REPUBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA
(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)
IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

I S S N 0 1 2 3 - 9 0 6 6

AÑO XIV - Nº 596 Bogotá, D. C., viernes 9 de septiembre de 2005 EDICION DE 28 PAGINAS

DIRECTORES:
EMILIO RAMON OTERO DAJUD
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

ANGELINO LIZCANO RIVERA
SECRETARIO GENERAL DE LA CAMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

CAMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NUMERO 126 DE 2005 CAMARA

por la cual se regula la práctica del tatuaje y la perforación – Body Piercing–.

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. *Ambito de aplicación.* Se encontrarán sujetas a las disposiciones de la presente Ley, las personas y establecimientos en los que dentro del territorio nacional, se adelanten actividades relacionadas con la realización de tatuajes sobre la piel o la elaboración de perforaciones, en el cuerpo con el propósito de colocar en dicha perforación joyas diseñadas específicamente para esos efectos (piercing).

Artículo 2°. *Objeto.* El objeto de la presente ley es la protección de la salud de los usuarios en el proceso de práctica del tatuaje y/o la perforación, así como la de regular el ejercicio de los profesionales dedicados a la actividad, al igual que el de establecer los requisitos de funcionamiento que deben cumplir los establecimientos en los que se elaboren los procedimientos de tatuaje y perforación.

De igual modo regular el régimen aplicable para autorizaciones, control e inspección de los establecimientos y su régimen sancionatorio.

Artículo 3°. *Definiciones.* Para los efectos de la presente ley se adoptarán las siguientes definiciones:

a) **Establecimiento de tatuaje o piercing.** Es el establecimiento de carácter comercial, en donde se llevan a cabo actividades de tatuaje y/ o piercing, lugar que deberá contar y cumplir con las condiciones óptimas de diseño, organización, seguridad y salubridad que la legislación vigente exige a establecimientos de esta naturaleza.

Para los efectos pertinentes para el desarrollo de la presente ley, dichos lugares se asimilarán a los establecimientos de entidades prestadoras de servicios de salud;

b) **Tatuaje.** Procedimiento o actividad de introducir un pigmento o tintura vegetal en la epidermis, mediante pinchazos o punciones con máquinas y extensiones de estas, diseñadas especialmente para elaborar estos procedimientos, cuyo fin es el de producir una figura artística a escogencia del usuario;

c) **Piercing.** Procedimiento consistente en perforar algún punto del cuerpo humano con la ayuda de agujas diseñadas para tales efectos, con la finalidad de insertar o atravesar por la piel, mucosas u otros tejidos corporales una joya de body piercing;

d) **Tatuadores y piercers.** Personas dedicadas profesional y exclusivamente a las actividades artísticas de tatuaje o piercing, que cuentan con la capacidad y capacitación requerida, para el ejercicio de estas actividades;

e) **Esterilización.** Proceso mediante el cual se destruyen todos los microorganismos infecciosos mediante el uso de técnicas especiales o sistemas autorizados, bajo estándares clínicamente aprobados;

f) **Desinfección.** Práctica de eliminación de microorganismos mediante agentes químicos en objetos inanimados como instrumentos y superficies, bajo estándares clínicamente aprobados;

g) **Bioseguridad.** Es el conjunto de medidas preventivas destinadas a mantener el control de factores de riesgos laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos logrando la prevención de impactos nocivos asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos, no atenten contra la salud y seguridad de trabajadores, clientes, visitantes y medio ambiente.

TITULO II

REQUISITOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS Y CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS DE REALIZACION DE ESTAS PRACTICAS

Artículo 4°. *Instalaciones y condiciones de los establecimientos*:

1. Los establecimientos que realicen las prácticas reguladas en esta ley contarán con las siguientes áreas debidamente señalizadas:

a) Area de espera;

b) Area de trabajo; que deberá garantizar la privacidad del usuario. Su acceso estará restringido para el tatuador o piercer y los usuarios, debiendo garantizar la privacidad de las prácticas. Los utensilios requeridos para las prácticas deberán estar dispuestos dentro del área de trabajo y conlleve los mínimos desplazamientos posibles;

c) Area de preparación del material; donde se realizan las tareas de limpieza, esterilización, desinfección y preparación del instrumental. Su acceso se limita al personal del establecimiento;

d) Area de lavamanos con dispensador de jabón y toallas de un solo uso;

e) Area de almacenamiento de productos de limpieza y vestimenta personal.

2. Los establecimientos donde se realicen las prácticas de tatuaje y perforación no son entidades prestadoras de servicios de salud, pero deberán reunir las condiciones higiénico-sanitarias generales para esta clase de procedimientos, tales como:

a) Permanecer limpios, desinfectados y ordenados;

b) Disponer de agua de consumo humano;

c) Iluminación natural o artificial suficiente;

d) Suelos, paredes y superficies de trabajo lisos de fácil limpieza y desinfección. El mobiliario, sillones, camillas, etc., deberán permitir fácil limpieza y desinfección y dispondrán de protector de un solo uso;

e) Botiquín equipado con el material suficiente para prestar primeros auxilios, así como de números telefónicos de emergencia;

f) Dispondrán de manual de bioseguridad y protocolos de procedimientos, esterilización y limpieza;

g) Deberán cumplir con la legislación vigente sobre gestión de residuos;

h) Las prohibiciones de la entrada y/o permanencia de animales, de no consumir alimentos, de no fumar, ni ingerir bebidas embriagantes.

Artículo 5°. *Condiciones de equipos e instrumental.* Los instrumentos utilizados para la elaboración de tatuajes o piercing deberán reunir las condiciones higiénicas necesarias que prevengan la ocurrencia de infecciones o contagio de enfermedades en la realización del procedimiento.

a) Los utensilios de rasurado y afeitado deberán ser de un solo uso;

b) Los utensilios y materiales que atraviesen o penetren la piel, las mucosas u otros tejidos, tales como agujas, cuchillas, jeringuillas y similares, serán estériles y de un solo uso, debiendo estar envasados y sellados hasta su uso. En la realización de estas prácticas se utilizarán guantes de tipo quirúrgico, estériles y de un solo uso que deberán ser sustituidos con cada cliente y siempre que sea necesario;

c) Las máquinas o aparatos utilizados en estas prácticas, así como utensilios y materiales que entren en contacto con la piel, vello o cuero cabelludo, que no sean de un solo uso, serán higienizados, esterilizados y/o desinfectados;

d) Las joyas han de ser de una calidad que evite el riesgo de reacciones alérgicas, y de materiales reconocidos como aptos para la piel. Deberán permanecer envasadas individualmente y ser esterilizadas para su utilización. Deberán ser de acero quirúrgico, oro de 14 quilates, como mínimo, titanio, y poseerán el registro Invima;

e) Los pigmentos utilizados para tatuajes deberán contar con el registro sanitario debidamente expedido por el Invima.

Artículo 6°. *Registro.* Las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales abrirán un registro especial, conforme lo consideren pertinente, para la inscripción para todos los tatuadores o piercers previa acreditación de la capacitación y vacunación correspondiente.

Por su parte los establecimientos de comercio dedicados a esta actividad requerirán de concepto sanitario pendiente o favorable de las Secretarías Departamentales o Distritales de Salud.

Artículo 7°. *Condiciones durante el procedimiento*.

1. El personal que aplique estas técnicas deberá estar vacunado contra la hepatitis B y tétanos.

2. Lavarse y desinfectarse las manos antes y después de los procedimientos.

3. Utilizar guantes tipo quirúrgico, tapabocas desechables, gorro y bata.

4. Utilizar ropa y calzado limpio.

5. No fumar, comer o beber en áreas de trabajo.

6. El instrumental, elementos y residuos deben ser tratados según el protocolo correspondiente.

T I T U L O III
FORMACION DEL TATUADOR O PIERCER

Artículo 8°. *Capacitación del tatuador o piercer*.

• Especialmente deberán acreditar capacitación por un mínimo de 500 horas, en temas relacionados con anatomía y fisiología básica, manejo de utensilios y materiales, microbiología básica, bioseguridad, primeros auxilios, gestión de residuos, inyectología, técnicas de esterilización, desinfección y asepsia, enfermedades de transmisión hemática, riesgos asociados a estas actividades y temas afines.

• Disponer de conocimientos en materia de riesgos laborales.

Para los efectos de este artículo podrán recibir capacitación en las Secretarías Departamentales o Distritales de Salud o en las instituciones de educación no formal que aquellas determinen, todo dentro del marco constitucional de autonomía educativa y formativa.

T I T U L O IV
INFORMACION Y CONSENTIMIENTO DE LOS USUARIOS

Artículo 9°. *Requisitos, registros de información y consentimiento de los usuarios*.

1. El tatuador o piercer, previa realización del procedimiento deberá informar al usuario de manera comprensible y por escrito de las particularidades de estas prácticas, sus riesgos y cuidados posteriores.

2. Los mayores de edad suscribirán consentimiento escrito en documento que contenga fecha, nombre, identificación, procedimiento escogido y la voluntad de realizarse el procedimiento.

3. Los menores de edad deberán estar acompañados por sus padres o acudientes, los cuales suscribirán el consentimiento en nombre de ellos, o en su defecto allegar autorización debidamente autenticada ante notario público.

4. En lugar visible del establecimiento se expondrá un folleto informativo sobre las prácticas realizadas e información general sobre riesgos sanitarios y complicaciones, condiciones de reversibilidad de las diferentes prácticas y la obligatoriedad de suscribir el consentimiento.

5. Los establecimientos donde se realicen tatuaje o piercing deben contar con registro de clientes, donde consten los datos personales de los mismos.

6. Los tatuadores o piercers deberán contar dentro del establecimiento con hoja de vida que contenga el registro de vacunas, capacitaciones, y experiencia.

T I T U L O V
PROHIBICIONES

Artículo 10. Les está prohibido a los tatuadores o piercers:

1. Tatuar o perforar a personas alcoholizadas o bajo efecto visible de sustancias tóxicas o alucinógenas.

2. Realizar prácticas exclusivas del ejercicio de la medicina u otro profesional de la salud, como la remoción de tatuajes.

3. La práctica ambulante de tatuajes o piercings o en sitios que no cumplan las reglamentaciones de la presente ley.

4. La aplicación de tatuajes o piercings a menores de 18 años, salvo lo dispuesto en artículos anteriores.

T I T U L O VI
INSPECCION Y CONTROL

Artículo 11. El Ministerio de la Protección Social definirá la forma en que se realizará inspección y vigilancia a los establecimientos que presten servicios de elaboración de tatuajes y piercing, para verificar el estricto cumplimiento de las normas y requisitos sanitarios.

Para tal efecto procederán a realizar un censo de personas dedicadas a esta ocupación dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de la presente ley.

T I T U L O VII

Artículo 12. *Gestión de residuos*. Los establecimientos dedicados a estas actividades deberán contar con un correcto manejo y gestión de residuos. Por su riesgo de transmitir infecciones y enfermedades infectocontagiosas, les es aplicable la normatividad vigente en materia de residuos sanitarios.

T I T U L O VIII

SANCIONES

Artículo 13. *Sanciones.* El incumplimiento e inobservancia de las disposiciones consagradas en la presente ley, sin perjuicio de las demás acciones administrativas, penales, civiles o policivas, según el caso generará las siguientes sanciones:

a) Multas sucesivas de hasta veinte (20) salarios mínimos legales vigentes (smlv);

b) Suspensión de la personería jurídica, en caso de tratarse de personas jurídicas;

c) Cierre temporal del establecimiento;

d) Cancelación de la personería jurídica, en caso de tratarse de personas jurídicas;

e) Cierre definitivo del establecimiento.

Artículo 14. *Imposición.* La imposición de las sanciones se regirá por las siguientes reglas:

a) El incumplimiento por parte de los establecimientos de las condiciones higiénico-sanitarias generales determinadas en esta ley en el artículo 4° y para el efecto por el Ministerio de la Protección Social, dará lugar a la imposición de las siguientes sanciones establecidas en los literales a), b) o c) del artículo anterior;

b) El empleo de equipo o instrumental sin el lleno de los requisitos del artículo 5° de la presente ley, dará lugar a las sanciones establecidas en los literales a), c), d) o e) del artículo anterior;

c) De no presentarse la acreditación de capacitación y formación para realizar las prácticas de los procedimientos de tatuaje y perforación cutánea (piercing) en la forma establecida en el artículo 8° de la presente ley, dará lugar a la imposición de las sanciones establecidas en los literales a) y b) o a) y c) del artículo anterior;

d) El incumplimiento de los requisitos para la realización de los procedimientos de perforación cutánea o piercing señalados en el artículo 7° de la presente ley, dará lugar a la imposición de las sanciones establecidas en los literales a) y b) o a) y c) del artículo anterior.

Parágrafo. Corresponderá a las autoridades de salud de los departamentos, distritos y municipios imponer las sanciones establecidas en esta ley en la forma que determine el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 15. *Vigencia.* Esta ley regirá desde su sanción y deroga las demás disposiciones que le sean contrarias.

Con sentimientos de la mayor consideración y respeto,

Carlos Ramiro Chavarro Cuéllar,

Representante a la Cámara por el departamento del Huila.

EXPOSICION DE MOTIVOS

1. CONSIDERACIONES GENERALES

1.1 Antecedentes históricos

Hacia el año de 1976, cuando el explorador James Cook, relataba su primer viaje a Tahití decía: "*Los hombres y las mujeres de esta isla se pintan el cuerpo, se tattow (en su lengua), con torpes dibujos de hombres, pájaros, y perros"*. Tatu en tahitiano significa golpear, y el instrumento que perfora la epidermis se llama ta.

Tal es el origen de la palabra tatuaje, introducida por Cook en el idioma inglés, de donde pasó a otras lenguas. El tatuaje es un procedimiento de ornamentación corporal, y también el resultado de la aplicación de dicho procedimiento[1].

Momias egipcias que datan de 2000 a.C. han sido encontradas sistemáticamente con tatuajes elaborados en sus cuerpos.

Por autores clásicos conocemos que pueblos antiguos como los tracios, griegos, germanos y bretones utilizaban el tatuaje con modos y fines diversos.

Entre los romanos se tatuaba o estigmatizaba a los criminales, estigma, viene del griego y significa picadura o punzada.

Según el génesis, se dice que Yahvé puso a Caín una señal para que nadie que le encontrara le hiriera; en el Levítico se prohíbe expresamente el tatuaje: "No haréis rasguños en nuestro cuerpo, por un muerto, ni imprimiréis en vosotros figura alguna" Dt. 19:27, de lo que se puede deducir sin mayor esfuerzo que la práctica era muy común[2].

Cabe anotar que el tatuaje ha tenido y tiene según su origen geográfico diversas connotaciones, en algunos casos para fines decorativos y en otros con fines medicinales, tal es el caso de los Cacairies, que se marcan sin intención de adornarse, sino para encontrar el origen del taraceo en general o como los Ojibwa que lo utilizan con fines también curativos.

En Yucatán se asegura que todas las mujeres casadas estaban tatuadas. En Opata (Sonora), las madres tatúan a los recién nacidos con manchas negras alrededor de los párpados, formando arcos que consideran signo de belleza. En Haití el tatuaje tiene significado religioso[3].

Como se ve, el tatuaje se ha practicado y se practica en todos los rincones del mundo, en Asia fue común entre los Hebreos, los fenicios y los semitas, los pueblos primitivos del indostaní, los japoneses, indochinos y malayos. En Europa fue igualmente común entre los celtas, tracios, britanos, bosnios y herzegovinos. En Oceanía las tribus más representativas pueden ser los Maoris, los pueblos del río Emperatriz Augusta, los Mafulu y los Moskowski.

En los últimos años al tatuaje como práctica y profesión ha dejado de ser una actividad propia de indígenas, proscritos, marineros u hombres en general y de unas pocas mujeres, para llegar a formar parte de todos los círculos que conforman la sociedad[4].

1.2. **Antecedentes legislativos**

Sentencia T-030-2004.

Contextualización del caso concreto

Según Clagliani, el tatuaje consiste en una técnica de decoración de la piel mediante la inserción de sustancias colorantes bajo la epidermis. La piel se perfora con un instrumento punzante, a menudo una aguja eléctrica.

En muchas partes del mundo existen pueblos que utilizan el tatuaje y la escarificación como indicativos del rango y afiliación sociales o como signos de duelo. La escarificación se consigue sajando la piel e introduciendo sustancias irritantes en las heridas que, al curar, dejan cicatrices profundas.

El término tatuaje deriva, según algunos antropólogos, de la palabra Ta-tau, que en polinesio significa marca sobre la piel. Un vocablo que fue introducido en Europa en el siglo XVIII por el explorador inglés James Cook, tras uno de sus viajes por los Mares del Sur. Entre los pueblos primitivos, tatuarse no tenía nada de transgresivo, sino que incluso era un signo de integración social.

---

1 CELY OBANDO Andrés, Antropólogo 10 Semestres, Universidad Nacional de Colombia, 2005.

2 Idem.

3 Idem.

4 Ibídem.

En la Antigüedad, el tatuaje egipcio estaba relacionado con el lado emocional de la vida y tradicionalmente se le asociaba con la magia, protección y el deseo de la persona tatuada, de identificarse con el espíritu de un determinado animal. También se usaba para impresionar y asustar a los enemigos en el campo de batalla. Así, en las antiguas poblaciones británicas este método de intimidación fue utilizado por los guerreros que al tatuarse la cara y cuerpos en preparación para la guerra, lograban desmoralizar e infundir temor a los enemigos. En otras regiones se le usaba como castigo. De tal suerte que las personas acusadas de sacrilegio debían de ser tatuadas.

