www.elinformador.com.co/index.php/mas/especiales-periodisticos/156777-magdalena-cuna-de-cultura-y-tradicion-folclorica>

**3.- FUNDAMENTOS JURÍDICOS DEL PROYECTO DE LEY**

La Constitución Política resalta el enfoque pluralista y el deber del Estado de proteger la diversidad cultural. Asimismo, menciona el reconocimiento de la cultura como fundamento de la nacionalidad y la obligación de preservar tanto las riquezas naturales como culturales.

Varios de sus artículos, garantizan la protección de la cultura, así:

*"ARTICULO 1o. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general."*

<p>"ARTICULO 2o. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.</p> <p>Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares."</p> <p>"ARTICULO 7o. <b>El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana.</b>"</p> <p>"ARTICULO 8o. <b>Es obligación del Estado y de las personas proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación.</b>"</p> <p>"ARTICULO 72. <b>El patrimonio cultural de la Nación está bajo la protección del Estado.</b> El patrimonio arqueológico y otros bienes culturales que conforman la identidad nacional, pertenecen a la Nación y son inalienables, inembargables e imprescriptibles."</p> <p>La Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Unesco (2003) y aprobada mediante la Ley 1037 de 2006, indicó lo siguiente:</p> <p>"(...) Artículo 1°. Finalidades de la Convención.</p> <p>La presente Convención tiene las siguientes finalidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>La salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial;</li> <li>El respeto del patrimonio cultural inmaterial de las comunidades, grupos e individuos de que se trate;</li> <li>La sensibilización en el plano local, nacional e internacional a la importancia del patrimonio cultural inmaterial y de su reconocimiento recíproco;</li> <li>La cooperación y asistencia internacionales.</li> </ol>	<p>Artículo 2°. Definiciones</p> <p>A los efectos de la presente Convención,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se entiende por "patrimonio cultural inmaterial" los usos, representaciones, expresiones, conocimientos y técnicas ¿junto con los instrumentos, objetos, artefactos y espacios culturales que les son inherentes¿ que las comunidades, los grupos y en algunos casos los individuos reconozcan como parte integrante de su patrimonio cultural. Este patrimonio cultural inmaterial, que se transmite de generación en generación, es recreado constantemente por las comunidades y grupos en función de su entorno, su interacción con la naturaleza y su historia, infundiéndoles un sentimiento de identidad y continuidad y contribuyendo así a promover el respeto de la diversidad cultural y la creatividad humana. A los efectos de la presente Convención, se tendrá en cuenta únicamente el patrimonio cultural inmaterial que sea compatible con los instrumentos internacionales de Derechos Humanos existentes y con los imperativos de respeto mutuo entre comunidades, grupos e individuos y de desarrollo sostenible.</li> <li>El patrimonio cultural inmaterial, según se define en el párrafo 1 supra, se manifiesta en particular en los ámbitos siguientes:             <ol style="list-style-type: none"> <li>Tradiciones y expresiones orales, incluido el idioma como vehículo del patrimonio cultural inmaterial;</li> <li>Artes del espectáculo;</li> <li>Usos sociales, rituales y actos festivos;</li> <li>Conocimientos y usos relacionados con la naturaleza y el universo;</li> <li>Técnicas artesanales tradicionales.</li> </ol> </li> <li>Se entiende por "salvaguardia" las medidas encaminadas a garantizar la viabilidad del patrimonio cultural inmaterial, comprendidas la identificación, documentación, investigación, preservación, protección, promoción, valorización, transmisión ¿básicamente a través de la enseñanza formal y no formal y revitalización de este patrimonio en sus distintos aspectos.</li> <li>La expresión "Estados partes" designa a los Estados obligados por la presente Convención, y entre los cuales esta esté en vigor.</li> </ol>
<p>5. Esta Convención se aplicará mutatis mutandis a los territorios mencionados en el artículo 33 que pasen a ser partes en ella, con arreglo a las condiciones especificadas en dicho artículo. En esa medida la expresión "Estados partes" se referirá igualmente a esos territorios.</p> <p>Artículo 16. Lista representativa del patrimonio cultural inmaterial de la humanidad.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Para dar a conocer mejor el patrimonio cultural inmaterial, lograr que se tome mayor conciencia de su importancia y propiciar formas de diálogo que respeten la diversidad cultural, el Comité, a propuesta de los Estados partes interesados, creará, mantendrá al día y hará pública una lista representativa del patrimonio cultural inmaterial de la humanidad.</li> <li>El Comité elaborará y someterá a la aprobación de la Asamblea General los criterios por los que se regirán la creación, actualización y publicación de dicha lista representativa. (...)"</li> </ol> <p>Sobre la finalidad e importancia Constitucional de la Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial la Corte Constitucional en la Sentencia C-120 de 2008, dijo:</p> <p>"(...) La Convención tiene por finalidad el reconocimiento, respeto y salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial de la humanidad, cuya producción, preservación, mantenimiento, transmisión y recreación contribuyen a enriquecer la diversidad cultural y la creatividad humana, al tiempo que señala las formas de cooperación y asistencia internacional para el logro de dichos propósitos.</p> <p>Esta salvaguardia de las expresiones culturales inmateriales permite proteger las diversas costumbres y cosmovisiones de los grupos humanos asentados en los territorios de los Estados Parte, en especial de aquellas cuya expresión y transmisión se vale de herramientas no formales (tradiciones orales, rituales, usos, conocimientos de la naturaleza, etc.), y que por ser en muchas ocasiones expresión de grupos minoritarios, tienen un alto riesgo de perderse o de ser absorbidas por las culturas mayoritarias. Por tanto,</p>	<p>el objeto y fines de la Convención, derivados del concepto mismo de salvaguardia que se define en ella (identificación, documentación, investigación, preservación, protección, promoción, valorización, transmisión y revitalización del patrimonio cultural inmaterial ¿artículo 2º¿), se ajusta a los mandatos constitucionales de reconocimiento de la diversidad, protección de las minorías y preservación del patrimonio cultural de la Nación, expresamente consagrados en los artículos 2, 7 y 72 de la Constitución Política. (...)"</p> <p>La Constitución de 1991 establece que las lenguas y dialectos de los grupos étnicos son también oficiales en sus territorios y determina la igualdad de las personas ante la ley, y el derecho de todos a gozar de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.</p> <p>En su artículo 70 establece la Constitución que la cultura y sus diferentes manifestaciones "son fundamento de la nacionalidad, que el Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las que conviven en el país y que promoverá la investigación, la ciencia, el desarrollo y la difusión de los valores culturales de la Nación".</p> <p>En cuanto, a la especial atención del Estado al derecho a la cultura la Corte Constitucional en Sentencia C-671 de 1999, manifestó:</p> <p>"(...) Uno de los aspectos novedosos de la Constitución de 1991, fue el de consagrar entre los derechos fundamentales el de acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades, norma está en la cual, además, en forma precisa y de manera indiscutible, expresó el constituyente que "la cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad, por eso a continuación la Constitución Política le ordena a las autoridades del Estado promover "la investigación, la ciencia, el desarrollo y la difusión de los valores culturales de la Nación. Es decir, en adelante y a partir de la Constitución de 1991, la cultura no es asunto secundario, ni puede constituir un privilegio del que disfruten solamente algunos colombianos, sino que ella ha de extenderse a todos, bajo el entendido de que por constituir uno de los fundamentos de la</p>

nacionalidad su promoción, desarrollo y difusión es asunto que ha de gozar de la especial atención del Estado. (...)"

4.- CONFLICTO DE INTERÉS

De conformidad con el artículo 3 de la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, "Por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992 y se dictan otras disposiciones", que establece que tanto el autor del proyecto y el ponente dentro de la exposición de motivos, deberán incluir un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto.

En ese orden de ideas, el presente proyecto de ley, por ser de carácter general, no configura un beneficio particular, actual y directo para ningún congresista, teniendo en cuenta que, la propuesta versa sobre la declaratoria de patrimonio cultural e inmaterial la Leyenda del Hombre Caimán y el Festival Folclórico de la Leyenda del Hombre Caimán (FFLHC) del Municipio de Plato (Magdalena).

5.- CONCLUSIÓN

El municipio de Plato (Magdalena) cuenta con una trayectoria histórica digna de resaltar, conservar y promover la declaratoria de patrimonio cultural e inmaterial la Leyenda del Hombre Caimán y el Festival Folclórico de la Leyenda del Hombre Caimán (FFLHC) del Municipio de Plato (Magdalena).

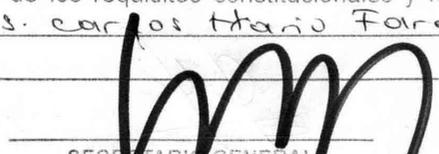
Con base en lo anteriormente expuesto y en cumplimiento del honoroso deber que se me impone en calidad de Senador de la República de Colombia, considero ineludible acudir al buen criterio de nuestros colegas para que se le dé aprobación a este proyecto de ley.

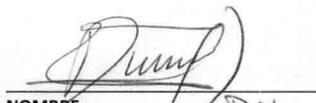
Atentamente,

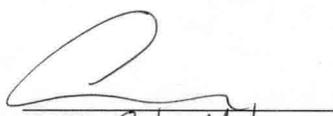
  
CARLOS MARIO FARELO DAZA  
Senador de la República

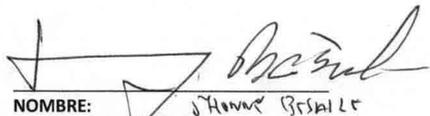
SENADO DE LA REPÚBLICA  
Secretaría General (Art. 189 y Ley 5ª de 1992)

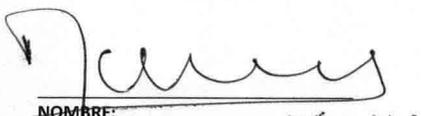
El día 28 del mes febrero año 2024  
se radicó en este despacho el proyecto de ley  
Nº. 237 Acto Legislativo Nº. \_\_\_\_\_, con todos y  
cada uno de los requisitos constitucionales y legales  
por: H.S. Carlos Mario Farelo

  
SECRETARIO GENERAL

  
NOMBRE: Didier Lobo Chinchilla  
SENADOR DE LA REPÚBLICA

  
NOMBRE: Carlos Fernando Mota Solarte  
SENADOR DE LA REPÚBLICA

  
NOMBRE: John Moisés Besaile Fayad  
SENADOR DE LA REPÚBLICA

  
NOMBRE: Edgar Díaz Contreras  
SENADOR DE LA REPÚBLICA

  
NOMBRE: Jorge Benedetti Martelo  
SENADOR DE LA REPÚBLICA

SECCIÓN DE LEYES  
SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARIA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES

Bogotá D.C., 28 de febrero de 2024

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No.237/24 Senado "POR MEDIO DEL CUAL SE DECLARA PATRIMONIO CULTURAL E INMATERIAL LA LEYENDA DEL HOMBRE CAIMÁN Y EL FESTIVAL FOLCLÓRICO DE LA LEYENDA DEL HOMBRE CAIMÁN (FFLHC) DEL MUNICIPIO DE PLATO (MAGDALENA) 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 Senadores CARLOS MARIO FARELO DAZA, DIDIER LOBO CHINCHILLA, CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE, JOHN MOISES BESAILE FAYAD, EDGAR DE JESÚS DIAZ CONTRERAS, JORGE ENRIQUE BENEDETTI MARTELO. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión SEXTA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

GREGORIO ELJACH PACHECO  
Secretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – FEBRERO 28 DE 2024

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión SEXTA 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

IVÁN LEONIDAS NAME VÁSQUEZ

SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

GREGORIO ELJACH PACHECO

PROYECTO DE LEY NÚMERO 238 DE 2024 SENADO

por medio del cual la Nación se asocia a la celebración de los (400) años de fundación del municipio de Plato (departamento del Magdalena) (1626-2026) y se dictan otras disposiciones.

Bogotá D.C., 28 de febrero de 2024

Doctor  
**GREGORIO ELJACH PACHECO**  
 Secretario General  
 Senado de la República

ASUNTO: Proyecto de Ley "Por medio del cual la Nación se asocia a la celebración de los cuatrocientos (400) años de fundación del Municipio de Plato (Departamento del Magdalena) (1626 – 2026) y se dictan otras disposiciones"

Apreciado Doctor Eljach Pacheco,

En ejercicio de la facultad prevista en el artículo 150 de la constitución Política y en concordancia con el artículo 140 de la Ley 5 de 1992, me permito radicar ante la Secretaría General del Senado de la República el Proyecto de Ley "Por medio del cual la Nación se asocia a la celebración de los cuatrocientos (400) años de fundación del Municipio de Plato (Departamento del Magdalena) (1626 – 2026) y se dictan otras disposiciones"

Atentamente,



**CARLOS MARIO FARELO DAZA**  
 Senador de la República

**Parágrafo 1°.** La secretaría técnica de la comisión estará a cargo de la Alcaldía Municipal de Plato. La sede oficial de la comisión serán las instalaciones del Palacio Municipal, en donde reposarán todos los archivos de la comisión.

**Parágrafo 2°.** La comisión deberá darse su propio reglamento interno que orientará su funcionamiento. La comisión sesionará ordinariamente dos veces al año, o cuando se determine, de manera extraordinaria. Con el fin de darle agilidad a la gestión de la comisión, la Secretaría Técnica convocará las sesiones de manera virtual, presencial o mixta, según la naturaleza de los temas. El quórum decisorio se logra con la asistencia de la mayoría de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple. A sus sesiones podrá invitar a personalidades o representantes de instituciones públicas y privadas que considere pertinentes.

**Parágrafo 3°.** La asistencia a las sesiones es obligatoria para los servidores públicos. En el caso de los particulares, su inasistencia a dos sesiones sin ninguna justificación dará motivo para ser excluidos de la Comisión. En este caso se procederá de inmediato a su reemplazo por parte de los demás miembros de la Comisión sin necesidad de adelantar convocatoria.

**Artículo 6.** Autorícese al Gobierno nacional a adoptar mediante decreto, dentro de los seis meses a la expedición de esta ley, el Plan Maestro Cuarto Centenario de Plato (Magdalena) que deberá incluir los proyectos determinados por la comisión que crea esta ley, así como los recursos para su efectiva ejecución.

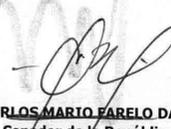
**Artículo 7.** Autorícese al Ministerio de Cultura para asumir el liderazgo técnico y operativo de parte del Gobierno Nacional para el impulso e implementación de la presente ley, e iniciar las acciones pertinentes para su puesta en marcha de manera inmediata, con el apoyo de todos los sectores del Gobierno nacional que sean requeridos.

**Artículo 8.** Autorícese al Ministerio de Cultura y la Autoridad Nacional de Televisión su articulación para adelantar la coordinación de acciones de difusión de la historia del municipio de Plato (Magdalena) y la celebración del Cuarto Centenario de su fundación.

**Artículo 9.** El Ministerio de Cultura declarará Bienes de Interés Cultural, los siguientes inmuebles que se encuentran en el Municipio:

- 1) Iglesia Inmaculada concepción.
- 2) Más bienes que se escojan.

**Artículo 11.** La presente ley rige a partir de su sanción y publicación, y deroga las disposiciones que le sean contrarias.



**CARLOS MARIO FARELO DAZA**  
 Senador de la República

Proyecto de Ley No. \_\_\_\_\_ de 2024 Senado

"Por medio del cual la Nación se asocia a la celebración de los cuatrocientos (400) años de fundación del Municipio de Plato (Departamento del Magdalena) (1626 – 2026) y se dictan otras disposiciones"

**EL CONGRESO DE COLOMBIA**  
 DECRETA:

**Artículo 1.** Artículo 1°. Declárese el asocio de la Nación a la celebración del cuarto centenario de Fundación del Municipio de Plato (Magdalena), acontecimiento histórico sucedido el día 8 de diciembre de 1626, en cabeza del Párroco Fray Nicomedes Fonseca y Meza.

**Artículo 2.** La Nación hace un reconocimiento al municipio de Plato por su riqueza biogeográfica y ecológica, a su diversidad cultural con presencia del pueblo indígena CHIMILA y de población afrocolombiana.

**Artículo 3.** Para dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente ley, se autoriza al Gobierno nacional, la celebración de los contratos y convenios interadministrativos necesarios entre la Nación, el Departamento del Magdalena y el Municipio de Plato.

**Artículo 4.** Autorícese al Gobierno Nacional para que en cumplimiento y de conformidad con la Constitución Política y de la legislación vigente, incorpore dentro del Presupuesto General de la Nación las apropiaciones presupuestales necesarias para ejecutar proyectos de carácter social, agroindustrial, cultural, ambiental y de infraestructura en el municipio de Plato (Magdalena); que permitan cumplir con el objetivo de esta ley.

**Artículo 5.** Conforméase la comisión de los CUATROCIENTOS (400) años de Plato (Magdalena) que garantizará la coordinación para la celebración del cuarto centenario. Esta comisión será la máxima instancia de articulación Nación - Territorio. Tendrá competencias para preparar, diseñar, coordinar, gestionar y estructurar los planes, proyectos y eventos a realizar con motivo de esta celebración.

La Comisión estará integrada por:

- 1) Un delegado (a) del Ministerio de Cultura.
- 2) Gobernador (a) del Departamento del Magdalena.
- 3) Alcalde (a) del Municipio de Plato.
- 4) Un delegado (a) de la Academia de Historia del Magdalena.
- 5) Un (a) representante de la Universidad del Magdalena.
- 6) Un (a) representante de las comunidades indígenas con asentamiento en el Municipio de Plato.
- 7) Un (a) representante del sector cultural del Municipio de Plato.
- 8) Un (a) representante por los gremios económicos del Municipio de Plato.
- 9) Un (a) representante de la Fundación Festival Folclórico de la Leyenda Del Hombre Caimán (FFLHC).
- 10) Un ((a) representante de la Academia Colombiana de Historia.

SENADO DE LA REPUBLICA

Secretaría General ( Art. 139 y ss Ley 5ª de 1992)

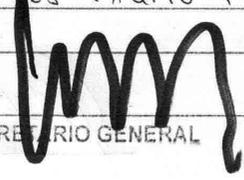
El día 28 del mes Febrero del año 2024

se radicó en este despacho el proyecto de ley /

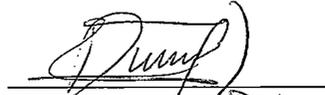
Nº. 238 Acto Legislativo Nº \_\_\_\_\_, con los requisitos

cada uno de los requisitos constitucionales y legales

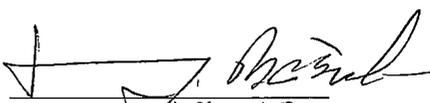
por: H. S. Carlos Mario Farelo Daza

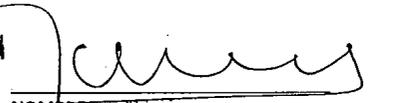


SECRETARIO GENERAL

  
 NOMBRE: Dilo  
 SENADOR DE LA REPÚBLICA

  
 NOMBRE: Carlos Moto  
 SENADOR DE LA REPÚBLICA

  
 NOMBRE: Honor Bernal  
 SENADOR DE LA REPÚBLICA

  
 NOMBRE: EDGAR DIAZ  
 SENADOR DE LA REPÚBLICA

  
 NOMBRE: Jorge Benedito  
 SENADOR DE LA REPÚBLICA

**Exposición de motivos**

**INDICE**

1.- Introducción.....05  
 1.1.- Aspectos generales del municipio.....06  
 1.2.- Leyenda del hombre caimán.....10  
 1.3.- Festividades del municipio.....10  
 2.- Objetivos generales y específicos.....13  
 2.1.- Objetivo general.....13  
 2.2.- Objetivos específicos.....14  
 3.- Fundamentos jurídicos del proyecto de ley.....14  
 4.- Conflicto de interés.....16  
 5.- Conclusiones.....17

**1.- INTRODUCCIÓN**

Plato es un Municipio en el Departamento del Magdalena, situado en la ribera oriental del río Magdalena. Funciona como el centro económico y comercial principal de la Subregión Centro Magdalenaense y es el más poblado en esa área. La ubicación geográfica de Plato, en las orillas del río Magdalena, le otorga una posición estratégica, y gran parte de su territorio incluye el Complejo Cenagoso de Zarate, Malibú y Veladero, considerado el segundo más importante del país. Con 1,500.04 km², Plato es el segundo ente territorial más extenso por kilómetro cuadrado en el Magdalena, superado únicamente por Santa Marta.

El Municipio de Plato, destaca por su rica importancia estratégica y cultural. Estratégicamente, su ubicación geográfica lo convierte en un punto clave para el desarrollo económico de la región, siendo un nexo entre diferentes áreas. Culturalmente, Plato es reconocido por preservar y celebrar tradiciones arraigadas, contribuyendo así a la diversidad cultural de Colombia. Su patrimonio cultural, fusionando influencias indígenas, afrodescendientes y españolas, crea una identidad única que merece ser apreciada y difundida.

El Municipio de Plato, ha desempeñado un papel crucial en la historia y desarrollo del Caribe colombiano. Fundado el día 8 de diciembre de 1626, ha sido testigo de eventos significativos que han dejado una huella en la región. Desde el punto de vista histórico, Plato ha sido un enclave estratégico por su ubicación geográfica a orillas del río Magdalena. Durante el siglo XIX, fue un importante centro comercial fluvial, facilitando el intercambio de productos entre las regiones del interior y la costa caribeña. Su desarrollo estuvo vinculado a la bonanza bananera y a la expansión económica de la región.

Normativamente, el municipio ha contribuido al desarrollo cultural y social del Caribe colombiano. La creación de instituciones educativas, así como el impulso de actividades culturales y deportivas, ha fortalecido la identidad local y regional. Además, el municipio ha participado activamente en procesos de descentralización y autonomía municipal, siendo un actor clave en la configuración administrativa del Caribe colombiano. En términos contemporáneos, Plato enfrenta desafíos socioeconómicos, pero su importancia histórica y normativa sigue siendo fundamental para comprender la evolución del Caribe colombiano, consolidándose como un punto clave en la construcción de la identidad regional y en la promoción del desarrollo sostenible.

**1.1.- Aspectos generales del municipio**

El pueblo inicialmente llamado Villa Concepción de la Plata, en honor a la Inmaculada Concepción, cambió con el tiempo a simplemente "Plato". Se encuentra a orillas de la Ruta del Sol III, en la Transversal de los Contenedores, conectando El Carmen de Bolívar con Valledupar.