En el antiguo Japón, por su parte, el tatuaje estaba reservado para aquellos que habían cometido crímenes graves. Los individuos tatuados eran aislados de sus familias y se les negaba cualquier participación en la vida comunitaria. Se solían aplicar marcas en los brazos o frente identificando de qué prisión venía la persona. De igual forma, el tatuaje era asociado con actividades de determinadas bandas de delincuentes, quienes recurrían a esta práctica como una muestra de lealtad hacia el grupo.

Al extenderse el cristianismo, en el Imperio Romano se abandonó lentamente el tatuaje de esclavos y criminales. Los cristianos eran hostiles a los tatuajes, ya que creían que si la divinidad había creado el hombre era a su imagen y semejanza, y por ende, era pecaminoso que este último tratara de alterar su imagen. De allí que el emperador Constantino, emitió un decreto en contra de la actividad del tatuarse, por cuanto se consideraba que se trataba de un asunto de idolatría y superstición. Debido a esto, los médicos griegos y romanos empezaron a practicar la remoción de tatuajes.

A finales de la Edad Media, los viajes de ultramar provocaron la difusión de esta costumbre en los países europeos, tendencia que se mantuvo durante la Modernidad.

Más recientemente, durante la II Guerra Mundial, el tatuaje representó una señal de pertenencia entre los soldados; y a partir de la década de los sesenta, muchos lo adoptaron como un símbolo de rebeldía contra el sistema.

Este breve recuento histórico, evidencia que tatuarse constituye una extendida y muy antigua práctica cultural, presente en diversos contextos y lugares, la cual, si bien en determinados momentos ha estado asociada a la esclavitud, al ostracismo social, e incluso, la criminalidad, en otras, las más de las veces, lo ha estado a la estética, al arte, a las creencias religiosas del individuo, a su pertenencia a un determinado grupo humano, o simplemente, a sus gustos y preferencias personales. De allí que identificar a una persona tatuada con un delincuente constituye un acto discriminatorio, un prejuicio social.

Para el control y vigilancia que deben ejercer las Secretarías de Salud de los distintos Departamentos y distritos del país sobre este tipo de establecimientos, existen en la actualidad varias normas que han venido siendo aplicadas para tales efectos, dentro de las cuales se pueden reseñar las Leyes 9ª de 1979, 711 de 2001; los Decretos 219 de 1998, 2676 de 2000, 2309 de 2002 y 1669 de 2002, la Resolución 2263 del Ministerio de la Protección Social.

Es tal vez esta última resolución relacionada, la única existente que en alguna parte de su literalidad, relaciona los términos tatuaje y body piercing, esto es en su parágrafo, que en mal momento al tratar de incluir dichos procedimientos dentro de los procesos regulados por ella, equiparó al tatuaje con una microcirugía.

No obstante lo anterior a las claras se observa que si bien es cierto tales normas regulan temas relacionados con la salud, reglamentan temas muy disímiles a los de la práctica de la elaboración de tatuajes y body piercing.

En el año 2003 el concejo de Bogotá en un esfuerzo por regular la actividad y consciente del creciente mercado del mismo y la proliferación de establecimientos de esta naturaleza profirió el Acuerdo número 103, *por el cual se dictan medidas para proteger la salud de las personas en la práctica de tatuajes y piercing en el Distrito Capital de Bogotá.*

Fue por lo tanto el Concejo de Bogotá, el pionero en establecer en nuestro país unas reglas claras tanto para usuarios como para profesionales del gremio, aunque en nuestro concepto al redactar la disposición incurrió en algunas imprecisiones.

2. **IMPORTANCIA SOCIAL DEL PROYECTO DE LEY**

2.1 **Desde el punto de vista de la salubridad pública**

Como ya se anotó en líneas anteriores, no existe a nivel nacional una norma clara y expresa que regule las prácticas del tatuaje y el body piercing, por lo cual desde un principio se hace necesaria la implementación de una regulación clara y que exija a usuarios y profesionales del ramo a comprometerse con los programas sanitarios que se instituyan.

La proliferación del gusto por la decoración corporal y su práctica en algunos establecimientos que no cumplen con las normas de carácter sanitario y por personal que carece de la formación adecuada para tales fines, refuerza la idea de implementar una norma de carácter nacional que permita la minimización de riesgos para la salud de la ciudadanía.

Desde el punto de vista médico-científico la práctica de estos procedimientos sin las debidas prevenciones higiénico-sanitarias, puede conllevar a que tanto el usuario como el profesional del tatuaje y body piercing, aumenten el riesgo de adquirir en virtud de tales prácticas, enfermedades de tipo bacteriológico como la hepatitis, herpes simple, varios tipos de influenza, microplasma neumonía, chancro, cólera, acné, erupciones y abscesos, por nombrar algunas cuantas.

2.2 **Desde el punto de vista social**

De acuerdo con un censo realizado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (actualizado al mes de agosto de 2004), y complementado por información aportada por la Asociación de Tatuadores y Perforadores de Bogotá, solo en la ciudad de Bogotá podrían existir cerca de trescientos establecimientos dedicados exclusivamente a estas prácticas y cerca de quinientos si se le suman establecimientos que realizan procedimientos muy similares.

Igualmente en las ciudades capital de departamento como Medellín pueden existir unos noventa establecimientos de la misma naturaleza, de acuerdo con la información suministrada por la asociación de tatuadores de la misma, en ciudades más pequeñas como Pereira, Armenia, Manizales la cifra es menos que despreciable, con establecimientos que podrían acercarse en números entre veinte y cincuenta por ciudad, conforme a lo informado por la Asociación de Artistas del Tatuaje y la Perforación, cuyo domicilio se encuentra en la ciudad de Pereira y que reúne personas dedicadas al oficio de todo el eje cafetero, Ibagué, Cartago, Palmira y Cali, cuyo número de establecimientos asciende a más de cuarenta establecimientos de tatuaje y body piercing.

Es de anotar que esta actividad es desarrollada y practicada por personas de todo el territorio colombiano. Lo anterior para hacer ver que la información arriba anotada no incluye cifras de departamentos de tanta importancia y en los cuales a ciencia cierta se practican como los Santanderes, y toda la costa atlántica.

Es entonces claro que de permitir que la regulación de este oficio, así como de la vigilancia y control de los establecimientos, continúe haciéndose bajo preceptos que no solo no satisfacen las necesidades sociales, sanitarias e higiénicas sino que además permitirían que en un futuro no muy lejano estas prácticas se conviertan en clandestinas, teniendo en cuenta que tanto la Ley 711 de 2001 y la Resolución 2263 de 2004, que regulan actividades de estética y cosmetología y que en sus apartes pertinentes a la letra rezan:

Artículo 7°. PROHIBICIONES. El (la) cosmetólogo(a) no puede realizar ningún procedimiento, práctica o acto reservado a los médicos o profesionales de la salud[5].

Artículo 8°. CAMPO DE EJERCICIO. El (la) cosmetólogo(a) podrá realizar procedimientos de limpieza facial, masajes faciales y corporales, depilación, drenaje linfático manual y en general todos aquellos procedimientos faciales o corporales que no requieran de la formulación de medicamentos, intervención quirúrgica, procedimientos invasivos o actos reservados a profesionales de la salud[6].

Artículo 1°. Ambito de aplicación. La presente resolución es de obligatorio cumplimiento para la apertura y funcionamiento de los centros de estética, institutos de belleza, centros de bronceado y demás establecimientos donde se realicen procedimientos cosméticos, faciales o corporales[7].

Parágrafo. Los establecimientos en los que se aplican técnicas con finalidad terapéutica, intervenciones quirúrgicas, microcirugías (tatuaje), procedimientos invasivos (piercing), implantes o preparaciones cosméticas, deberán cumplir en todo momento con la reglamentación vigente en lo relacionado con los prestadores de servicios de salud[8].

Por lo anterior las normas enunciadas prohíben los llamados procedimientos invasivos y que son de carácter reservado para los profesionales de la medicina, procedimientos estos dentro de los cuales como lo indican las normas transcritas son vetados para el caso de los artistas dedicados a las prácticas del tatuaje y la perforación.

Resulta entonces inverosímil que una reglamentación prohíba el ejercicio de una actividad al profesional indicado para el asunto (en este caso el tatuador o perforador), como igual resulta inverosímil que un médico se dedique a la elaboración de tatuajes y perforaciones (body Piercing), entendiendo claro que en un caso hipotético, las facultades de medicina incluyeran en su pénsum académico una cátedra para tatuar y perforar, que por supuesto debería incluir arte, dibujo, diseño, color, etc., véase cómo en el debate del Acuerdo 103 de 2003 (Concejo de Bogotá), en ese sentido se pronunció la H.C. LARIZA PIZANO ROJAS[9].

No se trata entonces de prohibir una profesión, que además es una actividad milenaria como en efecto lo hacen la Ley 711 de 2001 y la Resolución 2263 de 2004, sino de crear, regular y vigilar las condiciones ideales de capacitación, requisitos de establecimientos y otros que correspondan para el ejercicio de que trata este proyecto, tal y como lo manifestó el señor Alfredo Rueda Pardo, delegado de la Secretaría Distrital de Salud durante el debate adelantado en el Concejo de Bogotá, previa aprobación del Acuerdo 103 de 2003:

El interés de la Secretaría es generar condiciones para evitar el riesgo sanitario y riesgos para la salud tanto de las personas dedicadas a esta actividad como la de los usuarios.

Sobre el segundo punto, sobre el título de idoneidad de las personas dedicadas a esta labor, consideramos también, según la actividad, que no requieren ser profesionales de ningún tipo y menos profesionales de la medicina. En ese sentido, como las labores que se realizan en los salones de belleza y peluquerías, generalmente se realizan por tradición familiar, se entrenan de otra manera diferente, lo importante del proyecto es que las personas dedicadas a la actividad conozcan que existen ciertos riesgos que la Secretaría, en vez de hacer una labor policiva se acerque a esas personas, los informe sobre los riesgos para que cumplan con las previsiones. Consideramos que ese es el espíritu del proyecto[10].

Añadamos a lo anterior que además de la existencia de una actividad no regulada como lo es la elaboración de tatuajes y body piercing, de unas normas que la prohíben, como la Ley 711 y la resolución 2263 de 2004, de un sin fin de legislación que pretenden que estos establecimientos cumplan los requisitos de entidades prestadoras de salud, el impacto que el cierre de estos establecimientos generaría:

1. Un alto porcentaje de personas que entrarían a engrosar las ya alarmantes cifras de desempleo en Colombia.

2. El mismo porcentaje de hogares con ingresos reducidos a cero. (Véase que estos trabajadores solo perciben ingresos por este concepto).

3. Una disminución en las cifras que a la fecha han venido creciendo, respecto al crecimiento del comercio formal (más de quinientos almacenes de esta naturaleza censados por nosotros así lo demuestran, anotando además que todos cuentan con Matrícula Mercantil, RUT, y cumplen requisitos esenciales de funcionamiento, sanitarios y se encuentran agremiados).

4. Todas las personas dedicadas al oficio entrarían a la ilegalidad, pues la prohibición de la actividad no garantiza la erradicación de la misma, aumentando así potencialmente el riesgo para usuarios y profesionales.

2.3 **Desde el punto de vista constitucional y legal**

Es importante por último recalcar cómo la inexistencia de una norma que atienda las necesidades de este grupo poblacional, así como las exigencias contenidas en las normas ya citadas (Ley 711 de 2001 y Resolución 2263 de 2004), son violatorias de diversos artículos de la Constitución Política de Colombia:

1. Del artículo 16 de la Constitución Política de Colombia, por cuanto se coarta el derecho al libre desarrollo de la personalidad.

2. Del artículo 25 del ordenamiento constitucional, pues viola el derecho fundamental al trabajo.

3. Del artículo 26 de la norma superior por cuanto impide la libre escogencia de profesión u oficio.

Con sentimientos de la mayor consideración y respeto,

Carlos Ramiro Chavarro Cuéllar,

Representante a la Cámara por el departamento del Huila.

CAMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARIA GENERAL

El día 6 de septiembre de 2005 ha sido presentado en este despacho, el Proyecto de ley número 126 de 2005 Cámara, con su correspondiente exposición de motivos, por el honorable Representante *Carlos Ramiro Chavarro Cuéllar.*

El Secretario General,

Angelino Lizcano Rivera

* * *

PROYECTO DE LEY NUMERO 127 DE 2005 CAMARA

por la cual se adiciona la Ley 711 de 2001 (la cual reglamenta el ejercicio de la ocupación de la cosmetología y se dictan otras disposiciones en materia de salud estética) y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley pretende establecer los beneficiarios y el alcance de la Ley 711 de 2001, *por la cual se*

---

5 Ley 711 de 2001.

6 Ley 711 de 2001.

7 Resolución 2263 de 2004.

8 Idem.

9 Solamente una anotación muy breve, para señalar qué tipo de capacitación habría que realizarse porque no existen cursos para hacer piercing ni instituciones que lo realicen. Podríamos añadir que los cursos deban estar relacionados con capacitación en esterilización o en manejo de instrumental, no sé exactamente qué sería.

10 Concejo de Bogotá. Acta N° 073 de 2003, Periodo Legal 2001-2003.

reglamenta el ejercicio de la ocupación de la cosmetología y se dictan otras disposiciones en materia de salud estética.

Artículo 2°. *Artes o profesiones que cubre la presente ley.* Los beneficiarios de la presente ley son las personas que desarrollan las siguientes áreas: Peluqueros(as), manicuristas(os) y pedicuristas(os), maquilladores(as), técnicos(as) capilares, masajistas y cosmetólogos(as) entendiéndose como procedimientos de los cosmetólogos la limpieza facial, masajes faciales y corporales, depilación, drenaje linfático, procedimientos que no sean de carácter invasivo.

Artículo 3°. *Requisitos de formación académica profesional para la prestación de los servicios.* A partir de la vigencia de la presente ley, solamente podrán prestar sus servicios como profesionales aquellas personas que cumplan con los siguientes requisitos de formación académica profesional.

a) Ser bachiller académico con título expedido por una institución reconocida por el Estado y que se encuentre acreditada para ello.

b) De acuerdo con la actividad certificar de acuerdo con la siguiente intensidad horaria:

1.000 horas de capacitación para belleza integral.

320 horas de capacitación por área o actividad.

Parágrafo 1°. Se entiende como belleza integral la capacitación que contempla todas las actividades que son: Peluquería, manicure, pedicure, técnica capilar, masajes y cosmetología.

Parágrafo 2°. Para las personas que se capaciten en belleza integral la institución correspondiente otorgará un certificado o diploma.

Parágrafo 3°. Para la persona que se capacite en alguna de las áreas de la carrera de belleza integral como manicure, pedicure, maquillaje masaje, cosmetología, peluquería, la institución correspondiente otorgará una constancia por 320 horas de capacitación.

Parágrafo 4°. La certificación debe ser otorgada por una institución debidamente autorizada por el Estado y que se ajuste a la normatividad vigente y actual.

Parágrafo 5°. Estos requisitos académicos infieren exclusivamente en la capacitación y nivel profesional, sin perjuicio de los demás que permitan el funcionamiento del local o negocio.

Artículo 4°. Para aquellas personas que con anterioridad a la vigencia de la presente ley no cumplen los requisitos básicos de que trata la presente ley, acreditarán ante la autoridad competente con la certificación o diploma expedido por la institución correspondiente, su idoneidad con la presentación de un examen teórico –práctico realizado por instituciones debidamente autorizadas por el Estado que se ajusten a la normatividad vigente y actual.

Parágrafo 1°. En el evento en que la persona no apruebe el examen teórico-práctico, podrá volver a presentarlo 30 días posterior a la fecha de la anterior presentación.

Artículo 5°. *Actualizaciones.* A partir de la vigencia de la presente ley, anualmente o con la periodicidad que disponga la entidad competente, todos los profesionales incluidos en el artículo dos de la presente ley tomarán un curso de actualización impartido por las entidades autorizadas por el Estado para efectuar dicha capacitación.

Parágrafo 1°. Para todos los efectos, los profesionales deberán conservar estas certificaciones de actualizaciones.

Artículo 6°. *Mecanismos de cooperación y asociación*. Los profesionales objeto de la presente ley se carnetizarán e inscribirán en un registro único de profesionalización para hacerse beneficiarios a través de la agremiación cooperativa, asociativa y solidaria, de los estímulos representados en salud pública, educación y programas microempresariales.

Artículo 7°. *Sanciones*. La falsedad en los requisitos previstos en esta ley serán causales de sanción de acuerdo con lo previsto en el artículo 17 de la ley 711 de 2001.

Artículo 8. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas aquellas normas que le sean contrarias.

Venus Albeiro Silva Gómez, honorable Representante a la Cámara por Bogotá, Partido Comunitario Opción Siete, PCOS. Bancada Alternativa Democrática.

EXPOSICION DE MOTIVOS

El 30 de noviembre de 2001 el presidente Andrés Pastrana sanciona la Ley 711 de 2001, por la cual se reglamenta el ejercicio de la ocupación de la cosmetología y se dictan otras disposiciones.

Dicha ley hace un esfuerzo por reglamentar una profesión y un trabajo digno y respetado como los otros y en cierta manera estigmatizada por la sociedad.

Para su desarrollo quedaron algunos vacíos que el presente proyecto de ley pretende cubrir en situaciones como la acreditación que exigía la Ley 711 y que generan una ambigüedad o confusión respecto a los requisitos que exigen las Secretarías de Educación y las Secretarías de Salud del orden Nacional, Departamental, Distrital y Municipal.

Cuando dentro de los requisitos de capacitación se exige el de ser bachiller, se hace exclusivamente porque aquellos que han terminado su educación media (11 Grado) han visto dentro de su pénsum química, materia importante por la manipulación que deben hacer de varios líquidos y elementos químicos propiamente.

No obstante, como sucede en otras profesiones y artes, existen personas que han ejercido empíricamente su profesión durante muchos años sin cumplir con los "requisitos legales", que hoy por hoy y por la aplicación de la ley tendrán que someterse, **en muchos casos a terminar su bachillerato y a someterse a efectuar un curso de 1.000 horas y en el extremo de las circunstancias a comenzar sus estudios de primaria porque no saben leer ni escribir.**

Si nos ubicamos en el contexto y la realidad son requisitos de la Ley 711 que no van a cumplir los empíricos, ya sea por su edad o por cualquier otro tipo de impedimento o causalidad.

Este caso se aplica a los antiguos barberos de pueblo, tan propios y activos dentro de las costumbres de aquella Colombia preurbana. Estos protagonistas ambientaban espacios de polémica y discusión de lo habido y por haber y de lo mundano y lo divino y sin embargo no necesitaban de estudio y acreditación por la sencilla razón de que sus clientes salían conformes con el servicio, según lo que hoy establece el objeto del marketing empresarial: **"Clientes satisfechos"**.

A nivel nacional el cálculo de profesionales en todo el país es de 250.000 personas que trabajan en este sector, las cuales si les aplicamos el mismo factor serían de 1.000.000 de perjudicados y amenazados en su empleo y profesión.

En el caso de Bogota existen por lo menos **25.000 salones que ejercen esta profesión, de los cuales el 85% son empíricos y que por falta de claridad y comprensión del entorno en la redacción de la Ley 711**, corren el riesgo de quedar con los brazos cruzados y engrosar la lista de desempleados del país, situación que se agrava si hacemos un cálculo matemático de composición de hogares, que en promedio es de 4 por familia, fácilmente llegaríamos a contabilizar **200.000 personas que saldrían afectadas por la aplicación de la Ley** 711 si no se hace la mejora que se pretende con la aprobación del presente Proyecto de Ley.

La importancia que tiene el proyecto de Ley no es solamente la profesionalización y especialización de las personas que ejercen y practican la belleza integral y sus tratamientos, sino que esto incide directamente en un servicio adecuado, el cual al cumplir con los requisitos personales de capacitación, por un lado y de bioseguridad e higiene por otra, hacen que no se genere y se prevenga un problema de salud pública, al existir un adecuado manejo y manipulación de sustancias químicas y trabajar en

ambientes aptos para su desarrollo tanto del propietario de los salones de belleza como de los miles de usuarios que a diario se benefician de su trabajo profesional e idóneo.

Venus Albeiro Silva Gómez, honorable Representante a la Cámara por Bogotá, Partido Comunitario Opción Siete, PCOS. Bancada Alternativa Democrática.

CAMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARIA GENERAL

El día 6 de septiembre de 2005 ha sido presentado en este despacho, el Proyecto de ley número 127 de 2005 Cámara, con su correspondiente exposición de motivos, por el honorable Representante *Venus Albeiro Silva Gómez.*

El Secretario General,

Angelino Lizcano Rivera

* * *

PROYECTO DE LEY NUMERO 128 DE 2005 CAMARA

por medio de la cual se establece la obligación de dispensadores de condones en establecimientos públicos y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. A partir de la vigencia de la presente ley todos los establecimientos públicos afines con actividades comerciales y sociales, como bares, discotecas, tabernas, residencias, moteles, hoteles, casas de lenocinio, wiskerías, droguerías, misceláneas, paraderos, clubes, y demás establecimientos públicos, deberán tener mínimo un dispensador de condones en un lugar visible y público de fácil acceso de forma que el usuario obtenga directamente el preservativo si la intervención de terceros.

Artículo 2°. Se deberá establecer un régimen especial para los lugares de gran afluencia de público como estaciones de transporte, establecimientos educativos, universidades, salas de cine, etc.

Artículo 3°. Los costos del dispensador y su instalación serán por cuenta del establecimiento y no se expedirá o renovará licencia de funcionamiento hasta el cumplimiento de este requisito.

Artículo 4°. Los costos de los preservativos será por cuenta del usuario y su valor no podrá exceder el valor comercial, el dispensador debe ser por unidades de condones.

Artículo 5°. El Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia de Salud serán las entidades correspondientes y las encargadas de divulgar, vigilar y supervisar que esta norma se cumpla como lo establece la presente ley.

Parágrafo. *De prevención.* Las campañas de sensibilización e información de uso de dispensador de condones en sitios públicos comerciales, corresponderá a las entidades mencionadas en el artículo anterior.

Artículo 6°. Los costos de los preservativos para que estén al alcance de la comunidad deben estar regulados por el Ministerio de la Protección Social y demás autoridades competentes.

Artículo 7º. La presente ley rige a partir de su promulgación.

Venus Albeiro Silva Gómez, honorable Representante a la Cámara por Bogotá, Partido Comunitario Opción Siete, PCOS. Bancada Alternativa Democrática.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Generalidades

El concepto de salud sexual reproductiva ha evolucionado, de tal manera que hoy en día se habla de ella sin impedimento, miedos, ni tapujos; pues el concepto de salud reproductiva va más allá de la salud materno-infantil y actualmente se define no solo como la ausencia de enfermedades o trastornos en el proceso reproductivo sino como una situación en la cual este proceso evoluciona a un estado de bienestar físico, social y mental. Esto implica que las personas tengan o se les posibilite la capacidad para reproducirse en el momento en que consideren oportuno, que las parejas o mujeres que así lo decidan puedan tener un embarazo, parto y puerperio satisfactorio y que los niños se desarrollen en un ambiente saludable.

El concepto incluye el reconocimiento del derecho de las personas para acceder a una sexualidad plena y enriquecedora, como un elemento de bienestar personal y familiar, reconocimiento del derecho al goce de la sexualidad sin ligarla necesariamente con la reproducción. De igual forma la salud sexual reproductiva permite que las personas y las parejas opten libre y responsablemente por el ejercicio de los derechos sexuales, libre de temor de un embarazo no deseado o de una enfermedad de transmisión sexual.

Por las anteriores consideraciones, surgen proyectos como estos en los que se crean medios que posibilitan la conducta sexual sin riesgos por los inadecuados o insuficientes conocimientos sobre información sexual.

Estadísticamente vemos como aumenta en forma acelerada enfermedades como el VIH/SIDA por diferentes causas como la falta de educación, la falta de divulgación en las campañas de prevención por parte de los entes gubernamentales, pero también porque muchas personas en el momento del acto no encuentran a la mano los preservativos con los cuales pueden ejercer su relación con la seguridad de encontrarse protegidos y de no adquirir enfermedades de transmisión sexual.

La mayoría de las personas portadoras y positivas del VIH, en un 95% viven en países en vía de desarrollo; este porcentaje seguirá aumentando mientras la pobreza aumente y la salud pública presente recursos limitados para la promoción y prevención.

El derecho de las mujeres a optar o no por la maternidad, debe ser garantizado. Cada año se estima que 55 millones de embarazos no deseados en el mundo terminan en un aborto inducido. Las causas de estos problemas hay que analizarlas en el contexto de la discriminación y subordinación de las mujeres. El aborto realizado en condiciones peligrosas es una de las principales causas de mortalidad materna; aproximadamente 200 mil muertes cada año en el mundo; el 99% de ellas en países en desarrollo.

Las complicaciones por aborto inducido son la primera causa de muerte en mujeres entre 15 y 49 años en varios países de América Latina. Pero la muerte no es el único costo de los abortos. Hay que considerar también el deterioro físico y los costos financieros para los países en desarrollo. Se estima que el 50% del presupuesto de los hospitales se gasta en complicaciones de aborto.

El punto central en los derechos reproductivos es el reconocimiento del derecho de todas las personas y las parejas a decidir libre y responsablemente el número de hijos y a contar con la información y los servicios adecuados que le faciliten el desarrollo de esos derechos.

Según los datos OPS-OMS, en América Latina, los métodos anticonceptivos que actualmente se utilizan son: la esterilización (20%), dispositivo intrauterino (5%), métodos de barrera (5%) y métodos naturales (5%). Es evidente que solo el retiro y el condón son responsabilidad del hombre, mientras que los demás dependen de la mujer. Esto confirma la escasa participación de los hombres en la utilización de métodos anticonceptivos, siendo esta una responsabilidad conjunta.

Por lo anterior, la importancia del proyecto para la salud pública de los colombianos y la prevención de diversas enfermedades, los embarazos no deseados y los abortos inducidos, pueden ser controlados a través de una educación sexual acertada que ofrezcan como este proyecto de ley, medios de protección sexual de fácil acceso a la comunidad en general.

Objeto del proyecto

El proyecto de ley tiene como objeto obligar a establecimientos públicos, afines con actividades comerciales y sociales, tales como clubes, residencias, moteles, bares, discotecas, tabernas, hoteles, casas de lenocinio, wiskerías, droguerías, misceláneas, paraderos, universidades y demás establecimientos públicos, a tener como mínimo un dispensador de condones, en un lugar visible, público y de fácil acceso, con el fin de que el usuario obtenga directamente el preservativo a un bajo costo.

El proyecto recoge una serie de puntos en salud pública que al estudiarlos y enfocarlos en forma detallada denotan las consecuencias que causa en la población el bajo control de las enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados de los menores y el difícil acceso de los jóvenes para poder adquirir métodos anticonceptivos "condones".

Consideraciones constitucionales y legales

La salud es un derecho constitucional fundamental, contemplado en los artículos 48 y 49 de la Constitución Nacional, que consagran la seguridad social y la salud como un servicio público obligatorio, que se garantiza y presta bajo la dirección del Estado y por conducto de sus entes regulatorios se establecen las normas que los deben regir.

El artículo 48 de la Constitución Nacional determina el concepto de seguridad social e introduce la participación de los particulares en la prestación de los servicios.

"La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los colombianos el derecho irrenunciable a la seguridad social. El Estado con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la presentación de los servicios en la forma que lo determine la ley. La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas de conformidad con la ley".

"No se podrán utilizar los recursos de las instituciones de seguridad social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante".

El artículo 49 de la C.N. establece:

"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de los servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. Asimismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados por la ley.

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

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

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

El Estado colombiano al ratificar los tratados internacionales sobre los derechos humanos, adquiere la obligación de adoptar los mecanismos necesarios para el goce, disfrute y la real protección y el pleno ejercicio de estos derechos en su legislación interna. Asimismo, de las conferencias internacionales, adoptar políticas sobre el crecimiento y desarrollo de la población.

Este proyecto de ley responde a la evolución de los enfoques sobre el hombre, la mujer y su desarrollo en la actividad sexual y reproductiva; muestra un proceso de maduración en temas y problemas que se ven reflejados en la educación sexual tanto en la adolescencia como en la adultez.

Venus Albeiro Silva Gómez, honorable Representante a la Cámara por Bogotá, Partido Comunitario Opción Siete, PCOS. Bancada Alternativa Democrática.

CAMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARIA GENERAL

El día 6 de septiembre de 2005 ha sido presentado en este despacho, el Proyecto de ley número 128 de 2005 Cámara, con su correspondiente exposición de motivos, por el honorable Representante *Venus Albeiro Silva Gómez.*

El Secretario General,

Angelino Lizcano Rivera

* * *

PROYECTO DE LEY NUMERO 129 DE 2005 CAMARA

por la cual se reglamenta la práctica del tatuaje y la perforación – body piercing– y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

T I T U L O I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. *Ambito de aplicación.* Se encontrarán sujetas a las disposiciones de la presente Ley, las personas y establecimientos en los que se realicen en el territorio nacional, actividades relacionadas con la realización de tatuajes sobre la piel o la elaboración de perforaciones, en el cuerpo con el propósito de colocar en dicha perforación joyas diseñadas específicamente para esos efectos (piercing).

Artículo 2°. *Objeto.* El objeto de la presente ley es la protección de la salud de los usuarios de la práctica del tatuaje y la perforación, así como la de los profesionales dedicados a la actividad, al igual que el de establecer los requisitos de funcionamiento que deben cumplir los establecimientos en los que se elaboren los procedimientos artísticos de tatuaje y perforación.

De igual modo regular el régimen aplicable para autorizaciones, control e inspección de los establecimientos y su régimen sancionatorio.

Artículo 3°. *Definiciones.* Para los efectos de la presente ley se adoptarán las siguientes definiciones:

a) **Establecimiento de tatuaje o piercing.** Establecimiento donde se llevan a cabo actividades de tatuaje y/o piercing, que cumpla los requisitos que establece la presente norma;

b) **Tatuaje.** Procedimiento o actividad de introducir un pigmento o tintura vegetal bajo la piel humana, mediante pinchazos o punciones con una máquina diseñada especialmente para elaborar este procedimiento con la ayuda de agujas instaladas en la máquina, cuyo fin es el de producir una figura artística a escogencia del usuario;

c) **Piercing.** Procedimiento consistente en perforar algún sector del cuerpo humano con la ayuda de agujas diseñadas para tales efectos, con el objeto de insertar o atravesar por la piel, mucosas u otros tejidos corporales una joya de body piercing;

d) **Tatuadores y piercers.** Aquellas personas dedicadas profesional y exclusivamente a las actividades artísticas de tatuaje o piercing, que tienen la capacitación requerida;

e) **Esterilización.** Proceso mediante el cual se destruyen todos los microorganismos infecciosos mediante el uso de técnicas especiales o sistemas autorizados;

f) **Desinfección.** Práctica de eliminación de microorganismos mediante agentes químicos en objetos inanimados como instrumentos y superficies;

g) **Bioseguridad.** Es el conjunto de medidas preventivas destinadas a mantener el control de factores de riesgos laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos logrando la prevención de impactos nocivos asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos, no atenten contra la salud y seguridad de trabajadores, clientes, visitantes y medio ambiente.

T I T U L O II
REQUISITOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS Y CONDICIONES HIGIENICO- SANITARIAS DE REALIZACION DE ESTAS PRACTICAS

Artículo 4°. *Instalaciones y condiciones de los establecimientos.* Los establecimientos que realicen las prácticas reguladas en esta ley contarán con las siguientes áreas debidamente señalizadas:

a) Area de espera;

b) Area de trabajo; que deberá garantizar la privacidad del usuario. Su acceso estará restringido para el tatuador o piercer y los usuarios, debiendo garantizar la privacidad de las prácticas. Los utensilios requeridos para las prácticas deberán estar dispuestos dentro del área de trabajo y conlleve los mínimos desplazamientos posibles;

c) Area de preparación del material; donde se realizan las tareas de limpieza, esterilización, desinfección y preparación del instrumental. Su acceso se limita al personal del establecimiento;

d) Area de lavamanos con dispensador de jabón y toallas de un solo uso;

e) Area de almacenamiento de productos de limpieza y vestimenta personal.

Parágrafo único. Los establecimientos donde se realicen las prácticas de tatuaje y perforación no son entidades prestadoras de servicios de salud, pero deberán reunir las condiciones higiénicas sanitarias generales para esta clase de procedimientos, tales como:

a) Permanecer limpios, desinfectados y ordenados;

b) Disponer de agua de consumo humano;

c) Iluminación natural o artificial suficiente;

d) Suelos, paredes y superficies de trabajo lisos de fácil limpieza y desinfección. El mobiliario, sillones, camillas, etc., deberán permitir fácil limpieza y desinfección y dispondrán de protector de un solo uso;

e) Botiquín equipado con el material suficiente para prestar primeros auxilios, así como de números telefónicos de emergencia;

f) Dispondrán de manual de bioseguridad y protocolos de procedimientos, esterilización y limpieza;

g) Deberán cumplir con la legislación vigente sobre gestión de residuos;

h) Las prohibiciones de la entrada y/o permanencia de animales, de no consumir alimentos, de no fumar, ni ingerir bebidas embriagantes.

Artículo 5°. *Condiciones de equipos e instrumental.* Los instrumentos utilizados para la elaboración de tatuajes o piercing deberán reunir las condiciones higiénicas necesarias que prevengan la ocurrencia de infecciones o contagio de enfermedades en la realización del procedimiento son:

a) Los utensilios de rasurado y afeitado deberán ser de un solo uso;

b) Los utensilios y materiales que atraviesen o penetren la piel, las mucosas u otros tejidos, tales como agujas, cuchillas, jeringuillas y similares, serán estériles y de un solo uso, debiendo estar envasados y sellados hasta su uso. En la realización de estas prácticas se utilizarán guantes de tipo quirúrgico, estériles y de un solo uso que deberán ser sustituidos con cada cliente y siempre que sea necesario;

c) Las máquinas o aparatos utilizados en estas prácticas, así como utensilios y materiales que entren en contacto con la piel, vello o cuero cabelludo, que no sean de un solo uso, serán higienizados, esterilizados y/o desinfectados;

d) Las joyas han de ser de una calidad que evite el riesgo de reacciones alérgicas, y de materiales reconocidos como aptos para la piel. Deberán permanecer envasadas individualmente y ser esterilizadas para su utilización. Deberán ser de acero quirúrgico, oro de 14 quilates, como mínimo, titanio, y poseerán el registro Invima;

e) Los pigmentos utilizados para tatuajes deberán contar con el registro sanitario debidamente expedido por el Invima.