Con respecto a su ubicación fluvial, el Río Magdalena atraviesa Plato, conectándolo con varios municipios ribereños en los departamentos de Cesar, Bolívar y Atlántico. Tiene comunicación con lugares como El Banco, Mompós, Magangué, Santa Ana, Tenerife, Calamar, entre otros, incluso llegando a ciudades más lejanas como Gamarra, Barrancabermeja y Puerto Berrío.

En términos de transporte aéreo, cuenta con el Aeropuerto Las Mercedes, ubicado al norte de la cabecera municipal, cerca de la Transversal de los Contenedores.

Históricamente, los indígenas Chimilas habitaban la región, y la Comunidad Franciscana inició la penetración en el territorio para evangelizar y explotar haciendas. En 1626, Fray José Nicomedes De Fonseca y Meza bautizó la población indígena como "Villa Concepción de la Plata". En 1754, José Fernando de Mier y Guerra refundó la población como "Villa de la Concepción de la Plata". Posteriormente, en 1853, se elevó a la categoría de Distrito Municipal mediante una ordenanza. Ha pasado por diferentes divisiones administrativas, siendo parte del Estado del Magdalena y del departamento de Tenerife, antes de formar parte del departamento del Magdalena desde 1886.

Se destaca que Francisco "Pacho" Rada, nacido en Plato, es conocido por aprender a tocar el acordeón desde joven y se le atribuye la creación de uno de los aires del vallenato, el son. La película "El acordeón del diablo" de 2000 trata sobre su vida, proponiéndolo como el personaje legendario de Francisco el Hombre.

El municipio se destaca por su rica importancia estratégica y cultural. Estratégicamente, su ubicación geográfica lo convierte en un punto clave para el desarrollo económico de la región, siendo un nexo entre diferentes áreas. Culturalmente, Plato es reconocido por preservar y celebrar tradiciones arraigadas, contribuyendo así a la diversidad cultural de Colombia. Su patrimonio cultural, fusionando influencias indígenas, afrodescendientes y españolas, crea una identidad única que merece ser apreciada y difundida.

**Gráfico 1. Configuración actual del municipio de Plato.**



Fuente: <https://www.plato-magdalena.gov.co/MiMunicipio/GaleriaDeMapas/MAPA%20ACTUALIZADO%20DE%20PLATO%203.jpg>

**Gráfico 2. Ubicación del municipio de Plato en el Departamento.**



Fuente: <https://www.plato-magdalena.gov.co/MiMunicipio/Paginas/Galeria-de-Mapas.aspx>

El Municipio de Plato tiene una superficie aproximada de 1500,04 kilómetros cuadrados que representan el 6,6% del área total del Departamento del Magdalena. A pesar de la pérdida de territorio por creación de nuevos municipios, Plato se ubica actualmente en el segundo lugar entre los municipios del departamento según la extensión territorial, superado solamente por Santa Marta.

Su cabecera municipal se extiende sobre una superficie aproximada de 446 hectáreas o 4,46 km<sup>2</sup>, con una población urbana de 52.468 habitantes (estimada para 2023) y una densidad de 11.683 hab/km<sup>2</sup>. Los restantes 1495,58 km<sup>2</sup> conforman la superficie rural del municipio distribuida en 10 corregimientos y 5 inspecciones de policía. En el sector rural se destaca una inmensa extensión territorial de terrenos baldíos conocidos popularmente como "Los Playones de Plato".

El Municipio de Plato posee el segundo más importante complejo cenagoso del país. algunos de sus caños y cuerpos de agua son los siguiente:

- 1) Caño de Aguas Prietas.
- 2) Caño de Plato.
- 3) Caño El Cuartel.
- 4) Caño El Manglar.
- 5) Ciénaga de El Silencio.
- 6) Ciénaga de Los Ponches.
- 7) Ciénaga La Mantequera.
- 8) Ciénagas de Zárate y Malibú: el segundo complejo de ciénagas más importante de Colombia. Comprende un área de 211 km<sup>2</sup> que lo convierte en un paraíso de fauna y flora con una riqueza hídrica y piscícola. También comprende otras pequeñas ciénagas como Colorada, Guayacán, Ceiba y Catalina. Cerca de este complejo está la ciénaga de Zambrano.
- 9) Quebrada Chimuica.
- 10) Río Magdalena, 49 km de la rivera derecha de este importante río colombiano pertenecen al municipio de Plato.

Además, de Villa Concepción de la Plata, su cabecera municipal. Plato tiene bajo su jurisdicción los siguientes Centros poblados:

- 1) **Aguas Vivas:** ubicado en la parte central del municipio. Distancia de Plato: 14 km en vía terciaria. Extensión: 77.743 m<sup>2</sup>. Población (aproximada): 650 habitantes.

- 2) **Apure:** Apure es el corregimiento más importante y el más poblado del municipio de Plato. Está ubicado en la parte central del municipio sobre la Ruta del Sol III. Su principal actividad económica es la ganadería. Distancia de Plato: 24 km en vía pavimentada. Extensión: 230.980 m<sup>2</sup>. Población (aproximada): 2.300 habitantes.
- 3) **Buenavista:** ubicado en la zona occidental del Municipio a la orilla de la ciénaga de Zárate. Distancia de Plato: 22.7 km en vía terciaria. Extensión: 77.187 m<sup>2</sup>. Población (aproximada): 700 habitantes.
- 4) **Carmen del Magdalena (Barbú):** ubicado en la parte sur occidental del municipio al margen del río Magdalena. Basa su economía en la pesca. Distancia de Plato: 25.7 km de vía fluvial por el río Magdalena. Extensión: 182.250 m<sup>2</sup>. Población (aproximada): 1.500 habitantes.
- 5) **Cerro Grande:** es el más cercano a la cabecera municipal. Tiene como principal actividad comercial la pesca. Este corregimiento se proyecta como el futuro polo de turismo en la ciénaga de Zárate. Está ubicado en la parte occidental del municipio a la orilla de la ciénaga de Zárate. Distancia de Plato: 9.5 km en vía terciaria. Extensión: 50.785 m<sup>2</sup>. Población (aproximada): 450 habitantes.
- 6) **Cinco y Seis:** ubicado en la parte occidental del municipio colindando con el Municipio vecino de nueva Granada sobre la Troncal de los Contenedores. Distancia de Plato: 35.9 km en vía pavimentada. Extensión: 66.173 m<sup>2</sup>. Población (aproximada): 600 habitantes.
- 7) **Cienagueta:** ubicado en la parte central del municipio sobre la Ruta del Sol III. Distancia de Plato: 11.3 km en vía pavimentada. Extensión: 136.211 m<sup>2</sup>. Población (aproximada): 150 habitantes.
- 8) **Disciplina:** ubicado en la parte sur del municipio. Distancia de Plato: 45.3 km en vía terciaria y de trochas. Extensión: 54.383 m<sup>2</sup>. Población (aproximada): 700 habitantes.
- 9) **Los Pozos:** ubicado en la parte sur occidental del municipio al margen del río Magdalena, es el centro poblado más al sur del municipio. Basa su economía en la pesca y agricultura. Distancia de Plato: 28.4 km de vía fluvial por el río Magdalena. Extensión: 89.045 m<sup>2</sup>. Población (aproximada): 400 habitantes.
- 10) **San Antonio del Río:** ubicado en la parte sur occidental del municipio al margen del río Magdalena. Basa su economía en la pesca. Distancia de Plato: 21.4 km de vía fluvial por el río Magdalena. Extensión: 136.912 m<sup>2</sup>. Población (aproximada): 1.300 habitantes.
- 11) **San José del Purgatorio:** ubicado en la parte occidental del municipio al margen del río Magdalena. Basa su economía en la pesca. Distancia de

- Plato:9.6 km de vía fluvial por el río Magdalena. Extensión: 110.405 m<sup>2</sup>. Población (aproximada): 1.000 habitantes.
- 12) **Zárate:** ubicado en la parte occidental del municipio al margen de la ciénaga homónima. Basa su economía en la pesca. Distancia de Plato: 19.3 km por carretera terciaria y a 16.7 km aproximadamente de vía fluvial por la Ciénaga de Zárate y el Caño de Plato. Extensión: 150.120 m<sup>2</sup>. Población (aproximada): 1.100 habitantes.

**1.2.- Leyenda del hombre caimán.**

Virgilio Di Filippo, un partidista conservador oriundo de Cerro San Antonio Magdalena, desempeñó el cargo de Secretario del Juzgado Municipal en Plato a partir de 1927. Además de ser abogado, también se destacó como periodista, escritor, compositor, organista, sacristán y organizador de festividades religiosas. Contrajo matrimonio con la profesora Clara Luz Alfaro De León en Plato, donde finalmente falleció.

Di Filippo, aprovechando relatos de pescadores sobre el hombre caimán, animal totémico de los Chimilas, escribió crónicas periodísticas en la década de 1940 para el diario La Prensa de Barranquilla. Estas narraban la historia del comerciante Saúl Montenegro, quien, según chismes locales, buscó la ayuda de un brujo para transformarse en caimán y espiar a las jóvenes que se bañaban en el caño. La Leyenda del Hombre Caimán se popularizó con la canción grabada por José María Peñaranda.

Antes de su muerte, Virgilio Di Filippo encomendó a Edgar Elías Romanos Moisés, nacido en Plato en 1948, la tarea de preservar la leyenda plateña. Edgar Romanos asumió este compromiso, personificando y difundiendo la antigua historia de los pescadores de Plato por todo el mundo.

**1.3.- Festividades del municipio**

En el municipio de Plato se celebran las siguientes festividades:

**1.- Carnavales**



Foto: Twitter @AlcaldiadePlato

**2.- Semana Santa**



Fuente: <https://oratorioscolombia.blog.arautos.org/2016/03/parroquia-inmaculada-concepcion-plato-magdalena/>

**3.- Celebración de la Virgen del Carmen**



Fuente: <https://oratorioscolombia.blog.arautos.org/2016/03/parroquia-inmaculada-concepcion-plato-magdalena/>

**4.- Fiestas del barrio 7 de agosto**



Fuente: <https://www.opinioncaribe.com/2017/02/27/colorido-tranquilidad-folclor/>

**5.- Festival de la leyenda del hombre caimán**



Fuente: <https://www.elinformador.com.co/index.php/mas/especiales-periodisticos/156777-magdalena-cuna-de-cultura-y-tradicion-folclorica>

**2.- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

El propósito de la presente iniciativa es vincular a la nación en la celebración de los 400 años de fundación del Municipio de Plato (Magdalena), rindiéndole un homenaje nacional de carácter público por su importante aporte en la historia del caribe colombiano.

**2.1.- Objetivo general**

Rescatar, conservar y difundir la riqueza cultural e histórica del Municipio de Plato (Magdalena). Recuperación las raíces, como proceso colectivo de confirmación cultural, la recuperación y construcción de nuevos escenarios y monumentos que exalten nuestras tradiciones culturales y la construcción de un **PLAN ESTRATÉGICO PLATO 400 AÑOS**, lo que permitirá detonar el desarrollo que dinamice la economía, genere calidad de vida y poseione al municipio en el espectro nacional e internacional, cerrando cuantitativa y cualitativamente las grandes brechas sociales en un periodo de tiempo corto.

**2.2.- Objetivos específicos**

- 1) Acceder a recursos que le permitan desarrollar proyectos que beneficien a la población plateña, en especial con los siguientes proyectos:
  - a. Plan maestro de Acueducto y Alcantarillado.
  - b. Mejoramiento de infraestructura de servicio público de energía.
  - c. Malla vial. Infraestructura educativa.
  - d. Conectividad rural.
  - e. Vías terciarias.
  - f. Matadero Municipal.
  - g. Inversión social.
- 2) Gestión de proyectos de gran impacto para la calidad de vida de los habitantes del municipio, así como el desarrollo económico de la Subregión del Departamento.
- 3) Diseñar y poner en marcha un plan de salvaguarda de la leyenda del hombre caimán.