Artículo 6°. *Registro.* Las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales abrirán un registro especial, conforme lo consideren pertinente, para la inscripción para todos los tatuadores o piercers previa acreditación de la capacitación y vacunación correspondiente.

Por su parte los establecimientos de comercio dedicados a esta actividad requerirán de concepto sanitario pendiente o favorable de las Secretarías Departamentales o Distritales de Salud.

Artículo 7°. *Condiciones durante el procedimiento*. Para desarrollar el procedimiento se debe tener en cuenta:

1. El personal que aplique estas técnicas deberá estar vacunado contra la Hepatitis B y Tétanos.

2. Lavarse y desinfectarse las manos antes y después de los procedimientos.

3. Utilizar guantes tipo quirúrgico, tapabocas desechables, gorro y bata.

4. Utilizar ropa y calzado limpio.

5. No fumar, comer o beber en áreas de trabajo.

6. El instrumental, elementos y residuos deben ser tratados según el protocolo correspondiente.

T I T U L O III
FORMACION DEL TATUADOR O PIERCER

Artículo 8°. *Capacitación del tatuador o piercer*. Para desarrollar la actividad de tatuador deberán cumplir con los siguientes requisitos académicos:

1. Poseer cartón de bachiller técnico o clásico.

2. 500 horas, en temas relacionados con anatomía y fisiología básica, manejo de utensilios y materiales, microbiología básica, bioseguridad, primeros auxilios, gestión de residuos, inyectología, técnicas de esterilización, desinfección y asepsia, enfermedades de transmisión hemática, riesgos asociados a estas actividades y temas afines.

3. Disponer de conocimientos en materia de riesgos laborales.

Parágrafo único. Para los efectos de este artículo podrán recibir capacitación en las Secretarías Departamentales o Distritales de Salud o en las instituciones de educación no formal que aquellas determinen, todo dentro del marco constitucional de autonomía educativa y formativa.

T I T U L O IV
INFORMACION Y CONSENTIMIENTO DE LOS USUARIOS

Artículo 9°. Requisitos, registros de información y consentimiento de los usuarios:

1. El tatuador o piercer, previa realización del procedimiento deberá informar al usuario de manera comprensible y por escrito de las particularidades de estas prácticas, sus riesgos y cuidados posteriores.

2. Los mayores de edad suscribirán consentimiento escrito en documento que contenga fecha, nombre, identificación, procedimiento escogido y la voluntad de realizarse el procedimiento.

3. Los menores de edad deberán estar acompañados por sus padres o acudientes, los cuales suscribirán el consentimiento en nombre de ellos, o en su defecto allegar autorización debidamente autenticada ante notario público.

4. En lugar visible del establecimiento se expondrá un folleto informativo sobre las prácticas realizadas e información general sobre riesgos sanitarios y complicaciones, condiciones de reversibilidad de las diferentes prácticas y la obligatoriedad de suscribir el consentimiento.

5. Los establecimientos donde se realicen tatuaje o piercing deben contar con registro de clientes, donde consten los datos personales de los mismos.

6. Los tatuadores o piercers deberán contar dentro del establecimiento con hoja de vida que contenga el registro de vacunas, capacitaciones, y experiencia.

T I T U L O V

PROHIBICIONES

Artículo 10. Les está prohibido a los tatuadores o piercers:

1. Tatuar o perforar a personas alcoholizadas o bajo efecto visible de sustancias tóxicas o alucinógenas.

2. Realizar prácticas exclusivas del ejercicio de la medicina u otro profesional de la salud, como la remoción de tatuajes.

3. La práctica ambulante de tatuajes o piercing o en sitios que no cumplan las reglamentaciones de la presente ley.

4. La aplicación de tatuajes o piercings a menores de 18 años, salvo lo dispuesto en artículos anteriores.

T I T U L O VI

INSPECCION Y CONTROL

Artículo 11. El Ministerio de la Protección Social definirá la forma en que se realizará inspección y vigilancia a los establecimientos que presten servicios de elaboración de tatuajes y piercing, para verificar el estricto cumplimiento de las normas y requisitos sanitarios.

Para tal efecto procederán a realizar un censo de personas dedicadas a esta ocupación dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de la presente ley.

T I T U L O VII

Artículo 12. *Gestión de residuos.* Los establecimientos dedicados a estas actividades deberán contar con un correcto manejo y gestión de residuos. Por su riesgo de transmitir infecciones y enfermedades infecto-contagiosas, les es aplicable la normatividad vigente en materia de residuos sanitarios.

T I T U L O VIII

SANCIONES

Artículo 13. *Sanciones.* El incumplimiento e inobservancia de las disposiciones consagradas en la presente ley, sin perjuicio de las demás acciones administrativas, penales, civiles o policivas, según el caso generará las siguientes sanciones:

a) Multas sucesivas de hasta veinte (20) salarios mínimos legales vigentes (smlv);

b) Suspensión de la personería jurídica, en caso de tratarse de personas jurídicas;

c) Cierre temporal del establecimiento;

d) Cancelación de la personería jurídica, en caso de tratarse de personas jurídicas;

e) Cierre definitivo del establecimiento.

Artículo 14. *Imposición.* La imposición de las sanciones se regirá por las siguientes reglas:

a) El incumplimiento por parte de los establecimientos de las condiciones higiénico-sanitarias generales determinadas en esta ley en el artículo 4° y para el efecto por el Ministerio de la Protección Social, dará lugar a la imposición de las siguientes sanciones establecidas en los literales a), b) o c) del artículo anterior;

b) El empleo de equipo o instrumental sin el lleno de los requisitos del artículo 5° de la presente ley, dará lugar a las sanciones establecidas en los literales a), c), d) o e) del artículo anterior;

c) De no presentarse la acreditación de capacitación y formación para realizar las prácticas de los procedimientos de tatuaje y perforación cutánea (piercing) en la forma establecida en el artículo 8 de la presente ley, dará lugar a la imposición de las sanciones establecidas en los literales a) y b) o a) y c) del artículo anterior;

d) El incumplimiento de los requisitos para la realización de los procedimientos de perforación cutánea o piercing señalados en el artículo 7° de la presente ley, dará lugar a la imposición de las sanciones establecidas en los literales a) y b) o a) y c) del artículo anterior.

Parágrafo único. Corresponderá a las autoridades de salud de los departamentos, distritos y municipios imponer las sanciones establecidas en esta ley en la forma que determine el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 15. *Vigencia.* Esta ley regirá desde su sanción y deroga las demás disposiciones que le sean contrarias.

Venus Albeiro Silva Gómez, honorable Representante a la Cámara por Bogotá, Partido Comunitario Opción Siete, PCOS. Bancada Alternativa Democrática.

EXPOSICION DE MOTIVOS

1. CONSIDERACIONES GENERALES

1.1 Antecedentes históricos.

Hacia el año de 1976, cuando el explorador James Cook, relataba su primer viaje a Tahití decía: "*Los hombres y las mujeres de esta isla se pintan el cuerpo, se tattow (en su lengua), con torpes dibujos de hombres, pájaros, y perros"*. Tatu en tahitiano significa golpear, y el instrumento que perfora la epidermis se llama ta.

Tal es el origen de la palabra tatuaje, introducida por Cook en el idioma inglés, de donde pasó a otras lenguas. El tatuaje es un procedimiento de ornamentación corporal, y también el resultado de la aplicación de dicho procedimiento[1].

Momias egipcias que datan de 2000 A.C. han sido encontradas sistemáticamente con tatuajes elaborados en sus cuerpos.

Por autores clásicos conocemos que pueblos antiguos como los tracios, griegos, germanos y bretones utilizaban el tatuaje con modos y fines diversos.

Entre los romanos se tatuaba o estigmatizaba a los criminales, estigma, viene del griego y significa picadura o punzada.

Según el génesis, se dice que Yahvé puso a Caín una señal para que nadie que le encontrara le hiriera; en el Levítico se prohíbe expresamente el tatuaje: "No haréis rasguños en nuestro cuerpo, por un muerto, ni imprimiréis en vosotros figura alguna" Dt. 19:27, de lo que se puede deducir sin mayor esfuerzo que la práctica era muy común[2].

Cabe anotar que el tatuaje ha tenido y tiene según su origen geográfico diversas connotaciones, en algunos casos para fines decorativos y en otros con fines medicinales, tal es el caso de los Cacairies, que se marcan sin intención de adornarse, sino para encontrar el origen del taraceo en general o como los Ojibwa que lo utilizan con fines también curativos.

En Yucatán se asegura que todas las mujeres casadas estaban tatuadas. En Opata (Sonora), las madres tatúan a los recién nacidos con manchas negras alrededor de los párpados, formando arcos que consideran signo de belleza. En Haití el tatuaje tiene significado religioso[3].

Como se ve, el tatuaje se ha practicado y se practica en todos los rincones del mundo, en Asia fue común entre los Hebreos, los fenicios y los semitas, los pueblos primitivos del indostaní, los japoneses,

1 CELY OBANDO Andrés, Antropólogo 10 Semestres, Universidad Nacional de Colombia, 2005.

2 Idem.

3 Idem.

indochinos y malayos. En Europa fue igualmente común entre los celtas, tracios, britanos, bosnios y herzegovinos. En Oceanía las tribus más representativas pueden ser los Maoris, los pueblos del río Emperatriz Augusta, los Mafulu y los Moskowski

En los últimos años al tatuaje como práctica y profesión ha dejado de ser una actividad propia de indígenas, proscritos, marineros u hombres en general y de unas pocas mujeres, para llegar a formar parte de todos los círculos que conforman la sociedad[4].

1.2. **Antecedentes legislativos**

Para el control y vigilancia que deben ejercer las Secretarías de Salud de los distintos Departamentos y distritos del País sobre este tipo de establecimientos, existen en la actualidad varias normas que han venido siendo aplicadas para tales efectos, dentro de las cuales se pueden reseñar las Leyes 9ª de 1979, 711 de 2001 los Decretos 219 de 1998, 2676 de 2000, 2309 de 2002 y 1669 de 2002, la Resolución 2263 del Ministerio de la Protección Social.

Es tal vez esta última resolución relacionada, la única existente que en alguna parte de su literalidad, relaciona los términos tatuaje y body piercing, esto es en su parágrafo, que en mal momento al tratar de incluir dichos procedimientos dentro de los procesos regulados por ella, equiparó al tatuaje con una microcirugía.

No obstante lo anterior a las claras se observa que si bien es cierto tales normas regulan temas relacionados con la salud, reglamentan temas muy disímiles a los de la práctica de la elaboración de tatuajes y body piercing.

En el año 2003 el Concejo de Bogotá en un esfuerzo por regular la actividad y consciente del creciente mercado del mismo y la proliferación de establecimientos de esta naturaleza profirió el Acuerdo número 103, *por el cual se dictan medidas para proteger la salud de las personas en la práctica de tatuajes y piercing en el Distrito Capital de Bogotá*.

Fue por lo tanto el Concejo de Bogotá, el pionero en establecer en nuestro País unas reglas claras tanto para usuarios como para profesionales del gremio, aunque en nuestro concepto al redactar la disposición incurrió en algunas imprecisiones.

2. **Importancia social del proyecto de ley**

2.1 **Desde el punto de vista de la salubridad pública**

Como ya se anotó en líneas anteriores, no existe a nivel nacional una norma clara y expresa que regule las prácticas del tatuaje y el body piercing, por lo cual desde un principio se hace necesaria la implementación de una regulación clara y que exija a usuarios y profesionales del ramo a comprometerse con los programas sanitarios que se instituyan.

La proliferación del gusto por la decoración corporal y su práctica en algunos establecimientos que no cumplen con las normas de carácter sanitario y por personal que carece de la formación adecuada para tales fines, refuerza la idea de implementar una norma de carácter nacional que permita la minimización de riesgos para la salud de la ciudadanía.

Desde el punto de vista médico-científico la práctica de estos procedimientos sin las debidas prevenciones higiénico-sanitarias, puede conllevar a que tanto el usuario como el profesional del tatuaje y body piercing, aumenten el riesgo de adquirir en virtud de tales prácticas, enfermedades de tipo bacteriológico como la hepatitis, herpes simple, varios tipos de influenza, microplasma neumonía, chancro, cólera, acné, erupciones y abscesos, por nombrar algunas cuantas.

2.2 **Desde el punto de vista social**

De acuerdo con un censo realizado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (actualizado al mes de agosto de 2004), y complementado por información aportada por la Asociación de Tatuadores y Perforadores de Bogotá, solo en la ciudad de Bogotá podrían existir cerca de trescientos establecimientos dedicados exclusivamente a estas prácticas y cerca de quinientos si se le suman establecimientos que realizan procedimientos muy similares.

Igualmente en las ciudades capital de departamento como Medellín pueden existir unos noventa establecimientos de la misma naturaleza, de acuerdo con la información suministrada por la asociación de tatuadores de la misma, en ciudades más pequeñas como Pereira, Armenia, Manizales la cifra es menos que despreciable, con establecimientos que podrían acercarse en números entre veinte y cincuenta por ciudad, conforme a lo informado por la Asociación de Artistas del Tatuaje y la Perforación, cuyo domicilio se encuentra en la ciudad de Pereira y que reúne personas dedicadas al oficio de todo el eje cafetero, Ibagué, Cartago, Palmira y Cali, cuyo número de establecimientos asciende a más de cuarenta establecimientos de tatuaje y body piercing.

Es de anotar que esta actividad es desarrollada y practicada por personas de todo el territorio colombiano. Lo anterior para hacer ver que la información arriba anotada no incluye cifras de departamentos de tanta importancia y en los cuales a ciencia cierta se practican como los Santanderes, y toda la costa atlántica.

Es entonces claro que de permitir que la regulación de este oficio, así como de la vigilancia y control de los establecimientos, continúe haciéndose bajo preceptos que no solo no satisfacen las necesidades sociales, sanitarias e higiénicas sino que además permitirían que en un futuro no muy lejano estas prácticas se conviertan en clandestinas, teniendo en cuenta que tanto la Ley 711 de 2001 y la Resolución 2263 de 2004, que regulan actividades de estética y cosmetología y que en sus apartes pertinentes a la letra rezan:

Artículo 7°. PROHIBICIONES. El (la) cosmetólogo(a) no puede realizar ningún procedimiento, práctica o acto reservado a los médicos o profesionales de la salud[5].

Artículo 8°. CAMPO DE EJERCICIO. El (la) cosmetólogo(a) podrá realizar procedimientos de limpieza facial, masajes faciales y corporales, depilación, drenaje linfático manual y en general todos aquellos procedimientos faciales o corporales que no requieran de la formulación de medicamentos, intervención quirúrgica, procedimientos invasivos o actos reservados a profesionales de la salud[6].

Artículo 1°. Ambito de aplicación. La presente resolución es de obligatorio cumplimiento para la apertura y funcionamiento de los centros de estética, institutos de belleza, centros de bronceado y demás establecimientos donde se realicen procedimientos cosméticos, faciales o corporales[7].

Parágrafo. Los establecimientos en los que se aplican técnicas con finalidad terapéutica, intervenciones quirúrgicas, microcirugías (tatuaje), procedimientos invasivos (piercing), implantes o preparaciones cosméticas, deberán cumplir en todo momento con la reglamentación vigente en lo relacionado con los prestadores de servicios de salud[8].

Por lo anterior las normas enunciadas prohíben los llamados procedimientos invasivos y que son de carácter reservado para los profesionales de la medicina, procedimientos estos dentro de los cuales como lo indican las normas transcritas son vetados para el caso de los artistas dedicados a las prácticas del tatuaje y la perforación.

Resulta entonces inverosímil que una reglamentación prohíba el ejercicio de una actividad al profesional indicado para el asunto (en este caso el tatuador o perforador), como igual resulta inverosímil que un médico se dedique a la elaboración de tatuajes y perforaciones

4 Ibídem.

5 Ley 711 de 2001.

6 Ley 711 de 2001.

7 Resolución 2263 de 2004.

8 Idem.

(body Piercing), entendiendo claro que en un caso hipotético, las facultades de medicina incluyeran en su pénsum académico una cátedra para tatuar y perforar, que por supuesto debería incluir arte, dibujo, diseño, color, etc., véase cómo en el debate del acuerdo 103 de 2003 (Concejo de Bogotá), en ese sentido se pronunció la H.C. LARIZA PIZANO ROJAS[9].

No se trata entonces de prohibir una profesión, que además es una actividad milenaria como en efecto lo hacen la Ley 711 de 2001 y la Resolución 2263 de 2004, sino de crear, regular y vigilar las condiciones ideales de capacitación, requisitos de establecimientos y otros que correspondan para el ejercicio de que trata este proyecto, tal y como lo manifestó el señor Alfredo Rueda Pardo, delegado de la Secretaría Distrital de Salud durante el debate adelantado en el Concejo de Bogotá, previa aprobación del Acuerdo 103 de 2003:

El interés de la Secretaría es generar condiciones para evitar el riesgo sanitario y riesgos para la salud tanto de las personas dedicadas a esta actividad como la de los usuarios.

Sobre el segundo punto, sobre el título de idoneidad de las personas dedicadas a esta labor, consideramos también, según la actividad, que no requieren ser profesionales de ningún tipo y menos profesionales de la medicina. En ese sentido, como las labores que se realizan en los salones de belleza y peluquerías, generalmente se realizan por tradición familiar, se entrenan de otra manera diferente, lo importante del proyecto es que las personas dedicadas a la actividad conozcan que existen ciertos riesgos que la Secretaría, en vez de hacer una labor policiva se acerque a esas personas, los informe sobre los riesgos para que cumplan con las previsiones. Consideramos que ese es el espíritu del proyecto[10].

Añadamos a lo anterior que además de la existencia de una actividad no regulada como lo es la elaboración de tatuajes y body piercing, de unas normas que la prohíben, como la Ley 711 y la resolución 2263 de 2004, de un sin fin de legislación que pretenden que estos establecimientos cumplan los requisitos de entidades prestadoras de salud, el impacto que el cierre de estos establecimientos generaría:

1. Un alto porcentaje de personas que entrarían a engrosar las ya alarmantes cifras de desempleo en Colombia.

2. El mismo porcentaje de hogares con ingresos reducidos a cero. (Véase que estos trabajadores solo perciben ingresos por este concepto).

3. Una disminución en las cifras que a la fecha han venido creciendo, respecto al crecimiento del comercio formal. (Más de quinientos almacenes de esta naturaleza censados por nosotros así lo demuestran, anotando además que todos cuentan con Matrícula Mercantil, RUT, y cumplen requisitos esenciales de funcionamiento, sanitarios y se encuentran agremiados).

4. Todas las personas dedicadas al oficio entrarían a la ilegalidad, pues la prohibición de la actividad no garantiza la erradicación de la misma, aumentando así potencialmente el riesgo para usuarios y profesionales.

2.3 **Desde el punto de vista constitucional y legal**

Es importante por último recalcar cómo la inexistencia de una norma que atienda las necesidades de este grupo poblacional, así como las exigencias contenidas en las normas ya citadas (Ley 711 de 2001 y Resolución 2263 de 2004), son violatorias de diversos artículos de la Constitución Política de Colombia:

1. Del artículo 16 de la Constitución Política de Colombia, por cuanto se coartan el derecho al libre desarrollo de la personalidad.

2. Del artículo 25 del ordenamiento constitucional, pues viola el derecho fundamental al trabajo.

3. Del artículo 26 de la norma superior por cuanto impide la libre escogencia de profesión u oficio.

Venus Albeiro Silva Gómez, honorable Representante a la Cámara por Bogotá, Partido Comunitario Opción Siete, PCOS. Bancada Alternativa Democrática.

CAMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARIA GENERAL

El día 6 de septiembre de 2005 ha sido presentado en este despacho, el Proyecto de ley número 129 de 2005 Cámara, con su correspondiente exposición de motivos, por el honorable Representante *Venus Albeiro Silva Gómez.*

El Secretario General,

Angelino Lizcano Rivera

* * *

PROYECTO DE LEY NUMERO 130 DE 2005 CAMARA

por medio de la cual se declara patrimonio histórico y cultural de la Nación a la Institución Educativa Santa Librada del municipio de Neiva, departamento del Huila y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Declárese patrimonio histórico y cultural de la Nación a la Institución Educativa Santa Librada del municipio de Neiva, departamento del Huila.

Artículo 2°. Autorízase al Gobierno Nacional, para que a través del Ministerio de Cultura, contribuya al fomento, promoción, protección, conservación, divulgación, desarrollo y financiación de los valores culturales que se originen alrededor de la cultura y del folclor colombiano.

Artículo 3°. El Congreso de la República de Colombia, concurre a la declaración de patrimonio histórico y cultural de la Nación a la Institución Educativa Santa Librada del municipio de Neiva, departamento del Huila, emitiendo en nota de estilo un pergamino que contenga el texto de la presente ley.

Artículo 4°. La presente ley rige a partir de la fecha de su sanción y promulgación.

Carlos Julio González Villa

Representante a la Cámara por el departamento del Huila.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Presento al honorable Congreso de la República de Colombia este proyecto de ley, que busca elevar a la categoría de *patrimonio histórico y cultural de la Nación* a la Institución Educativa Santa Librada del municipio de Neiva, departamento del Huila, estimulando en el marco de la celebración de los 160 años de su creación 1845-2005, con el firme propósito de contribuir a la construcción de imaginarios culturales que prohijen la identidad y sentido de pertenencia de los colombianos y colombianas.

Toda sociedad proyecta a partir del reconocimiento de su legado histórico y cultural, la identidad y sentido de pertenencia como fundamento indiscutible de la nacionalidad; como quiera, que en este caso, a aquellas que se desarrollan en las regiones generan identidad nacional y sentido de pertenencia, motivo por el cual es menester que el Estado colombiano, consolide estas manifestaciones, baluarte de los principios fundamentales de nuestro Estado Social de Derecho y su organización, al tenor de nuestra Carta Política, 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.

---

9 Solamente una anotación muy breve, para señalar qué tipo de capacitación habría que realizarse porque no existen cursos para hacer piercing ni instituciones que lo realicen. Podríamos añadir que los cursos deban estar relacionados con capacitación en esterilización o en manejo de instrumental, no sé exactamente qué sería.

10 Concejo de Bogotá. Acta No. 073 de 2003, Periodo Legal 2001 – 2003.

En el proyecto de ley que nos ocupa, propende por valorar, proteger y difundir la Institución Educativa Santa Librada del Municipio de Neiva, ciertamente, como expresión de la nacionalidad colombiana, en el que se ha consolidado la tradición y costumbres y hábitos manifestaciones con especial interés histórico y cultural, tal y como en el acápite correspondiente se indicará.

Marco histórico

La Institución Educativa Santa Librada dentro de la historia de la educación en el departamento y Colombia ha sido pieza fundamental del país. Esta insigne institución fue concebida como centro de educación pública y dentro del entramado de la historia de la educación en Colombia orientó buena parte del Siglo XIX en el que va encontrando el rasgo de identidad que hoy ostenta, desde su creación, mediante ordenanza del 26 de septiembre de 1845, el cual integra el grupo de los Colegios Santanderinos que se constituyeron en fundadores de la educación oficial en Colombia, afincado en el afecto más prístino hacia la democracia.

La Institución Educativa Santa Librada ha graduado a más de 24.000 bachilleres, que hoy, en número significativo son orgullo de la Institución, de Neiva, del Huila y del Estado colombiano, en sumaria mención, verbigracia: Luis Calisto Leiva, Ricardo Mosquera Mesa, Guillermo Plazas Alcid; el Presbítero Jairo Trujillo Polanco, quienes, entre otros, han contribuido al desarrollo del departamento y de la Nación, y en el recorrido por la historia, sumados a otros tantos, nos remiten a los acontecimientos sociales de la vida nacional.

La labor educativa va tomando nuevas dimensiones de la vida democrática de nuestro país, adoptando nuevas metodologías, sosteniendo nuevos proyectos que permanecen fieles a la vocación de servicio, de construcción y de mantenimiento de la nacionalidad colombiana, en un contexto cada vez más globalizado y de cara a los tratados y acuerdos de libre comercio que el país está por suscribir y los que seguramente suscribirá, y en el que la educación debe ser fortalecida como un derecho de las personas y un servicio público cuya función es de carácter eminentemente social, de tal suerte que las leyes del mercado no atomicen el fortalecimiento de la unidad nacional y el asegurar a todas y cada una de las personas que integran el Estado Social de Derecho de Colombia, la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, consagrada en el Preámbulo de nuestra Constitución, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garanticen un orden político, económico y social justo; al tenor de uno de nuestros grandes filósofos, Estanislao Zuleta, la democracia sólo es posible con educación, esto es, que la democracia puede fundarse y inscribirse dentro de un escenario donde fluya el debate de las ideas y este sólo es posible en un sistema que garantice efectivamente la educación.

Asimismo, es de notar, la importancia de la planta física, la cual corresponde a una arquitectura sólida medioeval, un campus estudiantil, concebido dentro de un escenario de educación popular y el de brindar educación a la clase trabajadora, afianzado en los más loables principios democráticos, que aglutinaba, tal y como lo reseña el catedrático de la Universidad Surcolombiana, Jairo Ramírez Bahamón "...por igual a gobernantes como Manuel María Madiedo y Próspero Pereira Gamboa, académicos como Salvador María Alvarez (Director de la Normal) y Daniel Parga (que venía de ejercer la Vicerrectoría del San Bartolomé), a jóvenes representantes del más puro radicalismo de la época como José María Rojas Garrido y Francisco Eustaquio Alvarez, e incluso a representantes del Clero como el Presbítero Nicomedes Herrera,...".

Marco jurídico

En consonancia con el precepto del artículo 154 de la Constitución Política de Colombia, que autoriza al Congreso de la República a presentar proyectos de ley, y la normatividad de la Ley 5ª de 1992 que establece que las Comisiones Segundas de Senado y Cámara son las encargadas de rendir los honores y monumentos públicos, a través de la Ley 3ª de 1992 de honores, al que se acoge el presente proyecto de ley, en uso de las facultades constitucionales y legales para honrar la Institución Educativa Santa Librada del municipio de Neiva, departamento del Huila.

Ahora bien, en materia de la iniciativa legislativa, el artículo 154 de la Constitución Política le devolvió la potestad al Congreso, restituyéndole la iniciativa en materia del gasto que la Reforma Constitucional de 1968 les había privado, y como lo ha expresado el Congreso de la República, en reiteradas ocasiones, este cambio fue insertado ex profeso por el Constituyente de la Carta Política de 1991, aduciendo que no puede confundirse la iniciativa en materia de gastos con la iniciativa o capacidad de modificar las partidas presupuestales por el Gobierno en el proyecto de presupuesto, devolviéndole al poder legislativo, la capacidad para presentar proyectos de ley en materia del gasto: "*Las leyes pueden tener origen en cualquiera de las Cámaras a propuesta de sus respectivos miembros, o en el Gobierno Nacional... No obstante sólo podrán ser dictadas o reformadas por iniciativa del Gobierno las leyes que ordenen participaciones en las rentas nacionales o transferencias de las mismas, las que autoricen aportes o suscripciones del Estado a empresas industriales o comerciales*".

La Sentencia C-490/94, ha manifestado, en este sentido: "*Pensamos que es necesario devolver al Congreso la iniciativa en materia de gastos, que no puede confundirse con la iniciativa o capacidad de modificar las partidas propuestas por el Gobierno en el proyecto de presupuesto. Son dos figuras radicalmente distintas. En la teoría política cuando se enuncia y comenta la restricción de la iniciativa parlamentaria de gastos, siempre se hace referencia al presupuesto, que es un acto-condición y no a la ley previa creadora de situaciones jurídicas de carácter general. Por lo demás respecto a la realización o desembolso de las inversiones existen dos actos-condiciones: El primero, su incorporación a los planes y programas de desarrollo económico y social 5 (sic), el segundo su incorporación en los rubros de gastos presupuestales*" (Gaceta Constitucional N° 67, sábado 4 de mayo de 1991, pág. 5).

Así, tal y como, lo ha expresado y decantado la doctrina jurisprudencial de la Corte Constitucional, existen dos momentos diferentes en materia del gasto público, en primer lugar la ordenación del gasto público que puede ser de iniciativa legislativa y, en segundo lugar, la eventual inclusión de la partida correspondiente en la ley de presupuesto, por parte del ejecutivo, que constituyen dos actos jurídicos distintos, evento en el cual es completamente legítima y exequible la iniciativa parlamentaria, lo que se deduce de la Sentencia C-859/01: "*Esta doctrina constitucional ha sido decantada partiendo del análisis del principio de legalidad del gasto público que supone la existencia de competencias concurrentes, aunque separadas, entre los órganos legislativo y ejecutivo, correspondiéndole al primero la ordenación del gasto propiamente dicha y al segundo la decisión libre y autónoma de su incorporación en el Presupuesto General de la Nación, de manera que ninguna determinación que adopte el Congreso en este sentido puede implicar una orden imperativa al Ejecutivo para que incluya determinado gasto en la ley anual de presupuesto, so pena de ser declarada inexequible"* (...) *Tal como está concebida esta determinación no encuentra la Corte reparo alguno de constitucionalidad en su contra, en la medida en que encaja perfectamente dentro de la competencia constitucional de ordenación del gasto a cargo del Congreso de la República, al tiempo que no consiste en una orden imperativa al Ejecutivo para que proceda a incluir los recursos correspondientes en el presupuesto general de la Nación.*

Y tal, como está el proyecto de ley, la autorización contenida en él, excluye la idea de una orden o imposición unilateral y no constituye, de manera alguna, una orden imperativa al Gobierno Nacional, en materia del gasto público.

Una labor de 160 años no puede permanecer ajena a las actividades del Congreso de la República, como quiera que se encuentra inscrito en el ejercicio democrático de la educación y los prístinos principios

consagrados en la Constitución Política de Colombia. Justo es hacer el merecido reconocimiento a aquella institución, que con el esfuerzo ha generado conocimiento para el país y ha contribuido con sus educandos y becarios a la continuidad y defensa de las instituciones democráticas tan preclaras y tan queridas para la nación, en la celebración de sus 160 años el Congreso de la República de Colombia debe rendir sentido homenaje, exaltando las insignes labores desarrolladas en el plano educativo e instando al Gobierno Nacional a estimular de manera concreta la continuidad de dichos objetivos.

Dejo a consideración del honorable Congreso de la República, este proyecto de ley que busca conservar, preservar y cuidar de la Institución Educativa Santa Librada, una de las instituciones más significativas de la ciudad de Neiva, del departamento del Huila y de la Nación, orgullo de los colombianos y las colombianas.

Proposición

En consonancia con los principios constitucionales y legales que las soportan, así como la doctrina jurisprudencial de la Corte Constitucional y, en razón de que el reparto de competencias autorizado por la Constitución Nacional, solicito a esta honorable Corporación, darle el trámite constitucional al presente proyecto de ley *"por medio de la cual la Nación se declara patrimonio histórico y cultural de la Nación a la Institución Educativa Santa Librada del municipio de Neiva, departamento del Huila y se dictan otras disposiciones"*, para su trámite.

De los honorables Congresistas;

Carlos Julio González Villa,

Representante a la Cámara por el departamento del Huila.

CAMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARIA GENERAL

El día 6 de septiembre de 2005 ha sido presentado en este despacho, el Proyecto de ley número 130 de 2005 Cámara, con su correspondiente exposición de motivos, por el honorable Representante *Carlos Julio González Villa.*

El Secretario General,

Angelino Lizcano Rivera

* * *

PROYECTO DE LEY NUMERO 131 DE 2005 CAMARA

por la cual se establecen normas que regulan la protección de la salud mental y se dictan otras disposiciones.

CAPITULO I

Objeto, principios, objetivos, ámbito de acción

Artículo 1º. *Objeto*. El objeto de la presente ley es dotar a la sociedad y al Estado de las herramientas necesarias para garantizar una efectiva protección integral de la salud mental en el país, en desarrollo de las garantías y derechos consagrados en la Constitución Política, según lo establecen los artículos 1°, 2°, 11, 44, 47, 48, 49, 64, 79, 95 numeral 8, 365, 366, que regulan la protección de la salud mental como derecho esencial y colectivo frente a factores que la afectan, como bien de interés público, como deber del Estado, la Sociedad, los particulares y la familia; y como objetivo fundamental y social del Estado y componente del orden público esencial para la convivencia ciudadana.

Artículo 2º. *Principios.* La prestación de los servicios de promoción, prevención, atención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud se realizará con sujeción a los principios de EFICIENCIA, EFICACIA, UNIVERSALIDAD, SOLIDARIDAD, INTEGRALIDAD, UNIDAD Y PARTICIPACION contemplados en la Ley 100 de 1993 y, el TRABAJO en RED.

Parágrafo. Se entenderá a la red como entramado interinstitucional de relaciones entre los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, escenario para el diseño, la prestación y la evaluación de los servicios en salud mental, en los términos y condiciones establecidos en la presente ley.

El trabajo en red se enmarca dentro de los principios contemplados en la Declaración de Alma Atta, la Carta de Ottawa y la Declaración de Caracas, suscritos por Colombia, fundamento normativo de las disposiciones aquí contempladas.

La red, en tanto entramado interinstitucional, operará según de la complejidad de los problemas y las intervenciones y en función de los criterios que para tal efecto determinen los comités paritarios. Se deberá propender a una eficaz interacción entre instituciones públicas y privadas, de tal forma que se asegure la prestación de servicios centrados en las necesidades y demandas de los usuarios.