**3.- FUNDAMENTOS JURÍDICOS DEL PROYECTO DE LEY**

La Constitución Política resalta el enfoque pluralista y el deber del Estado de proteger la diversidad cultural. Asimismo, menciona el reconocimiento de la cultura como fundamento de la nacionalidad y la obligación de preservar tanto las riquezas naturales como culturales.

Varios de sus artículos, garantizan la protección de la cultura, así:

*"ARTICULO 1o. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general."*

*"ARTICULO 2o. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar*

la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares."

**"ARTICULO 7o. El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana."**

**"ARTICULO 8o. Es obligación del Estado y de las personas proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación."**

**"ARTICULO 72. El patrimonio cultural de la Nación está bajo la protección del Estado. El patrimonio arqueológico y otros bienes culturales que conforman la identidad nacional, pertenecen a la Nación y son inalienables, inembargables e imprescriptibles."**

En referencia a la autorización al Gobierno Nacional para hacer las apropiaciones presupuestales para los fines de la presente Ley, este proyecto no contiene un orden, sino que por el contrario, es respetuoso de la exclusividad y discrecionalidad del Gobierno Nacional para incluir dentro del Presupuesto Nacional los gastos que se decreten en esta futura Ley, los cuales se incluirán teniendo en cuenta también la disponibilidad de recursos y el plan de inversiones respectivo, esto de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 150 numerales 9 y 154, de la Constitución Política, y el Artículo 39 del Decreto 111 de 1996.

En ese mismo sentido, la Corte Constitucional ha señalado que el Congreso de la República tiene iniciativa en materia de gasto público, pues, mediante sentencia C-324 de 1997, la Corte se pronunció sobre el tema en los siguientes términos:

*"La Constitución, y tal y como lo ha señalado esta Corporación, atribuye competencias diferenciadas a los órganos del Estado según los diversos momentos de desarrollo de un gasto público. Así, en relación con la objeción presidencial en el presente caso, es necesario distinguir entre una ley que decreta un gasto y la ley anual del presupuesto, en la cual se apropian las partidas que se considera que deben ser ejecutadas*

dentro del período fiscal respectivo. Así, esta Corte ha señalado que, salvo las restricciones constitucionales expresas, el Congreso puede aprobar leyes que comporten gasto público. Sin embargo, corresponde al Gobierno decidir si incluye o no en el respectivo proyecto de presupuesto esos gastos, por lo cual no puede el Congreso, al decretar un gasto, "ordenar traslados presupuestales para arbitrar los respectivos recursos". Por ende, el escrutinio judicial para determinar si en este aspecto una ley es o no constitucional consiste en analizar si la respectiva norma consagra "un mandato imperativo dirigido al ejecutivo", caso en el cual es inexecutable, "o si, por el contrario, se trata de una ley que se contrae a decretar un gasto público y, por lo tanto, a constituir un título jurídico suficiente para la eventual inclusión de la partida correspondiente, en la ley de presupuesto", evento en el cual es perfectamente legítima."

Lo expuesto en este aparte demuestra claramente los fundamentos jurídicos, para que la Nación se vincule a la celebración del cuarto centenario de Fundación del Municipio de Plato (Magdalena), acontecimiento histórico sucedido el día 8 de diciembre de 1626, en cabeza del Párroco Fray Nicomedes Fonseca y Meza.

**4.- CONFLICTO DE INTERÉS**

De conformidad con el artículo 3 de la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, "Por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992 y se dictan otras disposiciones", que establece que tanto el autor del proyecto y el ponente dentro de la exposición de motivos, deberán incluir un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, sirviendo de guía para que los otros congresistas tomen una decisión en torno, si se encuentran incursos en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar.

En ese orden de ideas, el presente proyecto de ley, por ser de carácter general, no configura un beneficio particular, actual y directo para ningún congresista, teniendo en cuenta que, la propuesta versa sobre la celebración del cuarto centenario de Fundación del Municipio de Plato (Magdalena).

**5.- CONCLUSIÓN**

El municipio de Plato (Magdalena) cuenta con una trayectoria histórica digna de resaltar, conservar y promover, por ello en el marco a cumplir sus 400 años de historia y leyendas en el año 2026, lo que buscamos que la Nación se asocie a la celebración de los cuatrocientos (400) años de fundación del municipio.

De igual manera, se autoriza al Gobierno Nacional para que en cumplimiento y de conformidad con la Constitución Política y de la legislación vigente, incorpore dentro del Presupuesto General de la Nación las apropiaciones presupuestales necesarias para ejecutar proyectos de carácter social, agroindustrial, cultural, ambiental y de infraestructura en el municipio de Plato (Magdalena); que permitan cumplir con el objetivo de este proyecto de ley.

Con base en lo anteriormente expuesto y en cumplimiento del honroso deber que se me impone en calidad de Senador de la República de Colombia, considero ineludible acudir al buen criterio de nuestros colegas para que se le dé aprobación a este proyecto de ley.

Atentamente,

  
**CARLOS MARIO FARELO DAZA**  
Senador de la República

**SENADO DE LA REPUBLICA**

Secretaría General ( Art. 139 y ss Ley 5ª de 1992)

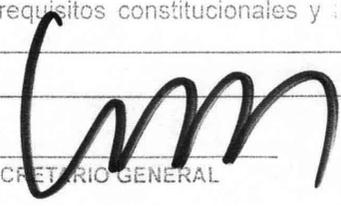
El día 28 del mes Febrero del año 2024

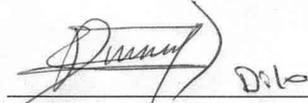
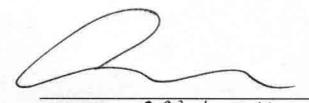
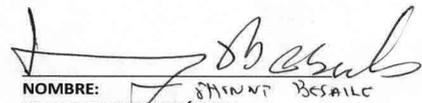
se radicó en este despacho el proyecto de ley

Nº. 238 Acto Legislativo Nº. \_\_\_\_\_, con el fin de

cada uno de los requisitos constitucionales y legales

por: \_\_\_\_\_

  
SECRETARIO GENERAL

 <p>NOMBRE: <b>Daniel Díaz</b> SENADOR DE LA REPÚBLICA</p>  <p>NOMBRE: <b>Carlos Mota</b> SENADOR DE LA REPÚBLICA</p>  <p>NOMBRE: <b>John Besaile</b> SENADOR DE LA REPÚBLICA</p>  <p>NOMBRE: <b>Edgar Díaz</b> SENADOR DE LA REPÚBLICA</p>  <p>NOMBRE: <b>Jorge Benedetti</b> SENADOR DE LA REPÚBLICA</p>	<p style="text-align: center;"><b>SECCIÓN DE LEYES</b> <b>SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES</b></p> <p>Bogotá D.C., 28 de febrero de 2024</p> <p>Señor Presidente:</p> <p>Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No.238/24 Senado “<b>POR MEDIO DEL CUAL LA NACIÓN SE ASOCIA A LA CELEBRACIÓN DE LOS (400) AÑOS DE FUNDACIÓN DEL MUNICIPIO DE PLATO (DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA) (1626 – 2026) Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES</b>”, 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 Senadores CARLOS MARIO FARELO DAZA, DIDIER LOBO CHINCHILLA, CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE, JOHN MOISES BESAILE FAYAD, EDGAR DE JESÚS DÍAZ CONTRERAS, JORGE ENRIQUE BENEDETTI MARTELO. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión <b>SEGUNDA</b> Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.</p> <p><b>GREGORIO ELJACH PACHECO</b> Secretario General</p> <p style="text-align: center;"><b>PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – FEBRERO 28 DE 2024</b></p> <p>De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión <b>SEGUNDA</b> Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.</p> <p><b>CÚMPLASE</b></p> <p><b>EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA</b></p> <p><b>IVÁN LEONIDAS NAME VÁSQUEZ</b></p> <p><b>SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA</b></p> <p><b>GREGORIO ELJACH PACHECO</b></p>
--	---

## CONCEPTOS JURÍDICOS

### **CONCEPTO JURÍDICO SINTRAUMA PROYECTO DE LEY NÚMERO 216 DE 2023 SENADO, 339 DE 2023 CÁMARA**

*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.*

#### **ACUMULADO CON LOS PROYECTOS DE LEY NÚMERO 340 DE 2023 CÁMARA**

*por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

#### **PROYECTO DE LEY NÚMERO 341 DE 2023 CÁMARA**

*por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).*

#### **Y EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 344 DE 2023 CÁMARA**

*por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

### **PL 339, REVISIÓN DE CONCEPTOS**

#### **TÍTULO I OBJETO, DEFINICIÓN Y CAMPO DE APLICACIÓN**

**Artículo 1°. Objeto.** La presente ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud. Desarrolla un modelo de salud en el marco de la atención primaria, organiza sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articula a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganiza los destinos y usos de los recursos financieros, establece un sistema público unificado e interoperable de información, fortalece la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; define criterios para el desarrollo de políticas en ciencia, tecnología e innovación en salud, así como de formación y condiciones de trabajo digno y fija las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Sistema

**Artículo 1. OBJETO,** la presente ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, contenido en el libro segundo de la Ley 100/93, implementando la Ley Estatutaria en Salud 1751/2015, para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Desarrollar un modelo de salud más equitativo e integral en el marco de las nuevas orientaciones de la atención primaria en salud, basado en la declaración de Montevideo 2008, y ratificado como nuevo compromiso mundial, adquirido por el estado colombiano, en la conferencia de Astaná 2018 como motor programático para lograr los objetivos del desarrollo sostenible ODS.

Reorganizar los destinos y usos de los recursos financieros con un modelo que articula armónicamente al estado con el mercado, según sus fuentes en: contributivo, subsidiado, especial, prepago y vinculado.

Organizar sus instancias para el funcionamiento del sistema de salud, adoptando la iniciativa de la OPS/OMS sobre redes integradas de servicios de salud acordada en la XVII cumbre de ministros de salud de Iberoamérica, en el consenso de Iquique, Chile 2007, CD49/16.

Aplicar los principios constitucionales y legales sobre el trabajo digno y la remuneración justa, así como la actualización continua, de conformidad con las características propias del trabajo en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

**Artículo 2°.** Aseguramiento social en salud. El aseguramiento social en salud es entendido como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, desarrolla los medios, fuentes de financiamiento, la mancomunación de los recursos financieros del sistema de salud, con criterios de equidad, así como un sistema de gestión de riesgos de salud y financieros con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través de la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de salud y vida.

**Artículo 2, CAMPO DE APLICACIÓN,**

El aseguramiento social en salud es entendido como la definición de la política pública del sector salud, concebida como un derecho fundamental, que adopta el enfoque y la metodología estratégica de atención primaria en salud renovada APS-R, para reducir las desigualdades en materia de salud, mejorar el acceso y calidad de los servicios sanitarios, empoderar la participación comunitaria en salud, mediante acciones, planes y financiación de programas para cerrar las brechas de inequidades territoriales, con el fin de garantizar el mayor nivel de salud y bienestar posible.