Artículo 3º. *Objetivos.* Las normas y procedimientos contemplados en esta ley ordenarán el funcionamiento coordinado de las diferentes entidades que prestan servicios en materia de salud mental con miras al logro de los siguientes objetivos.

a) Garantizar la prestación de servicios de manera integral a la población en el nivel primario de atención;

b) Hacer de las labores orientadas a la prevención secundaria en salud mental una prioridad en el marco del funcionamiento del Sistema General de seguridad Social en Salud;

c) Hacer del usuario de los servicios de salud en salud mental la prioridad del sistema;

d) Fomentar la prestación de una asistencia proactiva a la comunidad, que les permita convertirse en gestores del cuidado y el monitoreo de la salud mental comunitaria;

e) Involucrar a las comunidades, las familias y los usuarios en los programas e iniciativas que en materia de salud mental emprendan el Estado y los agentes privados;

f) Promover y propiciar el desarrollo del recurso humano en el campo de la salud mental, la formación de los profesionales de la salud en esta materia y el hacer de la salud mental un campo de interés público;

g) Desarrollar un trabajo en red entre las diferentes entidades prestadoras de servicios, que permita normalizar el diseño de procesos y procedimientos;

h) Garantizar la autogestión de las redes, como unidades funcionales del sistema, así como la evaluación permanente de los paquetes de servicios a partir de indicadores de proceso, resultado e impacto.

Artículo 4º. *Ambito de aplicación*. En virtud de lo contemplado en la presente ley, el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos en materia de salud mental se ordenará en función de la realización de un trabajo en red, a través del que se garantice la prestación integral de servicios en salud mental y se generen procesos participativos de optimización de la calidad en la prestación de servicios.

Para efectos de la presente ley, el concepto de salud mental se entiende:

1. **Como derecho esencial e integral y como deber**. Dentro del ámbito del derecho esencial e integral presupone el desarrollo de un conjunto diverso de garantías constitucionales y legales, y se halla en conexión inherente con el derecho fundamental a la vida y a la integridad personal, que a su vez implica una serie de deberes individuales y colectivos correlativos.

2. **Como tema prioritario de Salud Pública.** La protección de la salud mental debe ser considerada como un servicio público prioritario, como finalidad social inherente del Estado, en desarrollo de lo consagrado en la Constitución.

3. **Como componente esencial del Bienestar General y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.** La salud mental es uno de los componentes esenciales del bienestar general de los colombianos. En la medida que el Estado incentive y garantice su

eficiente promoción será más fácil para los ciudadanos satisfacer sus aspiraciones, alcanzar una vida digna, dar solución de muchas de sus necesidades insatisfechas y trabajar en la construcción de una sociedad más justa.

4. **Como bien de interés público**. La protección de la salud mental supone la promoción del conjunto de valores asociados a la solidaridad y las condiciones de convivencia necesarias para garantizar el logro, la preservación y el mejoramiento de las condiciones de vida, así como el desarrollo humano en los ámbitos social, cultural, político y económico, en tanto de ella dependen, en primera instancia, las oportunidades, presentes y futuras de alcanzar niveles básicos de bienestar individual y colectivo.

5. **Como Asunto que requiere de una atención intersectorial**. La salud mental es en esencia el resultado de la interacción y confluencia de factores sociales, políticos y económicos. Deberá ser abordada desde perspectivas transdisciplinarias e intersectoriales si se pretende con tales intervenciones contribuir a elevar la calidad de vida de los Colombianos, responsabilidad esencial del Estado Social de Derecho.

6. **Como variable fundamental para la construcción de nuestro capital humano.** La salud mental es componente esencial de la formación de sujetos capaces de insertarse en la globalización de manera creativa, potencializando la competitividad del país y la refundación de la política democrática.

7. **Como proceso social en Red**. La salud pública es el producto de un proceso de construcción social, en el que intervienen las necesidades fundamentales del ser humano, las condiciones de su entorno ecológico, y su desarrollo social, cultural productivo, científico y tecnológico. En la protección de la salud mental deberán trabajar armónicamente las instituciones, los sectores sociales, la familia, el individuo y la sociedad en general.

CAPITULO 2
De la prestación de servicios en salud mental
T I T U L O I
DE LAS REDES PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS

Artículo 5º. *La prestación de servicios en red*. Los Servicios de Salud en materia de salud mental, prestados en el marco del Sistema de Seguridad Social en Salud se prestarán en red, con el propósito de garantizar una atención de calidad y que responda de manera integral a las necesidades de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social.

Las personas y entidades, públicas y privadas, que presten servicios en salud mental en los distintos niveles de atención, así como las empresas responsables del aseguramiento en salud de sus afiliados deberán conformar redes para la prestación de servicios.

La Red hará las veces de unidad operativa y de coordinación entre los distintos actores, en función de la que se habrán de diseñar, implementar y evaluar los servicios, planes y programas ofrecidos en materia de salud mental por las instituciones que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La ley reglamentará la determinación de los montos porcentuales que deberán ser cubiertos por los distintos actores para la financiación de la prestación de servicios en Red en salud mental.

Artículo 6º. Las redes para la prestación de servicios en salud mental deberán, bajo la supervisión de los órganos de control del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, implementar mecanismos de actualización de la información de los usuarios, así como contar con sistemas adecuados de información de sus servicios y atención a los usuarios.

Artículo 7º. *Principios rectores del trabajo en Red*. Acorde a lo dispuesto en la presente ley, así como en el marco de la prestación de servicios en salud mental en el país, se entenderán como criterios rectores del trabajo en red los siguientes principios:

a) La red, como entramado de relaciones dinámicas entre las entidades y personas encargadas de prestar servicios en salud mental, adquiere sentido e identidad en relación con el usuario cuya satisfacción define el fundamento de su accionar;

b) Las redes para la prestación de servicios en salud mental han de hacer posible el encuentro entre diversos actores, conocimientos, experiencias y expectativas.

c) Las redes son el escenario por excelencia para la comprensión de los problemas, el diseño y la construcción participativa de soluciones contextualizadas, propuestas e intervenciones en salud mental;

d) La red, en tanto unidad operativa y de coordinación, debe desarrollar una alta capacidad de autogestión y autoorganización, que redunde en la prestación de servicios de calidad así como en el desarrollo de indicadores de proceso, resultado e impacto en sus intervenciones;

e) Para garantizar el cabal funcionamiento de las redes se ha de propender a propiciar su interacción con el entorno social sobre el que sus intervenciones se proyectan;

f) La red se concibe como escenario donde, de la mano del trabajo mancomunado, se pueden hacer coincidir la iniciativa privada y el respeto a la racionalidad administrativa con la solidaridad como fundamento del Estado social de derecho.

Artículo 8º. *Los actores de las redes*. Las redes para la prestación de servicios en salud mental estarán integradas por las aseguradoras (EPS, ARS y ARP), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las entidades del Estado que prestan servicios de salud, los usuarios y aquellas otras, en todos los niveles de atención, cuyas funciones, tipos, campos de acción y funcionamiento son definidos y regulados por la Ley 100 de 1993, sus normas reglamentarias y aquellas que para tal efecto sean expedidas.

La conformación de las redes y la definición de los mecanismos de selección de sus miembros deberán ser reglamentadas por el Ejecutivo, en atención a principios de equidad, descentralización y participación, con posterioridad a la promulgación de la presente ley.

Artículo 9º. *Responsabilidades básicas de los actores de las redes*. Se establecen como responsabilidades básicas de los actores de las redes las siguientes:

1. Las entidades que hagan parte de las distintas redes para la prestación de servicios de salud mental asumirán una responsabilidad compartida en su funcionamiento, gestión, calidad y viabilidad.

2. Las redes deberán garantizar la prestación de servicios en un espacio geográfico determinado y claramente delimitado en las normas reglamentarias que se expidan para tal efecto, en función de las necesidades de la población en materia de salud mental y la infraestructura de servicios disponible para atenderlas.

3. Al conformar redes para la prestación de servicios las entidades responsables operarán de manera conjunta para garantizar la prestación de servicios en condiciones de equidad, el desarrollo racional de la demanda por servicios y la operación según criterios de eficiencia acordes con la normatividad vigente o aquella que para tal efecto se expida.

4. Las personas, naturales y jurídicas, que conforman las redes serán responsables, a título individual, por el funcionamiento de las redes y la optimización permanente de los servicios que ofrecen.

5. Para que un conjunto de entidades pueda conformar una red para la prestación de servicios en salud mental, estas deberán cumplir, individualmente y como red, con las obligaciones y responsabilidades contempladas en la presente ley, desarrollados posteriormente en la reglamentación que para tal efecto expida el Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces.

6. Las entidades que conformen las redes deberán participar conjuntamente en el diseño de los paquetes de servicios, así como en

el seguimiento y la evaluación de las distintas intervenciones realizadas, de tal suerte que se propenda al desarrollo de planes de mejoramiento de la atención a los usuarios, basados en indicadores de gestión, resultado e impacto.

7. Será obligatorio para las redes el diseño de paquetes de servicios para todos sus afiliados, que deberán ser ajustados y estar debidamente acreditados ante las autoridades competentes.

Parágrafo transitorio. Todas las instituciones a las que esta ley asigna el deber de conformar una red para la prestación de servicios en salud mental deberán hacerlo, a más tardar, al finalizar el primer año de la vigencia de la presente ley.

8. Al participar en las redes, las distintas entidades están obligadas a hacer de la salud de sus usuarios la razón de ser de su esfuerzo mancomunado.

9. Es obligación de los actores de las redes el asegurar el respeto del secreto médico en todas sus actuaciones, así como actuar de conformidad con lo dispuesto en las normas éticas de la profesión debidamente reconocidas por el Estado.

La ley que para tal efecto se expida reglamentará las obligaciones derivadas de estas responsabilidades básicas.

Artículo 10. *La prevención secundaria como núcleo de la prestación de servicios en red en salud mental.* La prevención secundaria será considerada como el núcleo de la prestación de servicios en Red en salud mental. Las redes para la prestación de servicios en salud mental enfatizarán en el diseño e implementación de paquetes de servicios de consulta psicológica, atención, promoción y prevención de los problemas transitorios y reactivos de la salud mental, de fácil acceso para sus usuarios.

La prevención secundaria, adelantada a partir de paquetes de terapia breve, se orienta principalmente a la detección temprana, oportuna y efectiva de los posibles trastornos psicológicos, así como también a reducir su duración.

Parágrafo 1°. Los paquetes de servicios incluirán trabajo individual, familiar y de pareja, según criterios profesionales definidos por los comités paritarios, con un máximo de 10 sesiones al año. En aquellos casos en los que se requiera un mayor tiempo de intervención terapéutica, el terapeuta deberá decidir con el comité paritario de la respectiva red el procedimiento por seguir.

Parágrafo 2°. Los paquetes de servicios se orientarán principalmente, aunque sin descuidar las demás áreas del diagnóstico y la intervención, al tratamiento de aquellos problemas definidos como de prevención secundaria en la Política Nacional de salud mental vigente al momento de expedir la presente ley, tales como: las urgencias psiquiátricas; los trastornos emocionales que se detectan en la consulta externa de medicina general como la depresión, los trastornos del desarrollo infantil y los conflictos familiares; los problemas emocionales de grupos específicos como, por ejemplo, los jóvenes o los problemas asociados a situaciones particulares como son las secuelas de la violencia intrafamiliar, de condiciones laborales especiales y de transiciones vitales que, mal manejadas por la familia, la escuela, la empresa o la comunidad hacen más vulnerables a las personas que las viven.

Parágrafo 3°. Con miras a responder a las necesidades de la población víctima del conflicto y, en particular, de la población desplazada, las redes para la prestación de servicios en salud mental deberán implementar intervenciones de máximo 10 sesiones por evento traumático relacionado con el conflicto.

Artículo 11. *La prevención primaria como responsabilidad de las redes para la prestación de servicios en salud mental*. Las Redes para la Prestación de Servicios en Salud Mental son responsables de la planeación, implementación y evaluación de actividades en prevención primaria en el marco de su área de acción.

Parágrafo. Para el caso de las actividades de prevención primaria se dispondrá de un control riguroso en la calidad de los procedimientos utilizados, la idoneidad de los profesionales, la pertinencia de las propuestas de intervención a desarrollar, la identificación de las necesidades reales de los usuarios y la elaboración estandarizada de indicadores de infraestructura, proceso, impacto y satisfacción de los usuarios.

El Ministerio de la Protección Social, o quien haga sus veces, y las demás entidades de control que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social, en Salud serán responsable por el seguimiento y la evaluación de la calidad e impacto de las intervenciones que las redes implementen en materia de prevención primaria.

Artículo 12. *Sobre la intervención del Estado*. El Estado, a través de las instituciones competentes, dirigirá, orientará y regulará el funcionamiento de las Redes. Para tal efecto el Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces expedirá, previa consulta con las agremiaciones de profesionales y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la reglamentación necesaria para asumir tal competencia.

Es responsabilidad del Estado garantizar la prestación de servicios en red en salud mental para las personas pobres y vulnerables y las familias sin capacidad de cotizar que se encuentren cobijadas por el régimen subsidiado, según los criterios, principios y responsabilidades definidas en esta ley.

Bajo los lineamientos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá aquellos criterios necesarios para focalizar los subsidios necesarios en salud mental, según criterios de eficiencia, equidad y calidad.

Artículo 13. *De otras responsabilidades del Estado*. Es responsabilidad del Estado establecer políticas, mecanismos y procedimientos que garanticen la evaluación permanente de la calidad del servicio prestado por las redes para la prestación de servicios de salud en salud mental, para el régimen contributivo, el régimen subsidiado y los vinculados.

Parágrafo 1°. Es responsabilidad del Estado propender a la ampliación gradual de las redes y los servicios que prestan al conjunto de la población colombiana, garantizando además su prestación en condiciones de equidad, particularmente entre los distintos regímenes.

Parágrafo 2°. Es responsabilidad del Estado, en cabeza del Ejecutivo, incluir un componente de salud mental en los Planes de Atención Básica cuya prestación, gratuita y obligatoria según lo contemplado en la normatividad vigente, se dirige directamente a la colectividad o los individuos y tienen altas externalidades. La prestación de servicios en salud mental habrá de dirigirse principalmente a la implementación de intervenciones de prevención secundaria.

Parágrafo 3°. Es responsabilidad del Estado en cabeza del Ejecutivo el promover la organización de asociaciones de usuarios, así como de escenarios de encuentro entre estos y las entidades que hacen parte de las redes, sobre la base de las disposiciones contempladas en la Ley 11 de 1986 y la reglamentación que para tal efecto sea expedida.

T I T U L O II

DE LA ADMINISTRACION Y EL FUNCIONAMIENTO DE LAS REDES

Artículo 14. *De los paquetes y planes de servicios en salud mental*. Las redes para la prestación de servicios en salud mental deberán ofrecer a sus usuarios paquetes o planes de servicios en función de los cuales se organizarán las actividades e intervenciones que ofrezcan a sus usuarios. Los paquetes o planes de servicios ofrecidos por las redes deberán tener un carácter integral y responder a las necesidades de los usuarios, garantizando un cubrimiento adecuado de los distintos niveles y tipos de intervención en los términos establecidos por la reglamentación que para tal efecto sea expedida.

Artículo 15. *De los comités paritarios en las redes para la prestación de servicios.* Las redes para la prestación de servicios en salud mental deberán ser presididas por comités paritarios que actuarán como entidades de coordinación y gestión de los servicios que las redes han de proveer. Los Comités serán responsables por el diseño de la preparación calificada de los planes y programas de servicios, a partir de criterios mínimos diseñados por el Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, así como por la valoración especializada y el seguimiento a las intervenciones.

Será responsabilidad de los comités paritarios el diseñar e implementar programas permanentes de evaluación y mejoramiento de la calidad de los servicios que preste la red, en los términos que establezca la reglamentación expedida para tal efecto.

Estos comités estarán conformados por especialistas en salud mental, que actuarán como representantes de las distintas entidades que hacen parte de la red, así como por un representante de los usuarios.

Parágrafo. La conformación de estos comités, así como sus funciones y responsabilidades, serán reglamentadas, en consonancia con las obligaciones emanadas de la presente ley, por la normatividad que para tal efecto expedirá oportunamente el Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces.

Artículo 16. *De los usuarios afiliados a los distintos regímenes y los vinculados al sistema.* A los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en sus distintas calidades, se les garantizará la prestación de servicios en salud mental en condiciones de equidad, garantizando la sostenibilidad del sistema y respetando las prioridades y los términos definidos en la normatividad vigente o aquella que para tal efecto se expida.

Son obligaciones de afiliados y beneficiarios de los servicios proporcionados por las redes todas aquellas contempladas en la Ley 100 de 1993.

Artículo 17. *De las responsabilidadades de las entidades aseguradoras.* Según las disposiciones contempladas en la presente ley, las entidades que en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud son responsables del aseguramiento de sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud, las Aseguradoras de Riesgos Profesionales y las Entidades Estatales que cumplan tales funciones en el marco de los regímenes contributivo y subsidiado, deberán participar en la conformación de las redes para la prestación de servicios en salud mental, así como en el diseño de las estrategias de intervención y paquetes de servicios que estas implementen.

Parágrafo. Las entidades aseguradoras en el marco del Sistema General de seguridad Social en salud podrán implementar aquellas medidas contempladas en la normatividad con miras a racionalizar la demanda de servicios y asegurar la eficacia y eficiencia de los servicios que prestan las redes, pero estas no eximirán a tales entidades de la obligación de asegurar la prestación de servicios de calidad en condiciones de equidad.