Articula transversalmente los componentes básicos, sinérgicos e interrelacionados: el servicio público esencial en salud colectiva, con la seguridad social en salud individual y la interacción transectorial de los determinantes sociales de la salud, además asegura la participación social vinculante y territorial de sus comunidades y la financiación de conformidad con las normas de sostenibilidad fiscal, en desarrollo de los principios de la estrategia APS-R de la OPS/OMS.

La previsión del servicio asistencial es universal, eficiente, y solidaria, se realiza de manera integral, en instituciones acreditadas, públicas, privadas y mixtas, con un plan de beneficios común, agrupadas con los tres niveles de complejidad en RIISS, por territorios sanitarios, con personería jurídica denominada gestoras de vida, de propiedad de las IPS como nueva modalidad de EPS, conservando las fuentes de financiación derivada de contribuciones parafiscales, los tributos fiscales, el gasto laboral del especial, los aportes privados prepagados, y los recursos territoriales para salud.

**Artículo 3°. Fines** de la intervención del Estado. El Estado intervendrá en el servicio público esencial de salud y el aseguramiento social en salud, conforme a las competencias de que trata esta ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la Constitución Política.

Dicha intervención buscará principalmente el logro de los siguientes fines:

1. Garantizar la observancia de los principios consagrados en la Constitución y en la presente ley.
2. Asegurar el carácter obligatorio del aseguramiento social en salud y su naturaleza de derecho para todos los habitantes de Colombia.
3. Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control del aseguramiento social en salud de la prestación de los servicios de salud.
4. Lograr el aseguramiento social en salud, como un sistema público, único, universal, eficiente y solidario, a través públicos, privados y mixtos permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país.
5. Dirigir y orientar políticas de salud pública para prevenir enfermedades, promover la salud, analizar determinantes sociales e intervenirlos y fortalecer sistemas de información, vigilancia y control de indicadores en salud para la toma de decisiones.
6. Evitar que los recursos destinados al aseguramiento social en salud y al sistema de salud se destinen a fines diferentes.
7. Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público esencial de salud y el aseguramiento social en salud, como parte fundamental del gasto público

**Artículo 3°. FINES DE LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO.** El Estado intervendrá en el servicio público esencial de salud colectiva y el aseguramiento social individual en salud, en el marco de lo dispuesto en los artículos 13, 48, 49, 333, 334, 365, y 366 de la Constitución Política de Colombia.

Dicha intervención buscará principalmente el logro de los siguientes fines:

1. Garantizar la observancia de los principios consagrados en la Constitución y en la Ley Estatutaria en Salud.
2. Asegurar el carácter obligatorio del aseguramiento social en salud y su naturaleza de derecho para todos los habitantes de Colombia.
3. Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control del aseguramiento social en salud y de la prestación de los servicios de salud.
4. Lograr el aseguramiento social en salud, como un sistema descentralizado, territorial, integral e integrado, público, único, universal, eficiente y solidario, con previsión a través de instituciones públicas, privadas y mixtas ampliando gradual y progresivamente el fomento y la promoción de la salud, al igual que la prevención, atención, rehabilitación y paliación de la enfermedad a los habitantes del país.
5. Dirigir y orientar políticas de salud pública para prevenir enfermedades, promover la salud, analizar determinantes sociales e intervenirlos y fortalecer sistemas de información, vigilancia y control de indicadores en salud para la toma de decisiones.
6. Evitar que los recursos destinados al aseguramiento social en salud y al sistema de salud se utilicen en fines diferentes.
7. Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público esencial de salud colectiva y el aseguramiento social en salud, como parte fundamental del gasto público.

**Artículo 4°. Definición** del modelo de salud.

El modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo se fundamenta en la Atención Primaria en Salud universal, centrado en las personas, las familias y las comunidades, integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación, el enfoque diferencial y de género y la dignidad, e implementa las estrategias de atención primaria en salud integral, salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad.

Desarrolla una configuración territorial para la organización de la respuesta a las necesidades, potencialidades y expectativas de la población, ordena las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.

El modelo de salud establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el territorio, con un nivel primario constituido con equipos de salud territorial y centros de atención primaria en salud como el primer contacto con el sistema de salud, que integra y coordina la atención incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos, en el contexto de las redes integrales e integradas de servicios de salud.

El modelo es preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la carga de la enfermedad; predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.

#### Artículo 4° DEFINICIÓN DEL MODELO DE SALUD

El modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo se fundamenta en la **cobertura sanitaria universal**, centrado en las personas, las familias y las comunidades, integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación, el enfoque diferencial y de género y la dignidad, e implementa las estrategias de atención primaria en salud **renovada**, salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad.

Desarrolla una configuración **sanitaria** territorial para la organización de la respuesta a las necesidades, potencialidades y expectativas de la población, ordena las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud. El modelo establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios individuales y colectivos, con un nivel primario constituido con equipos de salud territorial y centros de atención primaria en salud como el primer contacto con el sistema de salud, que integra y coordina, incluyendo **el fomento** y promoción de la salud, y **el nivel complementario resolutivo, encargado del diagnóstico precoz, atención oportuna** de la enfermedad, rehabilitación **de escuelas** y cuidados paliativos, en contexto de las redes integrales e integradas de servicios de salud.

El modelo es preventivo porque brinda cuidado integral en los tres **niveles de prevención**, a las personas, familias, y comunidades, minimizando la carga de la enfermedad; predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual.

**Artículo 5°. Ejes centrales del modelo de salud.** La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la predicción basada en información y la atención integral en salud constituyen los ejes centrales del Modelo de atención y las políticas transectoriales para la calidad de vida y el bienestar, con enfoque territorial y diferencial.

**La promoción de la salud** es un proceso que comprende acciones orientadas a fortalecer las capacidades de las personas, familias y comunidades y la transformación positiva de las condiciones y entornos de desarrollo mediante la participación transectorial y el empoderamiento comunitario y el autocuidado.

**La prevención** es el conjunto de acciones, estrategias y medidas socio sanitarias, orientadas a disminuir oportunamente la aparición y desarrollo de una enfermedad o situación de desequilibrio mental o físico en las personas y comunidades.

**La predicción** se refiere a que el modelo, con base en información sociodemográfica, epidemiológica, de cartografía y participación social e intersectorial, identifica e interviene con anticipación las dinámicas protectoras y aquellas que vulneran la vida y la salud de una población en un territorio, a partir de la gestión de la salud pública liderada y conducida por la autoridad sanitaria a través de políticas, planes, programas y proyectos en forma dinámica, integral, sistemática y participativa, siendo fundamental para la Operación del modelo de salud.

**La atención integral** en salud es un proceso que comprende la provisión de servicios en salud de forma eficaz, segura y centrada en las personas, y que comprende el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos.

.

.

#### ARTÍCULO 5, MODELO DE SALUD PREVENTIVO

El modelo de salud adopta el concepto clásico de los tres niveles de prevención de la enfermedad desarrollado por Hugh Leavell y Edwin Clark, incorporados por la OPS/OMS, donde la prevención primaria desarrolla actividades de promoción de la salud y protección específica, la secundaria de diagnóstico precoz y atención oportuna y la terciaria de rehabilitación y paliación.

**La salud predictiva**, indica lo que puede suceder, se establece las probabilidades de presentar alguna patología o cual va a ser su evolución y permite tomar acciones de forma anticipada, es la identificación de factores causales generados al incorporar la epidemiología, la técnica, la ciencia y la intervención genética.

**La promoción de la salud**, busca incidir positivamente sobre los determinantes de la salud, en un proceso que comprende acciones orientadas a fortalecer las capacidades de las personas, familias y comunidades para la transformación positiva de las condiciones y entornos de desarrollo mediante la participación transectorial y el empoderamiento comunitario y el autocuidado.

**La protección específica**, son las acciones generales dirigidas a mantener el equilibrio ecológico y de manera particular al control del riesgo sobre los agentes físicos, químicos, biológicos y ergonómicos que afectan el binomio salud-enfermedad.

**El diagnóstico precoz**, son las acciones encaminadas a buscar la enfermedad, con anticipación a la presentación de los signos y síntomas, con tareas de cribado o tamizaje, en desarrollo de los perfiles epidemiológicos territoriales.

**El tratamiento oportuno**, son las acciones tempranas para detener el comportamiento de la enfermedad o controlar el daño de las lesiones, mediante la intervención adecuada con medicamentos, insumos y procedimientos suficientes.

.

bienestar para las personas, familias y comunidades, así como para los trabajadores de la salud.

Parágrafo. Dentro de los ejes centrales del modelo de atención se establece la humanización como criterio transversal en la promoción, prevención y predicción, con un enfoque de Parágrafo 1°. El componente predictivo del modelo estará desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)

**Parágrafo 2** Artículo 19. Servicios y tecnologías de salud en el **Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo**. El Modelo de salud prevé servicios y tecnologías de salud que responden a las necesidades de las personas, familias y comunidades desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos, de manera integrada e interdependiente y que se adecuarán según género, etnia, curso de vida, discapacidad u otras condiciones poblacionales y territoriales. Los servicios y tecnologías de salud comprenden los usados en la prestación de servicios de salud, y los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud y las capacidades del talento humano requerido, para garantizar su disponibilidad y mejorar su acceso. Incluye medicinas y terapias alternativas y complementarias, formas propias de cuidado y salud popular, campesinas, étnicas, interculturales, tradicionales, y ancestrales, de acuerdo con la normativa vigente.

**La rehabilitación**, son las acciones tendientes a mitigar el daño y reducir la discapacidad, a restaurar los aspectos psíquicos, físicos, sociales, educacionales, profesionales y ocupacionales con el fin de optimizar el funcionamiento humano.

**Los cuidados paliativos**, son las acciones tendientes a mantener en condiciones dignas al ser humano, mejorar su calidad de vida y apoyarlo al fin de la vida ante la imposibilidad de curarlo, atender las necesidades emocionales y espirituales, mitigar síntomas y el dolor crónico, a tomar decisiones médicas sobre la muerte digna, la eutanasia y el suicidio asistido, sin encarnizamiento terapéutico.

**La atención integral** o provisión de servicios asistenciales, es completa, continua y oportuna por IPS habilitadas y agrupadas por territorios sanitarios, con los tres niveles de complejidad:

el primer nivel o bajo está a cargo de médicos competentes para atender al núcleo familiar, lo más cercano al lugar de residencia; El segundo nivel o medio está a cargo de especialistas generales, en institución de referencia de municipios contiguos o provincias; El tercer nivel o alto está a cargo de especialistas expertos y es la institución de referencia territorial de departamentos contiguos.

**La Atención Primaria Renovada** APS-R, redefine “primary health care” basado en las nuevas orientaciones, para superar las confusiones con el primer nivel de atención, con los conceptos de APS Resolutiva: tiene un nivel básico que incluye el plan de intervenciones colectiva más el primer nivel de atención a cargo del estado y el nivel complementario al aseguramiento individual; APS Integral: es más amplio, muta el concepto de prevención de la enfermedad por el de promoción de la salud, incluidos los DSS, el PIC y la atención asistencial; APS Selectiva: primitiva o elemental, son pocas intervenciones de gran repercusión, dirigidas a la población más vulnerable y pobre.

**Artículo 6°. Atención Primaria en Salud (APS).** La Atención Primaria en Salud se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Se encuentra constituida de manera integrada e interdependiente por la acción transectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las redes integrales e integradas de servicios de salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemática, permanente y resolutiva e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación al sistema de salud y todos los integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, lo cual debe evidenciarse en cada interacción del sistema con las personas, familias y comunidades.