Artículo 18. *De las responsabilidades de las instituciones que prestan servicios de salud.* Según las disposiciones contempladas en la presente ley, las instituciones prestadoras de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social, públicas y privadas, deberán prestar sus servicios de conformidad con los programas, planes y paquetes emanados de las redes para la prestación de servicios de salud mental, así como participar en su conformación y en el diseño de las estrategias de intervención y paquetes de servicios que estas implementen.

Parágrafo. Las instituciones prestadoras de servicios de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en salud implementarán aquellas medidas contempladas en la normatividad con miras a racionalizar la demanda de servicios y asegurar la eficacia y eficiencia de los servicios que prestan las redes. En ningún caso estas las eximirán de la obligación de asegurar la prestación de servicios de calidad en condiciones de equidad.

Artículo 19. *De las responsabilidades de las entidades territoriales en materia de salud mental.* Según las disposiciones contempladas en la presente ley, las entidades territoriales responsables por la prestación de servicios en salud mental en el marco del Sistema General de Seguridad Social, deberán contratar con las redes para la prestación de servicios de salud mental, así como participar en su conformación y en el diseño de las estrategias de intervención y paquetes de servicios que estas implementen.

Las entidades territoriales serán responsables de la implementación de medidas tendientes a asegurar la adecuada prestación, la calidad y la ampliación de la cobertura de aquellos servicios en salud mental que se hallan obligadas a proveer.

Las direcciones de salud de los entes territoriales tendrán a su cargo la función de dirigir, orientar y regular la provisión de servicios en salud mental dentro de su órbita de competencia, así como la de organizar, de acuerdo con lo dispuesto en la normatividad vigente o aquella que para tal efecto se expida, el sistema de subsidios a la población más pobre y vulnerable en materia de salud mental.

Parágrafo 1°. Las Entidades Territoriales responsables por la provisión de servicios en salud mental según lo contemplado en la presente ley podrán implementar aquellas medidas contempladas en la normatividad con miras a racionalizar la demanda de servicios y asegurar la eficacia y eficiencia de los servicios que prestan las redes, pero estas no las eximirán de la obligación de asegurar la prestación de servicios de calidad en condiciones de equidad.

Parágrafo 2°. La inexistencia de redes para la prestación de servicios en salud mental en el área de competencia de las entidades territoriales no excusará el obligatorio cumplimiento de las responsabilidades emanadas de la presente ley.

El Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces expedirá la reglamentación requerida para garantizar el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 20. *Del control y la supervisión de la calidad en la prestación de servicios*. Según lo establece la presente ley, el control y la supervisión de la calidad en la prestación de servicios en salud mental deberá ser una actividad permanente a cargo de aquellas instituciones que conforman las redes, los usuarios, el Estado y aquellas entidades que desempeñan tales funciones en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de la Protección Social diseñará en un plazo no mayor a un año tras la promulgación de la presente ley, un marco mínimo de criterios científicos que orientarán el diseño e implementación de los paquetes de servicios en salud mental que han de ofrecer las redes.

Las redes para la prestación de servicios en salud mental, como unidad nuclear del sistema y entidad encargada de la coordinación y gestión, es responsable de garantizar la participación de los usuarios en los procesos de vigilancia y control, según los términos que establezca la reglamentación que para tal efecto sea expedida.

Artículo 21. *La vigilancia sobre los procesos e intervenciones*. El Ministerio de la Protección Social, previa consulta a las agremiaciones de especialistas y en concordancia con la normatividad relativa a los derechos y obligaciones de los profesionales y los derechos de los paciente mentales, definirá normas de calidad y satisfacción del usuario que sirvan como marco de referencia para evaluar, sobre la base de indicadores de proceso, resultado e impacto, la calidad de los servicios que prestan las redes y su capacidad para responder a las necesidades del contexto.

Artículo 22. *Los sistemas de incentivos y el control sobre la oferta*. Es responsabilidad del Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud el diseño e implementación de sistemas de incentivos a la oferta de servicios, el control de costos, el aumento en la productividad y la utilización

de criterios de costo-eficiencia. De la misma manera se deberá propender a la implementación de sistemas de incentivos a la demanda, con el fin de racionalizar la utilización del sistema, implementar procedimientos de información y evaluación, mejorar la utilización de los paquetes de servicios por parte de los usuarios y promover la satisfacción de los usuarios.

T I T U L O 3

DE LA TRANSICION DEL SISTEMA

Artículo 23. *Régimen de transición.* Las entidades y demás elementos del Sistema de Seguridad Social en Salud contemplados en la presente ley tendrán un plazo máximo de un año, a partir de la entrada en vigencia de esta, para ajustar su funcionamiento y proceder a las disposiciones aquí contempladas.

Parágrafo. Se crea la Comisión Técnica de Apoyo, compuesta por al menos 5 especialistas nacionales en salud mental, que deberá asesorar al Gobierno, previa consulta a los actores del Sistema, para la puesta en marcha de las disposiciones contempladas en esta ley, dentro del plazo previsto en el presente artículo.

Artículo 24. *De las entidades territoriales.* Las entidades territoriales que se encuentren obligadas a asegurar la prestación de servicios de salud mental en los términos consignados, en regiones que no cuenten con la oferta adecuada de servicios, deberán organizar gradualmente, en un plazo máximo de 2 años luego de la entrada en vigencia de esta ley, la forma en que habrán de cumplir con las nuevas obligaciones prescritas.

Con miras a coordinar tales esfuerzos, las direcciones Seccionales, Distritales y Municipales deberán presentar al Ministerio de la Protección Social Planes de Ajuste para la Prestación de Servicios en salud mental en los que se contemplen las acciones por seguir así como los términos y condiciones de la transición, para cumplir con la presente ley. El Ministerio de la Protección Social deberá evaluar y asesorar tales Planes, que deberán hacerse operativos una vez termine el plazo previsto en este artículo.

T I T U L O IV

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

Artículo 25. *Del funcionamiento integral del sistema.* Con miras a garantizar un tratamiento integral de la salud mental en el país, el Ministerio de la Protección Social, así como las Secretarías de Salud de los distintos niveles territoriales, promoverán entre los profesionales de la salud, de las distintas especialidades y ocupaciones, el manejo responsable de criterios básicos sobre salud mental, la lectura y el diagnóstico integral de la situación de sus pacientes y aquellos procedimientos adecuados para remitirlos a las redes para la prestación de servicios en salud mental.

Artículo 26. Para el debido cumplimiento de lo dispuesto en la presente ley, las administraciones nacional, departamental y municipal podrán incorporar en su presupuesto las apropiaciones presupuestales requeridas.

El Gobierno Nacional queda autorizado para efectuar las apropiaciones presupuestales necesarias para el cumplimiento de la presente ley; queda autorizado para impulsar y apoyar ante las entidades públicas o privadas, nacionales, departamentales, municipales e internacionales, para la obtención de recursos económicos adicionales o complementarios a las que autoricen apropiar en el presupuesto general de la Nación de cada vigencia fiscal, destinadas al objeto que se refiere la presente ley.

Artículo 27. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su sanción y promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Presentado a consideración del honorable Congreso de la República,

Carlos Julio González Villa,

Representante a la Cámara por el departamento del Huila.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Fundamentos preliminares

La salud mental es sin duda un asunto de interés público que ha cobrado cada vez más importancia en el contexto internacional. Desde hace ya más de dos décadas se viene constatando con mayor claridad el profundo impacto que tienen los trastornos mentales en el devenir de las sociedades alrededor del mundo. De ahí que con mayor vehemencia los organismos multilaterales insistan en la necesidad de dar forma a respuestas políticas de carácter integral, que permiten reducir la carga que representan estos trastornos y mejorar las capacidades del Estado y la sociedad para hacerles frente.

En este sentido, el mensaje en el que ha insistido la Organización Mundial de la Salud es suficientemente claro: *"La salud mental, demasiado tiempo descuidada, es nefasta para el bienestar general de las personas, las sociedades y los países y exige nuevos planteamientos en todos los frentes"*.

La evidencia apunta a hacer de este mensaje un imperativo. Así, esta sugiere que una de cada cuatro personas, el 25% de la población, sufre en algún momento de la vida de un trastorno mental, al tiempo que según estimativos de la OMS, los problemas de salud mental constituyen 5 de las 10 principales causas de discapacidad mundial. Adicionalmente, las proyecciones de este mismo organismo sugieren que *"la proporción de la carga mundial de morbilidad correspondiente a trastornos mentales y cerebrales aumentaría hasta en un 15% entre 1990 y 2020"*.

Para centrarnos en cifras, podemos decir que a nivel mundial ocurren 1 millón de suicidios anuales y se estima que 20 millones presentan intentos de quitarse la vida, en solo los países en desarrollo se considera que existen más de 24,5 millones de personas con esquizofrenia, la depresión es una de las enfermedades más frecuentes y la carga global de la enfermedad corresponde al 15,1% para hombres y 16,1 para mujeres.

La enfermedad mental es responsable en nuestro país de 3,98% de la carga de la enfermedad (años de vida sana perdidos), que aproximadamente un quinto de nuestra población presenta trastornos depresivos y que el suicidio es la cuarta causa de muerte en hombres de 15 a 44 años, esto sin contar la influencia de los trastornos mentales en las agresiones, accidentes y en las patologías médicas generales, hecho que es bien conocido (por ejemplo el estrés en las enfermedades cardiovasculares).

El incremento en la morbilidad asociada a trastornos mentales, sin duda, tiene un efecto significativo sobre las posibilidades de desarrollo en los países menos desarrollados, que no cuentan con los mecanismos idóneos para hacerle frente. Tal situación resulta aún más dramática en un país como el nuestro, que experimenta al mismo tiempo un conflicto interno de vieja data, y el rigor de las condiciones adversas en los problemas estructurales de pobreza, exclusión, falta de oportunidades, que resultan del proceso de transición económica por el que atravesamos.

Es claro que además del sufrimiento de los enfermos mentales, habremos de tomar en consideración la reducción en la productividad de quienes los padecen, sus familiares y aquellos encargados de su cuidado. A lo que habremos de añadir el incremento drástico en los gastos de salud que experimentan las familias cuyos miembros sufren este tipo de trastornos y el efecto probado que estos tienen sobre la evolución de las afecciones crónicas asociadas. Situaciones estas de por sí muy graves, que cobran en el país dimensiones cada vez más alarmantes, dados los altos índices de pobreza, y el hecho de que son los pobres quienes más dificultades suelen afrontar, en virtud de las condiciones de desigualdad en el acceso a la atención médica.

Así pues, no hay duda de que estos de factores convierten a la salud mental en un tema prioritario de salud pública, al tiempo que obligan al país a comprometerse en un esfuerzo decidido e integral para establecer disposiciones normativas claras en materia de prevención,

educación y rehabilitación. Medidas estas que han de permitir reducir las tasas de morbilidad asociadas a los trastornos mentales, además de buscar un impacto positivo en otras áreas en las que el país enfrenta retos importantes. Así, por ejemplo, ha sido demostrado que la reducción en el consumo ilegal de drogas y el tratamiento asistencial a los adolescentes que las usan, puede atenuar el riesgo de contraer VIH/Sida, así como reducir los índices de criminalidad en este grupo etario.

Actuar decididamente supone no sólo hacerlo en sintonía con un esfuerzo que se adelanta a escala global, sino, además, reconocer que en torno a este problema ya se han realizado avances importantes en el país, que son punto de partida a partir de esta iniciativa legislativa.

Así, es claro que Colombia cuenta con una Política Nacional de Salud Mental desde 1998 (Resolución 02358 de 1998 del Ministerio de Salud). Sin embargo, carecemos de una legislación particular en materia de salud mental, que brinde la oportunidad para superar algunos de los problemas estructurales que afronta el país. Problemas asociados a las dificultades y limitaciones de la atención primaria en salud mental, la desigualdad en el acceso a los servicios de mayor complejidad, los efectos generalizados de una exclusión social derivados de la estigmatización de los pacientes mentales y la ausencia de fuentes de información que permitan evaluar el desarrollo de las iniciativas y coordinar los diferentes esfuerzos.

La importancia de la legislación se deriva además de la necesidad de avanzar en la sustitución de proyectos aislados o desarticulados en materia de salud mental, por planteamientos programáticos más vinculantes e integrados en todos los niveles.

El proyecto de ley presentado a los honorables Congresistas recoge y hace suyos los postulados de diversas declaraciones y pronunciamientos internacionales de los que el país es signatario. Expresiones estas de las más importantes conclusiones y tendencias actuales en materia de salud mental en el mundo.

Así, su articulado insiste en la importancia de la Declaración de Alma Atta, en el sentido de concebir la atención primaria en Salud como la clave para avanzar en el cumplimiento constitucional de asegurar la salud de los colombianos y las colombianas. Al mismo tiempo, apunta al desarrollo de mecanismos que permitan su puesta en práctica, propendiendo a asegurar la disponibilidad de medicamentos a la población, la prestación de atención a la comunidad, la educación frente a la salud mental, el involucramiento de comunidades, familias y consumidores; el desarrollo del recurso humano y el apoyo a la investigación como componente fundamental del sistema.

El proyecto encuentra, así mismo, en la Carta de Ottawa, importantes elementos que permiten precisar su sentido y alcances. De esta forma, sus proponentes reconocen e insisten en la necesidad de entender la salud mental de manera integral y verla *"no como objetivo, sino como fuente de riqueza cotidiana"*. Esta Carta insiste sobre la importancia de comprender que *"la promoción efectiva de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación"*. Propósitos que sólo podrán lograrse si se asegura la corresponsabilidad de los individuos, las comunidades, los profesionales de la salud, las instituciones y los servicios sanitarios, y se garantizan tanto el empoderamiento de las comunidades como el acceso total, constante y permanente de estas a la información y la instrucción sanitaria.

Cabe destacar la Declaración de Caracas, documento con el que se insiste, entre otras cosas, en la necesidad de avanzar en el desarrollo y empoderamiento de los servicios comunitarios, al tiempo que se reevalúa el papel de los hospitales psiquiátricos en la prestación de servicios. La declaración, además, señala la necesidad de velar por el desarrollo del recurso humano en salud, el establecimiento de mecanismos de vigilancia y monitoreo del funcionamiento del sistema y la atención especializada de población especialmente vulnerable.

En materia de salud mental, el proyecto recoge estos principios, el propender a la constitución de mecanismos que permitan el abordaje integral de los trastornos mentales, promoviendo el desarrollo de intervenciones en Red y la actuación coordinada de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en un marco descentralizado, participativo y pluralista.

Marco constitucional

El fundamento esencial de la democracia radica en reconocerles a los ciudadanos y personas que habitan en Colombia, un conjunto de garantías que dignifiquen el contenido de la vida y amparen y fortalezcan la formulación de las nuevas libertades que la Carta instaura. El propósito de la Constitución Nacional es que exista un nuevo ámbito de libertad que otorgue a los ciudadanos un catálogo de derechos tanto civiles y políticos, como los sociales, económicos y culturales y los llamados de tercera generación.

En ese orden de ideas, el presente proyecto de ley tiene como objetivo primordial atender el mandato constitucional, contenido en los 1°, 2°, 11, 44, 47, 48, 49, 64, 79, 95 numeral 8, 365, 366 de la Constitución Política, en materia de salud mental, armonizando y organizando diferentes elementos en la ley, para desarrollar una política de protección de la salud mental, en acciones de promoción, prevención y atención, los procedimientos pertinentes, las definiciones de los conceptos aplicados, en concordancia con la Carta Política y la voluntad del constituyente de 1991, de conseguir una mejor calidad de vida de todas y cada una de las personas del territorio nacional.

El artículo 49 de la Constitución consagra que: *"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud [...]. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Asimismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley [...]. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad [...]. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria [...]. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad"*.

El artículo referido garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, al paso que los servicios correspondientes, con independencia del carácter público o privado de quien los preste, deben conformarse a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

La salud constitucionalmente protegida no es únicamente la física sino que comprende todos aquellos componentes propios del bienestar psicológico, mental y psicosomático de la persona, lo cual se desprende, necesariamente de la norma: "*Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad*". Como en reiteradas ocasiones lo ha manifestado la Corte Constitucional.

La Sentencia T-248/98, de otra parte, señala la protección de la salud mental en conexión con el derecho fundamental a una vida y a la integridad personal. Ha insistido la Corte, que si bien el derecho a la salud en sí mismo no es en principio fundamental, adquiere tal carácter por conexidad con los derechos a la vida y a la integridad personal.

La vida humana, en los términos de la garantía constitucional, consagrada en los artículos 1°, 2° y 11, no consiste solamente en la supervivencia biológica sino que, tratándose justamente de la que corresponde al ser humano, requiere desenvolverse dentro de unas condiciones mínimas de dignidad. Señala la Corte que: *"La persona conforma un todo integral y completo, que incorpora tanto los*

aspectos puramente materiales, físicos y biológicos como los de orden espiritual, mental y psíquico. Su vida, para corresponder verdaderamente a la dignidad humana, exige la confluencia de todos esos factores como esenciales en cuanto contribuyen a configurar el conjunto del individuo". En el que en los casos de afectación de la salud mental y psicológica de una persona no solamente están comprometidos los derechos fundamentales que a la persona afectada corresponden, sino los de sus allegados más próximos, los de la familia como unidad y núcleo esencial de la sociedad que merece especial protección, y los de la colectividad.