El desarrollo de la atención primaria en salud contempla, entre otros aspectos, los siguientes:

1. Identificación, con participación comunitaria, de las condiciones sociales que inciden en la calidad de vida y en la salud, así como de las inequidades existentes entre grupos de población según su ubicación territorial.
2. Formulación, con participación comunitaria, de políticas y planes transectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, espacio público, salud ocupacional y control de violencia interpersonal, de género e intrafamiliar.
3. La provisión integral e integrada, con financiación del sistema de salud, de los servicios de salud individuales y colectivos.
4. La atención domiciliaria y en los entornos comunitario, escolar, laboral e institucional en salud a través de equipos de salud territorial con el propósito de eliminar barreras de acceso a los servicios de salud, a toda la población del territorio nacional, incluyendo la atención de personas con dependencia funcional por discapacidad, curso de vida, o situaciones de salud agudas o crónicas. En caso de procedimientos que requieran el desplazamiento a instituciones de salud se garantizará el traslado

requerido del paciente y cuidador, siempre y cuando el primero tenga alta dependencia funcional.

**Artículo 6°. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS-R).**

La Atención Primaria en Salud Renovada se define como una estrategia de salud pública, orientada a disfrutar el máximo grado de salud que se pueda alcanzar como derecho fundamental de todo ser humano sin distinción de raza / etnia, religión, clase social o ideas políticas, a garantizar el acceso equitativo a los servicios sanitarios colectivos e individuales, a afectar positivamente los determinantes en salud por la acción transectorial, **con** participación vinculante social y comunitaria, a ser atendido por el talento humano pertinente, suficiente, bien formado y motivado, en instituciones adecuadamente dotadas y agrupadas por territorios sanitarios en redes integrales e integradas, a unos costos aceptables por la comunidad y el país.

La atención primaria en salud renovada contempla:

1. Identificación, con participación comunitaria, de las condiciones sociales que inciden en la calidad de vida y en la salud, así como de las inequidades existentes entre grupos de población según su ubicación geográfica.
2. Formulación, con participación comunitaria, de políticas y planes transectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, espacio público, salud ocupacional y control de violencia interpersonal, de género e intrafamiliar.

<p>3. La provisión integral e integrada, con financiación del sistema de salud, de los servicios de salud individuales y colectivos.</p> <p>.</p> <p>5. El fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia y seguimiento de las personas asegurando así la continuidad de la atención y coordinando la adecuada derivación a los equipos de salud territorial.</p> <p>6. La coordinación con otros sectores para su integración en el sistema de referencia y contrarreferencia y generación de respuestas transectoriales según caracterización de la salud familiar y comunitaria.</p> <p>7. Se tendrá una perspectiva de salud mental en todas las actuaciones sectoriales y transectoriales y se buscará el fortalecimiento de las capacidades de las personas, familias y comunidades en todo el curso de vida, para transitar la vida cotidiana, establecer relaciones significativas y ser productivos para sí mismos y sus comunidades. Garantizando el componente predictivo y preventivo en la atención de salud mental.</p> <p>8. Implementar las disposiciones de la Política Nacional de Cuidado y el Sistema Nacional de Cuidado, según competencia, incluyendo los enfoques diferencial y de género.</p> <p>9. Garantizar la información requerida para la atención primaria en salud, permanente en línea y en tiempo real a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p> <p>10. Fortalecimiento al acceso efectivo a servicios de salud, en especial, en zonas rurales, zonas con población dispersa, con vulnerabilidades socioeconómicas y desigualdades en salud, y poblaciones con presencia de grupos étnicos.</p> <p>11. La Atención Primaria en Salud integrará los enfoques familiar, comunitario, diferencial, territorial y de género.</p> <p>12. La provisión integral de los servicios y medicamentos que sean requeridos para el tratamiento de una enfermedad o condición médica.</p> <p>Parágrafo 1°. El componente predictivo del modelo estará desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida, la Administradora de los Recursos del Sistema</p>	<p>General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y los prestadores de salud.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>4. La atención domiciliaria y en los entornos comunitario, escolar, laboral e institucional</p> <p>5. El fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia y seguimiento de las personas asegurando así la continuidad de la atención y coordinando la adecuada derivación a los equipos de salud territorial.</p> <p>7. La salud mental es un estado de bienestar que le permite a los individuos ser conscientes de sus capacidades personales, aprender y trabajar de forma productiva, desarrollar todas sus habilidades, afrontar las tensiones normales de la vida, y ser capaces de contribuir a la mejora de su comunidad.</p> <p>8. Implementar las disposiciones de la Política Nacional de Cuidado y el Sistema Nacional de Cuidado, según competencia, incluyendo los enfoques diferencial y de género.</p> <p>9. Garantizar la información requerida para la atención primaria en salud, permanente en línea y en tiempo real a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.</p> <p>10. Acceso efectivo a servicios de salud, en especial, en zonas rurales, zonas con población dispersa, con vulnerabilidades socioeconómicas y desigualdades en salud, y poblaciones con presencia de grupos étnicos.</p> <p>12. La provisión integral de los servicios, medicamentos, insumos que sean requeridos para el tratamiento de una enfermedad, lesión o condición médica.</p> <p>.</p>
<p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p><b>Artículo 7°. Identificación de determinantes sociales de la salud.</b> Para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud el Estado incidirá coordinadamente sobre los determinantes sociales de la salud, con el fin de mejorar las condiciones generales, familiares e individuales de vida de los habitantes del territorio nacional; reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades y disminuir su carga socioeconómica; elevar el nivel de la calidad de vida de la población; y alcanzar y preservar la salud en cada territorio. Son determinantes sociales de la salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas.</li> <li>2. Seguridad y soberanía alimentaria, que conlleva la accesibilidad y suficiencia de alimentos sanos y nutritivos para una buena y adecuada nutrición.</li> <li>3. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas.</li> <li>4. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas.</li> <li>5. Ambiente sano.</li> <li>6. Acceso al transporte.</li> <li>7. Acceso a la educación.</li> <li>8. Enfoques diferenciales.</li> <li>9. Enfoques de interseccionalidad.</li> <li>10. Control de vectores, control zoonosis y tenencia adecuada de mascotas.</li> <li>11. Los demás que tengan incidencia sobre la salud.</li> </ol> <p>Parágrafo. Por lo cual podrán establecerse nuevos determinantes que exijan su reconocimiento por su relación con el derecho fundamental a la salud de acuerdo con los lineamientos establecidos</p>	<p>por la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública y sus expresiones en el ámbito territorial.</p> <p>Artículo 7°, <b>DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. Se denominan sociales, a los determinantes biológicos, ambientales, culturales, económicos, políticos y sociales que condicionan el estado de salud/enfermedad de la población, depende de donde se vive, crece, aprende, trabaja, envejece, así se generan factores protectores y/o de riesgo;</b> Con el fin de reducir la prevalencia e incidencia de las enfermedades es indispensable disminuir la carga económica y social, elevar el nivel de calidad de vida, <b>esta amplia cantidad de elementos los ha organizado la comisión de determinantes sociales de la OPS/OMS de acuerdo con el enfoque de riesgo en tres categorías:</b></p> <p>.</p> <p><b>1, CULTURALES, ESTILOS DE VIDA</b> hábitos de alimentación y ejercicio, costumbres y creencias comportamientos, patrones de consumo, adicciones actitudes personales de autocuidado, actividades recreativa educación en salud, empirismo, primeros auxilios actos inseguros, condiciones ambientales peligrosas afecto, violencia intrafamiliar, valores culturales,</p> <p><b>2, INTERMEDIOS, CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO</b> higiene, equidad alimentaria, educación, vivienda, transporte trabajo digno, productividad laboral, clase social, accidentes y catástrofes, control vectores y zoonosis,</p> <p><b>3, ESTRUCTURALES, SOCIO-ECONÓMICOS</b> paz, seguridad pública, justicia social, renta solidaria, electricidad entornos saludables, agua potable, aire limpio, basuras y excretas, productividad nacional, mercado laboral, soberanía alimentaria,</p>

exclusión social, marginalidad, pobreza, redistribución de riqueza, poder político corrupto, modelo histórico institucional

**Artículo 8°.** Territorio para la gestión en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá Territorios para la Gestión en Salud, como estructuras funcionales, promoviendo el fortalecimiento del diseño y aplicación de las políticas públicas adecuadas a la realidad territorial; la focalización y priorización efectiva de la inversión territorial y el cierre de brechas e inequidades en salud. Los agentes del sistema de salud desarrollarán sus funciones desde las acciones promocionales de salud, pasando por la prestación de servicios de salud, operado en Redes Integrales e Integradas, el aseguramiento social en salud, hasta la definición de intervenciones y metas, las cuales se ajustarán a las distintas necesidades y problemas en salud de las personas, familias y comunidades que allí habitan.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social en un término no superior a un año posterior a la entrada en vigencia de la presente ley definirá los territorios de gestión de salud, usando métodos y algoritmos de estadística espacial que incluyan como mínimo los siguientes elementos: i) organización de tipologías de municipios y distritos usando variables socio económicas, ii) ajuste de modelos de territorialización basados en distancias entre municipios o distritos de distintas tipologías, iii) validación de divisiones territoriales basadas en distancias y diferencias de capacidades territoriales, y iv) criterios a partir de los cuales se definen los territorios PDET y ZOMAC. Parágrafo 2°. Los territorios para la gestión en salud podrán acudir a esquemas asociativos territoriales, de conformidad con lo previsto

en la Ley 1454 de 2011 o la norma que la sustituya, derogue o modifique, que garanticen la cooperación, coordinación, integración y articulación de las acciones y redes de servicios requeridos para la materialización del derecho fundamental a la salud de la población.

**Artículo 8°. TERRITORIOS SANITARIOS**

Para la gestión en salud es indispensable reconocer el elemento operativo geográfico, las realidades diferenciales que existen en el territorio colombiano, las necesidades particulares de sus poblaciones asignadas, la masa crítica, y relacionarlas con la infraestructura hospitalaria y sus recursos instalados, superando la organización por regiones contenida en el Plan Decenal de Salud Pública, derivado del diseño de regiones naturales definidas por Planeación Nacional basada en los pisos térmicos y la calidad de los suelos, propio de las actividades agropecuarias.

Para el diseño del territorio sanitario se considera el espacio operativo de las redes integrales e integradas de servicios de salud, a una escala que supera las divisiones político administrativas, sin conformar circunscripciones electorales, como estructuras funcionales para garantizar la prestación del servicio público de salud, en concurrencia con las autoridades sanitarias y la gestión intersectorial que impacta los determinantes sociales en salud.

Para la construcción de los territorios sanitarios aplican los procesos legislados sobre esquemas asociativos territoriales EAT, los municipios contiguos se agrupan en provincias a cargo de los hospitales regionales, contenidas en los territorios sanitarios conformados por la asociación de departamentos y distritos a cargo del hospital universitario de referencia, de conformidad con la ley

1454/11 para garantizar la descentralización, planeación, coordinación y accionar integrado.

Le corresponde al ministerio de Salud autorizar estos ámbitos territoriales para el funcionamiento de las RIISS, que conforman las gestoras de vida como nueva modalidad de EPS.

**Artículo 15.** Fortalecimiento del nivel primario de atención. El nivel primario de atención es el componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias y la comunidad, y con el resto de los sectores sociales, facilita la participación social y la acción intersectorial, y su fortalecimiento constituye el medio y fin para la operación de la atención primaria en salud en el modelo de atención en salud preventivo, predictivo y resolutivo. Para al efecto, el Gobierno nacional desarrollará planes, programas y proyectos intersectoriales, territoriales con enfoques diferencial y de género que promuevan condiciones de desarrollo social, cultural, económico, político, ambiental, así como la atención física y mental en salud; para ello se apoyará en tecnologías de la información y la comunicación, equipamiento e infraestructura social, investigación social y clínica aplicada.

**Artículo 9°.** El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud; junto con los equipos de salud territoriales se constituyen en la puerta de entrada de la población al sistema de salud. Todos los CAPS de naturaleza pública, privada y mixta serán financiados por oferta. Los CAPS hacen parte de la territorialización del accionar del sector salud partiendo del reconocimiento de las necesidades, características y potencialidades del territorio y la persona, familias y comunidades, la articulación para facilitar el acceso de la

población adscrita a otros sectores del Estado, y la promoción de la participación social y comunitaria. Las acciones de los CAPS, incluidas las de los equipos de salud territoriales son universales, territoriales, sistemáticas y permanentes,

**Art. 9°. NIVEL PRIMARIO DE PROMOCIÓN EN SALUD**

La promoción, el fomento de la salud y la protección específica son el nivel básico o principal, desarrolla las intervenciones colectivas de salud pública PIC, más la gestión sobre los determinantes sociales de la salud DSS, en el marco del Plan Territorial en Salud Pública PTS, con el enfoque de APS Renovada como un derecho, para reducir las inequidades, con servicios integrados, con sostenibilidad fiscal, participación comunitaria, organización territorial, y talento humano digno orientado en la calidad. El nivel primario de promoción y protección en salud, es el clásico nivel de prevención primaria, componente que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias y la comunidad, con el resto de los sectores sociales, facilita la participación comunitaria y la acción intersectorial, para tal efecto se desarrollan planes programas y proyectos territoriales, con enfoque diferencial y de género, que promuevan condiciones de desarrollo social, cultural, económico, político, ambiental, así como el bienestar de la población para ello se apoyará en las tecnologías de la información El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la estructura polifuncional, de carácter público, privado o mixto, Todos estarán financiados por oferta, se constituyen en la puerta de entrada de la población al sistema de salud. Los CAPS son el centro del accionar territorial de la salud pública, perfilan el reconocimiento de las necesidades y características de personas, familias y comunidades, articulan a otros sectores del Estado, para facilitar el acceso de la población adscrita y promocionan la participación social. Los

CAPS pueden desarrollar actividades del primer nivel de atención, cuando cumplen con las normas de habilitación que permitan la integración al modelo de RIISS territoriales.

**Artículo 10. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).** Los Centros de Atención Primaria en Salud independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

1. Adscripción poblacional: Todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un CAPS de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la selección dentro de la oferta disponible de CAPS en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, debe adscribirse en el CAPS del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán al CAPS cambios en la población del territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita.

2. Prestación de servicios de salud: a) Recolectará la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales, apoyado en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud, incluyendo enfoques diferencial y de género. b) Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria y mental, con base en necesidades y potencialidades identificadas, teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género. c) Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias,

en la atención primaria, en la caracterización poblacional y detección temprana de las patologías prevalentes territoriales que permita contribuir en la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud.

3. Administración y atención al ciudadano: Los CAPS son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita y de los que temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. Los servicios de salud de los CAPS públicos podrán contratarse temporalmente con terceros, mientras se desarrolla la capacidad instalada requerida en el marco del modelo de salud. Además, en el marco de este proceso serán responsables de: a) Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género. b) Organizar la operación del CAPS en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio. c) Gestionar las evaluaciones de los planes de cuidado. c) Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente

4. Gestión intersectorial y participación social: a) Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio. b) Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. f) Contribuir a la ejecución de los programas de salud pública, en especial, los eventos de interés en salud pública, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, adaptación y mitigación de los impactos del cambio climático y el cuidado de las poblaciones sujetos de especial protección constitucional, de conformidad

saberes ancestrales y aquellos asociados a la salud mental autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social. d) Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos con apoyo de los operadores farmacéuticos. e) Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, Los CAPS desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

1. La adscripción o registro poblacional de todas las personas de acuerdo con el sitio donde viven estudian o trabajan, como función del municipio o localidad,
2. Establecer la caracterización del territorio, el perfil poblacional y epidemiológico, familiograma, la morbilidad, la afiliación al servicio de salud por la gestora de vida como nueva modalidad de EPS, el reconocimiento de prácticas de medicinas alternativas, ancestrales y empíricas.
3. La atención al ciudadano, como personeros en la gestión para la atención continua e integral, de urgencias y programado, además de las acciones colectivas de salud pública, y asegurar la pertinencia socio cultural de los servicios de salud.
4. la gestión intersectorial y de participación social, para conseguir respuesta a las necesidades más apremiantes en materia de determinantes sociales, de equidad alimentaria, de salud sexual y reproductiva, de apoyo al liderazgo social y cuidado a los sujetos de especial protección constitucional.
5. la supervisión, control de cuentas y verificación del rendimiento financiero y social de las gestoras de vida y sus IPS asociadas, con enfoque en resultados, productividad y eficiencia del gasto.

Los CAPS contarán con grupos de trabajo interdisciplinario conformado por enfermeras comunitarias, líderes en gestión social, auxiliares en salud, trabajadores sociales, técnicos comunitarios, técnicos de saneamiento, y personal entrenado

con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial respectiva, con enfoques diferencial y de género. g) Brindar y articular en las RIISS la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes, incluyendo los enfoques territorial y de género. h) Asegurar la pertinencia sociocultural de los servicios de salud a las necesidades,

#### referencias:

- 1, Vignolo Julio, Vacarezza Mariela, Niveles de atención, de prevención y atención primaria en salud, Arch.Med.Int vol 33
- 2, Davalos Maria, Diagnóstico de Salud, Determinantes de la Salud, [www.binass.sa.cr](http://www.binass.sa.cr) Rio de Janeiro, oct 2011
- 3, Determinantes Sociales de la Salud en la región de las Americas, [www.paho.org/salud.en.las.americas.2017](http://www.paho.org/salud.en.las.americas.2017)
- 4, Machiko J, La renovación de la atención primaria de salud en las Américas, Rev.Panam.Salud.Pú. 2017
- 5, Tejada David, Historia de la conferencia de Alma Ata, Rev.Peru.ginecol.obstet.vol 64.2018
- 6, Hernandez Erwin, Operatividad de la APS, Colegio Médico Colombiano, YouTube, oct 2022
- 7, Promoción de la Salud, Wikipedia, es.wikipedia.org



acatando la definición de integral e integrado en la sentencia C 313/14 incorporada a la Ley Estatutaria.

Las Redes Integrales de Servicios de Salud, se definen como la agrupación de instituciones habilitadas como prestadoras de servicios de salud IPS, de naturaleza pública privada o mixta, conformadas con los tres niveles de complejidad, para preservar y recuperar la salud de una población asignada en un espacio territorial determinado, con la utilización equitativa de los recursos del aseguramiento social en salud, de conformidad con los derechos y deberes, los principios y la integralidad del derecho fundamental a la salud contenido en la ley 1751/15.

Los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, se suministrarán por las Redes con la suficiencia técnica y administrativa necesarias. Sin perjuicio de la adscripción a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS), las personas podrán acceder a la consulta médica cerca del sitio de trabajo, dentro de la oferta de CAPS disponible del agente público, privado o mixto responsable de la gestión de sus riesgos de salud y financiero. Las redes se soportarán en las tecnologías de la información y la comunicación, cuya reglamentación técnica y operativa le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, aplicando un enfoque diferencial y territorial para las zonas rurales. Las Gestoras de Salud y Vida desarrollarán mecanismos de coordinación de las redes integrales e integradas de servicios de salud RIISS, en conjunto con entidades territoriales bajo la dirección del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y CAPS se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia. Parágrafo 1°. Las Direcciones Departamentales y Distritales de

Salud supervisarán el desempeño de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Parágrafo 2°. Las Instituciones de Salud del Estado ISE, se entenderán integradas a las redes que determine el Ministerio de Salud y Protección So

Son Integrales, “cuando en su estructura cuentan con instituciones y tecnologías de cada una de las especialidades y de todos los servicios necesarios para abordar el mayor número de situaciones posibles, con el fin de garantizar una cobertura global de contingencias que se puedan presentar en materia de salud”; Derivadas de la obligación del estado a garantizar la disponibilidad de todos los servicios de salud, para toda la población, en todo el territorio nacional y en especial en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional.

Son Integradas, “cuando son unidades operacionales específicas que comparten una organización funcional”, vinculadas a la red integral; Derivadas de

la capacidad del mercado, para atender una población asignada, o un riesgo determinado o servicio específico; la Corte Constitucional puntualizo: “no se deben confundir ya que, de su etimología como ya se dijo antes, tan solo se desprende la idea de varias entidades compartiendo un orden funcional”.

los atributos esenciales de las RIISS, de acuerdo con la iniciativa para las Américas de la OPS/OMS sobre redes integradas de servicios de salud basados en la estrategia de renovación de la APS:

Artículo 13. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los estándares, criterios y mecanismos para la conformación de las RIISS en los Territorios para la gestión de salud. La habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque de resultados en salud y los enfoques diferencial y de género, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios. El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá los criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), con fundamento en los 1. Modelo de atención. Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales y diferenciales y de género. Establece la orma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental. El modelo contará con un nivel primario como primer contacto que integra y

coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas, centros especializados y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades. 2. Rectoría y gobernanza de la red. Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario con servicios de mediana y alta complejidad, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las redes se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales , 1, determinación de la oferta de servicios de salud según las necesidades de la población definida en el territorio a cargo.

2, red completa de instituciones de salud que disponga de todos los niveles de atención, organizada de acuerdo con la proximidad geográfica, y maximizando las economías de escala para la red.

3, primer nivel con capacidad de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud, que desarrolle vínculos profundos con las familias, la comunidad y el resto de los sectores.

4, servicios especializados apropiados, bien dotados, y garanticen la seguridad del paciente, en interacción con los otros niveles.

5, coordinación asistencial continua derivada de la integración administrativa y funcional de los diferentes sitios de atención.

6, atención centrada en las personas, familias y comunidades teniendo en cuenta la diversidad y particularidades sociales. 7,

gobernanza única para toda la red, transversal, con funciones de auditoría y planificación, a cargo de los consejos territoriales de

salud renovados, con miembros dedicados y entrenados.  
**8,** participación social, involucrando a las comunidades para participar en las decisiones que afectan su bienestar.  
**9,** modelos asociativos contractuales que garantizan la gestión integrada de apoyo logístico, traslado, información y calidad.  
**10,** Talento Humano en Salud suficiente, competente, valorado, comprometido y vinculado de manera estable, justa y digna.  
**11,** Sistemas integrados y sistematizados de información en salud.  
**12,** financiamiento adecuado, sostenible y estable, con gestión del riesgo, con transparencia en el uso y con rendición de cuentas .  
**13,** gestión medida en resultados, eficiencia y productividad. **14,** Acciones intersectoriales sinérgicas, con la gestión positiva sobre los determinantes sociales de la salud... .... **15,** creación de rutas de atención por cada tipo de patología.

de la salud de cada región. 3. Organización y gestión. Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). 4. Sistema de asignación e incentivos. Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la Red, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la asignación de incentivos entre los prestadores, los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida. Se calculará un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores, los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al 3%. Se considerarán: 1. Los resultados en salud dados en los siguientes parámetros: a) Reporte de oportunidad

de atención médica a 48 horas. b) Reporte de oportunidad de atención odontológica a 48 horas. c) Reporte de oportunidad de atención en salud de consulta psiquiatría y terapias de rehabilitación en 72 horas. d) Identificación de la población obesa y remisión a programa integral interdisciplinario de tratamiento correctivo a preventivo. e) Identificación de la población con riesgo de cáncer e ingreso a programa de atención interdisciplinarios de atención correctivo a preventivo. f) Identificación de población con riesgo de depresión, suicidio e ingreso a programa interdisciplinario de atención correctivo a preventivo. g) Identificación de población con riesgo de enfermedades crónicas y con enfermedad activa con ingreso a programa de atención interdisciplinario y tratamiento correctivo a preventivo. h) Cumplimiento de indicadores de prevención y promoción de la salud en el marco de atención integral en salud. i) Disminución en mortalidad materna. j) Disminución en mortalidad perinatal. k) Disminución en mortalidad en menores de 5 años. l) Disminución en mortalidad evitable. 2. Satisfacción del usuario. 3. Uso eficiente de los recursos. 5. Resultados. Las Redes Integrales e Integradas

de Servicios de Salud deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del Sistema Integral para la Calidad en Salud (SICA). Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público. 6. Los modelos de acuerdos de voluntades al interior de las redes y las modalidades de pago pactados, deben responder a modelos de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, así como los requisitos y condiciones para su organización y conformación.

**Artículo 14. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).** El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) en los territorios para la gestión en salud. En estas RIISS se integrarán los servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Para tal efecto contará con el apoyo de las direcciones departamentales, distritales y municipales que coordinarán con los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio de Gestión en Salud, en el marco de la operación mixta. Las RIISS se deberán registrar en el aplicativo que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. Todas las instituciones de Salud del Estado de carácter universitario, deberán contar con asesoría y apoyo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con el Ministerio de Educación Nacional, en formación y componentes pedagógicos para los profesionales quienes imparten cátedra o hacen seguimiento y acompañamiento a los estudiantes en dichas instituciones de salud.

**Artículo 17. Apoyo al interior de las redes.** Las instituciones de las redes integradas e integrales que presten servicios de mediana complejidad deberán prestar apoyo permanente a los Centros de Atención Primaria en Salud de su área de influencia para fomentar el acercamiento de la tecnología especializada a los pacientes mediante la telesalud. Cuando se trate de la prestación de servicios podrán apoyarse en cualquier modalidad en la telemedicina o telexperticia con el de evitar el traslado innecesario de los pacientes o promoverlo cuando sea pertinente. En cualquier caso, coordinarán con tales centros las rutas y los protocolos de atención de las enfermedades agudas o por accidentes, y de las enfermedades prevalentes, en especial las patologías crónicas. Se establecerán por parte del Ministerio de salud y Protección social, los mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de la Red Integral e Integrada de servicios de salud, con espacios de interlocución y participación que desarrollen acciones conjuntas, coordinadas y sinérgicas entre los CAPS con los demás integrantes de la Red,

asegurando el continuo de la atención de los pacientes. Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social fomentará la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades con mayor incidencia y prevalencia en los territorios para la gestión en salud, con el objeto de garantizar y optimizar el diagnóstico preciso y oportuno, así como el tratamiento adecuado; sin importar la ubicación geográfica de los prestadores y del paciente. La prestación de servicios se hará mediante la atención directa a pacientes utilizando la telesalud u otras TIC o por medio de convenios que permitan el desplazamiento temporal de especialistas a territorios con mayor incidencia y prevalencia, para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio. La Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) garantizará la financiación de Página 10 Jueves, 14 de diciembre de 2023 Gaceta del Congreso 1785 prestación de los servicios para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos de alto costo indispensables en el tratamiento de estas enfermedades.

**Artículo 24. Coordinación regional** de las redes. Es una instancia funcional de las Entidades Territoriales que la conforman y autorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, estará conformada por un equipo humano, encabezado por profesionales de la salud en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de alta complejidad. Tendrá permanente y continua comunicación con las coordinaciones departamentales de las RISS para atender los requerimientos de referencia de pacientes, así como con las direcciones médicas de las instituciones sanitarias públicas, privadas y mixtas de atención hospitalaria o ambulatoria que prestan los servicios de alta complejidad en la región o fuera de ella, para garantizar la atención oportuna de los usuarios de salud. Dispondrá de una plataforma tecnológica con funcionamiento permanente que hace parte del Sistema Público Unificado e Interoperable Información en Salud para garantizar la

comunicación entre las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud que conforman las redes. La plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contrarreferencia. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la auditoría médica. Debe tener la capacidad de generar datos que permitan elaborar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe semestral al Consejo Regional de Seguridad Social en Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social. Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo relacionado con la plataforma tecnológica y los perfiles del talento humano responsable de la coordinación de la referencia y contrarreferencia, Parágrafo 2°. La coordinación regional de la red de servicios velará por la continuidad de la atención de los pacientes que necesiten tratamiento en instituciones que no están disponibles en el ámbito departamental,

**Artículo 11°. PERSONERÍA JURÍDICA DE LAS RIISS.** La agrupación de las IPS para conformar una RIISS estará protocolizada mediante esquemas contractuales, con el fin de conformar sujetos capaces de ejercer derechos y adquirir obligaciones, responde a la necesidad de formalizar las relaciones entre los miembros propietarios de cada red y coordinar las responsabilidades individuales a cargo de cada institución con las colectivas derivadas del proceso asociativo como red.

**El objeto social** es la prestación colectiva con la modalidad de red territorial de servicios de salud, bajo modelos contractuales, que garanticen unidad de gestión administrativa, de planeación, asignación de recursos, auditoría interna, para la prestación del servicio con coordinación y enlace, integralidad, autonomía en la

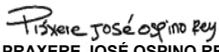
gestión científica, académica, técnica, financiera, administrativa, de compras a escala, de información, de apoyo logístico, del traslado de pacientes entre los niveles de complejidad de sus IPS orgánicas, y la referencia o contrarreferencia a otras redes, el acompañamiento y asesoría permanente a los usuarios, pacientes y beneficiarios, y realicen atención de PQRS, previa a las tutelas, en el espacio territorial autorizado.

**La tipología contractual** de la red, lo determina su naturaleza: 1, la red pública la capacidad de asociación de las ESE ley 1298/94 2, la red privada con uniones temporales y consorcios, ley 80/93. 3, la red especial con contratos interadministrativos, ley 489/98. 4, la red prepagada con su capacidad instalada propia, ley 100/93. 5, la red mixta, modelo APP integral en salud, ley 1508/12.

**Artículo 25. Coordinación Departamental o Distrital** de las Redes. La Coordinación Departamental o Distrital de las RIISS, son unidades funcionales de las Entidades Territoriales Departamentales o Distritales, estará conformada por la instancia institucional y el equipo humano técnico y de comunicaciones, encabezado por profesionales de salud en áreas de administración de salud o salud pública. Corresponde a las coordinaciones departamentales o distritales de las RIISS: 1. Responder a los requerimientos de los Centros de Atención Primaria en Salud. 2. Administrar el sistema de referencia y contrarreferencia según lo dispuesto en la presente ley. 3. Mantener permanente comunicación con las instituciones que prestan los servicios de mediana y alta complejidad y conforman la red de servicios de salud en el departamento, para organizar y garantizar la atención oportuna. 4. Ofrecer a las instituciones de las RIISS comunicación abierta y permanente con la Coordinación Regional para organizar las referencias a las instituciones que prestan servicios de alta complejidad en otros departamentos de la región. 5. Disponer de una

plataforma tecnológica que brinde soporte ininterrumpido para garantizar la intercomunicación entre las diferentes Instituciones de Salud del Estado (ISE), y las instituciones privadas y mixtas que hagan parte de la red. 6. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la auditoría médica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe semestral al Consejo de Planeación y Evaluación de la Red de Servicios y al Ministerio de Salud y de Protección Social. Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo relacionado con la plataforma tecnológica y los perfiles del talento humano responsable de la coordinación de la referencia y contrarreferencia, de acuerdo con la disponibilidad del talento humano en el país. Parágrafo 2°. En la coordinación departamental y distrital de la red de servicios se velará por la continuidad de la atención de los pacientes que necesiten tratamiento en instituciones que no estén disponibles en el ámbito municipal, conforme a los procesos de referencia y contrarreferencia estructurados por las gestoras de salud y vida a cargo de la población.



<p>autorizado a la RIISS, se considera como un traslado intra-institucional en función de la organización de la red, al tenor del modelo contractual definido en el artículo 11.</p> <p>Cuando por ubicación laboral, el usuario del servicio de salud se encuentra fuera del territorio nacional, es el empleador quien asume la responsabilidad del pago del servicio de salud, adquiere la obligación de organizar la red de prestadores en el extranjero, con los mecanismos de pago contenidos en el decreto 4747/07.</p> <p><b>ROBERTO DIAZ GONZALEZ, Neiva, 28 febrero 2024</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Comisión Séptima Constitucional Permanente</b></p> <p><b>LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA.</b> - Bogotá D.C., el día 28 del mes de febrero del año dos mil veinticuatro (2024) - En la presente fecha se autoriza la <u>publicación en Gaceta del Congreso de la República</u>, las siguientes consideraciones:</p> <p><b>CONCEPTO:</b> SINTRAUMA.  <b>REFRENDADO POR:</b> Roberto Diaz Gonzalez  <b>NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY:</b> 216 de 2023 Senado, 339 de 2023 Cámara  <b>TÍTULO DEL PROYECTO:</b> "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", acumulado con los Proyectos de Ley no. 340 de 2023 Cámara "por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el sistema general de seguridad social en salud", Proyecto de Ley no. 341 de 2023 Cámara "por medio del cual se dictan disposiciones sobre el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS)", y el proyecto de Ley no. 344 de 2023 Cámara "por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del sistema general de seguridad social en salud"  <b>NÚMERO DE FOLIOS:</b> 24  <b>RECIBIDO EL DÍA:</b> 26 de febrero de 2024  <b>HORA:</b> 4:16 P.M.</p> <p>Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.</p> <p>El Secretario,</p> <div style="text-align: center;">   <b>PRAXERE JOSÉ OSPINO REY</b>                  Secretario General Comisión Séptima                  Senado de la Republica             </div>
--	---

**CONTENIDO**

Gaceta número 147 - Jueves, 29 de febrero de 2024 SENADO DE LA REPÚBLICA PROYECTOS DE LEY	Págs.	CONCEPTOS JURÍDICOS	Págs.
Proyecto de Ley número 237 de 2024 Senado, por medio del cual se declara Patrimonio Cultural e Inmaterial la Leyenda del Hombre Caimán y el Festival Folclórico de la leyenda del Hombre Caimán (FFLHC) del municipio de Plato (Magdalena) y se dictan otras disposiciones. ....	1	Concepto jurídico de Sintrauma al Proyecto de Ley número 216 de 2023 Senado, 339 de 2023 Cámara, por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones: acumulado con los Proyectos de Ley número 340 de 2023 Cámara, por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud; Proyecto de Ley número 341 de 2023 Cámara, por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el proyecto de Ley número 344 de 2023 Cámara, por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. ....	13
Proyecto de Ley número 238 de 2024 Senado, por medio del cual la Nación se asocia a la celebración de los (400) años de fundación del municipio de Plato (departamento del Magdalena) (1626-2026) y se dictan otras disposiciones.....	8		