Por otra parte, el artículo 12 de la Constitución proclama el derecho fundamental a la integridad personal y, al hacerlo, no solamente cubre la composición física de la persona, sino la plenitud de los componentes que inciden en la salud mental y en el equilibrio psicológico. Ambos por igual deben conservarse y, por ello, los atentados contra uno u otro de tales factores de la integridad personal, por acción o por omisión, vulneran ese derecho fundamental y ponen en peligro el de la vida en las anotadas condiciones de dignidad.

De conformidad con el artículo 152 de la Constitución Nacional, se hace necesario regular la salud mental, los derechos y deberes fundamentales de las personas, y los procedimientos y recursos para su protección, según la facultad conferida para la iniciativa legislativa consagrada en el artículo 150 de la Carta Política; en concordancia con el artículo 366, el cual preceptúa que: "*El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable [...]. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación*", fin que persigue este proyecto de ley, en materia de salud mental en Colombia.

Un cambio necesario en el funcionamiento del sistema de salud en lo referente a salud mental en Colombia

El comportamiento del ser humano determina situaciones sociales y la salud que contenga este comportamiento determinará también nuestra situación social.

La salud humana es un balance de múltiples factores como por ejemplo el genético biológico, el desarrollo social, los hábitos y comportamientos, la estructura y funcionamiento familiar, la condición laboral y los servicios de salud entre otros; no obstante, algunos de estos componentes nombrados no hacen parte directa del campo cubierto por el sector salud y depende de otras instancias su mejoramiento.

Esta abstracción se hace más amplia si del tema que se va a discutir es sobre salud mental ya que las problemáticas son más complejas y sus indicadores son poco fáciles de definir.

En Colombia, el texto de la Política Nacional de Salud Mental da cuenta de tal complejidad al definir la Salud mental como "la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; es un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sean cognitivas, afectivas o relacionales, así mismo el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común".

Vista así, la salud es un fenómeno complejo, determinado por la interacción de variables de tipo social, ambiental e individual. Es un estado de equilibrio dinámico, que no excluye la enfermedad, pero para lograrlo hay que ir más allá de la mera atención de la enfermedad. Los resultados de ese continuum salud–enfermedad como proceso social varían de acuerdo con tres factores interrelacionados: La magnitud y la duración de las alteraciones y de sus secuelas; los recursos personales con los que cuentan los afectados y la estructura de las oportunidades socioeconómicas, ecológicas y de seguridad del entorno inmediato de los afectados.

Así, aun y cuando la estadística es altamente imprecisa[1], en el campo de la salud mental conocemos los casos donde en una sola familia hay un hijo en crisis psicótica, una madre deprimida por una historia de violencia conyugal y de privaciones de todo orden, hijos con problemas de aprendizaje, de comportamiento o de abuso de sustancias, con un padre desempleado que usa el alcohol como antidepresivo.

Pese a que la política es holística en su comprensión de la salud mental, resulta dicotómica a la hora de traducir tales postulados en intervenciones concretas. Así, las acciones están diseñadas exclusivamente desde el modelo médico, lo cual conlleva el riesgo de patologización y de psiquiatrización de los problemas humanos complejos, cuyo abordaje, como ya se ha dicho, requiere trascender a la intervención individual con prácticas institucionales que incluyan el contexto familiar, laboral y comunitario.

Por tal razón, suele ser una tendencia general, cuando se habla de salud mental, el realizar el abordaje a partir de la enfermedad, describiendo grandes cifras de patologías y situaciones dramáticas en las que la enfermedad mental fue "responsable" de un número de muertes o discapacidades. Sin embargo, se deja de lado el concepto de protección de la salud mental y la promoción de la misma; se observa por ejemplo que dentro de la agenda misma de legisladores y ejecutivos es más fácil presentar un proyecto en el cual se presenten unas cifras de patologías que van a ser "atacadas", que presentar un proyecto que apunta al mejoramiento global de la salud mental.

Esa incongruencia entre una visión abarcadora y una práctica fundamentalmente médica en la atención reduce el impacto de las acciones y favorece el desperdicio de recursos económicos y profesionales, en primer lugar porque aunque se habla de salud mental, las acciones se orientan hacia la enfermedad, aislándola de los demás factores del entorno.

Con ello se desconoce que la promoción de la salud y el tratamiento de los pacientes pasa necesariamente por la activación de procesos en las redes familiares, laborales y escolares. Las acciones terminan, tan sólo, pretendiendo ofrecer una prevención específica de los llamados trastornos mentales en vez de pensar en una prevención general centrada en el desarrollo humano.

Esto explicaría, por ejemplo, porque no enfatizamos lo suficiente en promoción y prevención. Lo que se observa en el hecho de que las resoluciones que se implementaron para la promoción y la prevención (resolución 412/2000) fueron posteriormente corregidas por otras (resolución 3384/2000) que les disminuyeron peso y les retiraron el compromiso a los aseguradores de la salud (EPS y ARS) en nuestro medio, dejando así el destino de la promoción y prevención casi exclusivamente dependiente de los avatares del mercado, lo cual conllevó al detrimento posterior de estas, que apenas y son realizadas aisladamente por algunas EPS, universidades y colegios. Condiciones como estas no resultan pertinentes conociendo finalmente que la prevención y la promoción de alta calidad y eficiencia garantizan el bienestar de un pueblo y a la larga resultan una inversión social más productiva para un Estado.

A pesar de que las patologías psiquiátricas representan un frecuente motivo de consulta y de que socialmente son de gran impacto, el cubrimiento en la atención para las personas que presentan estos problemas es confuso y el Sistema General de Seguridad Social en Salud no lo reglamenta de una manera bien definida, a diferencia de otros ámbitos de la salud.

Así, por ejemplo, dentro de las actividades de obligatorio cumplimiento formuladas para los Planes de Atención Básica en salud

---

[1] Desgraciadamente, en el país los datos epidemiológicos se quedan cortos en la medida en que registran sólo lo sucedido a los usuarios de los servicios y no aportan a la comprensión de la dinámica misma de las alteraciones, pues no relacionan los datos con las variables psicológicas, sociales, económicas y demográficas que los acompañan.

mental se incluye el desarrollo de actividades de información, educación y comunicación a grupos de riesgo, para fomentar factores protectores como la formación y construcción de valores, resolución de conflictos, equidad de género, pautas adecuadas de crianza y fortalecimiento de vínculos afectivos, manejo de la afectividad y la sexualidad y comunicación efectiva a nivel personal, familiar y social, entre otros, y reducir factores de riesgo para la salud mental tales como consumo de alcohol y sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar, manejo de estrés, tolerancia a la frustración, etc., pero estas acciones aparecen desconectadas de la salud sexual y reproductiva y de los hábitos de vida saludable, con lo cual se triplicarán los costos con acciones que se ofrecen con mucha frecuencia a las mismas poblaciones, sin que tampoco haya indicadores claros de resultados.

Esa misma superposición ocurre con muchas acciones de prevención y promoción que realizan instituciones del sector salud como las EPS y las IPS, de educación, de justicia, el ICBF, y muchas ONG que ejecutan diversos proyectos contratados por el Estado.

De otra parte, si lo que presenta la persona o su familia es un problema que no requiere hospitalización, no existe la reglamentación adecuada que garantice una atención oportuna, técnica y con calidad dentro de los planes de beneficios, los problemas de violencia intrafamiliar por ejemplo, se abordan de manera fragmentada dependiendo del ente territorial en que se encuentren los usuarios, del aseguramiento y de la formación académica de quienes multiintervienen a estas poblaciones.

Es decir, que aunque se le nombra al paciente con el término de cliente, no se lo trata como tal al momento de solucionar sus necesidades ya que no tiene posibilidad de escoger entre un abanico de oportunidades reales el plan que más conviene a sus necesidades, condiciones sociales y creencias.

En el campo de la salud mental especialmente existen grandes vacíos jurídicos, las normas sobre el tema son escasas además de pobremente definidas al momento de recibir el plan de beneficios, se observa que este es un sistema de aseguramiento en el cual el cliente "cuando firma la póliza no conoce las condiciones de beneficios de la misma" lo cual desde el solo punto de vista contractual no tiene sentido por parte del usuario y es solo cuestión de suerte si recibe la solución adecuada a sus necesidades. En muchas ocasiones, incluso, la atención efectiva para una persona, familia o comunidad depende de la interpretación que haga un funcionario de la norma ambigua, sin tener en cuenta las necesidades reales del paciente sino dependiendo simplemente de las leyes del mercado.

Existen, además, dificultades a nivel del aseguramiento, de la reglamentación, y el control de la pertinencia, calidad e impacto de los planes y programas. A nivel de los planes de beneficios hay una gran disparidad entre el contributivo y el subsidiado, al tiempo que el vinculado depende de la responsabilidad con que cada Ente territorial asuma estas responsabilidades. Pese a varias formulaciones normativas, además, no existe claridad en cuanto los derechos a ser atendidos y el tiempo de intervención y existen, en algunos casos, múltiples intervenciones que oscilan entre una atención primaria en salud mental de baja calidad y una tendencia al hospitalismo en el otro extremo, sin que haya integración intersectorial. Finalmente, cabe señalar que así mismo no existen opciones para la población que no requiere hospitalización, pero que sí necesita un soporte profesional ambulatorio en red que facilite la solución de problemas de salud mental y conflictos.

Un punto más que complica la situación es la falta de acuerdos en los mismos profesionales de salud mental sobre cuales deberían ser los mejores planes de beneficios y que tipo de atenciones deberían recibir los "pacientes"; para algunos profesionales la respuesta está circunscrita a la escuela en la cual fueron académicamente formados, para otros el impacto sobre la comunidad es lo único importante mientras que otros se acogen a los avances empírico analíticos occidentales, los cuales cada vez son más frecuentes en revistas indexadas internacionales, pero que están cada vez más lejos de las posibilidades económicas de nuestro sistema y más lejos de la vida práctica de nuestros usuarios.

Con miras a darle un vuelco a la manera como encaramos la salud mental en el país, cobran sentido propuestas encaminadas a atender de manera integral los problemas transitorios y reactivos de salud mental, que afectan en cada momento a cerca del 30% de la población y a los que estamos expuestos todos en algún momento de la vida.

Se trataría entonces de aquellos que se incluyen dentro de la Política Nacional de Salud mental como problemas de prevención secundaria como son: las urgencias psiquiátricas; los trastornos emocionales que se detectan en la consulta externa de medicina general como la depresión, los trastornos del desarrollo infantil y los conflictos familiares; los problemas emocionales de grupos específicos como los jóvenes por ejemplo o los problemas asociados a situaciones particulares como son las secuelas de la violencia intrafamiliar, de condiciones laborales especiales y de transiciones vitales que mal manejadas por la familia, la escuela, la empresa o la comunidad hacen más vulnerables a las personas que las viven.

A esto se suman problemas serios en la calidad de las intervenciones, particularmente en materia de promoción y prevención. Problemas que afectan, por supuesto, al funcionamiento de todo el Sistema de Seguridad Social en Salud, tal y como lo establece un reciente estudio de la Defensoría del Pueblo ("Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud"; 2003), pero que cobran especial dramatismo de cara a los retos que el país enfrenta en materia de salud mental.

Para la Defensoría, cuyo estudio se basó en la realización de 3.586 encuestas en diferentes ciudades del país, "no se ha comenzado a dar cumplimiento cabal a los soportes teóricos del modelo económico y social con el que se impulsó el actual sistema".

Es necesario resaltar que de las diferentes variables analizadas (acceso a la información, libre escogencia, oportunidad y satisfacción), las que arrojaron puntajes más bajos fueron la libre escogencia y el acceso a la información. Esta última, relacionada con las facultades de solicitar, recibir y difundir información e ideas relacionadas con los servicios; y de sus factores correspondientes tales como los de promoción y prevención, divulgación de derechos y deberes, y el conocimiento de las redes de prestadores de servicios.

En cuanto a la prestación de servicios en salud mental, el panorama resulta aún más confuso. Así, una de sus mayores limitantes ha sido la escasez de mecanismos de evaluación a la gestión y calidad de los servicios que prestan las entidades del sistema, EPS, ARS, IPS y entidades territoriales.

Así, estudios como los realizados por el doctor José Posada y la doctora Adalgiza Reyes, nos señalan reiteradamente la necesidad de transformar la evaluación tradicional de la calidad de los programas y planes de beneficios, con miras a sustentarla en un sistema de gerencia enfocado al proceso continuo de mejoramiento dinámico. Sobre la Calidad, escribe el doctor Posada: "Los programas de certificación de la calidad cuentan con listados, formatos y manuales de procedimientos. Las instituciones estatales y académicas que supervisan a sus iguales auditan el trabajo que se está haciendo en las instituciones de salud y sancionan a sus proveedores de servicios si ellos no siguen las normas. Los pacientes juegan un papel menor y además falta información confiable sobre la cual comparar la calidad de los planes, los proveedores o los servicios de salud mental (1997).

Propone entonces el doctor Posada la necesidad de buscar herramientas que permitan dotar al sistema con programas de gerencia de la calidad en salud mental, diseñando sistemas de evaluación sustentados en indicadores de estructura, de proceso y del impacto de los programas en la vida de los clientes y aquel que tienen sobre la red social que recibe los servicios.

Ahora bien, el proyecto contempla la articulación de la oferta institucional existente en torno a redes para la prestación de servicio en salud mental que habrán de activarse en función de la complejidad de los problemas. La Red opera así, en primer lugar, como principio de comprensión de los dilemas, los problemas y las situaciones sociales, promoviendo interpretaciones holísticas, que reconocen la pluricausalidad de los fenómenos y la necesidad de abordajes complejos. En tanto principio de comprensión, la Red promueve acciones integrales al reconocer la responsabilidad compartida de todos los actores del sistema.

La Red también opera como representación operativa del entramado interinstitucional encargado del diseño, la implementación y la evaluación de los servicios en salud mental. Finalmente, es también un recurso social en tanto son las redes sociales y familiares los escenarios privilegiados para la promoción de la salud mental.

De los honorables Congresistas,

Carlos Julio González Villa,

Representante a la Cámara por el departamento del Huila.

CAMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARIA GENERAL

El día 6 de septiembre de 2005 ha sido presentado en este despacho el Proyecto de ley número 131, con su correspondiente exposición de motivos, por el honorable Representante *Carlos Julio González Villa.*

El Secretario General,

Angelino Lizcano Rivera

* * *

Bogotá, D. C., 29 de agosto de 2005

Doctor

ANGELINO LIZCANO RIVERA

Secretario General Cámara de Representantes

Ciudad

Proyecto de ley número 132 de 2005 Cámara

Referencia: Radicación proyecto de ley mediante el cual se modifica la Ley 142 De 1994, y se dictan otras disposiciones.

Cordial saludo.

Nos permitimos molestar su amable atención con el propósito de radicar el presente proyecto de ley mediante el cual se modifica la Ley 142 de 1994 y se dictan otras disposiciones.

Cordialmente,

José Gerardo Piamba Castro, Representante a la Cámara por el departamento del Cauca; *Alexander López Maya,* Representante a la Cámara por el departamento del Valle.

* * *

PROYECTO DE LEY NUMERO 132 DE 2005 CAMARA

por la cual se modifica la Ley 142 de 1994, se adiciona el artículo 125, se establece la actualización tarifaria de los servicios públicos domiciliarios y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. El artículo 125 de la Ley 142 de 1994 quedará así:

Sin desconocer el vigor de cada fórmula, durante cada año de recaudo las Empresas de Servicios Públicos Domiciliarios, en ningún caso podrán incrementar a sus usuarios las tarifas en un porcentaje que exceda el Indice de Precios al Consumidor, IPC, certificado oficialmente por el DANE**.**

Cuando las empresas de servicios públicos reajusten sus tarifas deberán comunicarlo a la Superintendencia de Servicios Públicos y a la correspondiente Comisión**, publicando su decisión en un medio de circulación local, regional o nacional, por una (1) sola vez.**

Parágrafo. El criterio rector para las Empresas de Servicios Públicos Domiciliarios y las Comisiones Reguladoras al determinar las nuevas tarifas, será el IPC correspondiente al año inmediatamente anterior al del recaudo.

Artículo 2°. Las Comisiones de Regulación de los Servicios Públicos en los dos últimos meses de cada año fijarán el tope máximo que las Empresas de Servicios Públicos podrán asignar en la composición de las tarifas con destino a la amortización de inversiones y reposición de equipos, plantas e instalaciones, de tal manera que se garantice la continuidad en la prestación de los servicios.

Artículo 3°. El Departamento Nacional de Planeación (DNP) presentará anualmente en los tres primeros meses de cada año un informe a las Comisiones Sextas del Congreso que contenga el resultado de un estudio detallado sobre el comportamiento de los subsidios, las tarifas, las contribuciones y la actualización de la estratificación en todo el sector de servicios públicos domiciliarios; de igual manera el informe debe contener los indicadores vigentes que permitan evaluar el comportamiento de las empresas de acuerdo con la real situación social de los usuarios.

Artículo 4°. En los presupuestos anuales el Gobierno podrá crear un Fondo especial de inversión y reposición con destino a la cofinanciación de inversiones de las Empresas de Servicios Públicos.

Artículo 5°. Con el objeto de garantizar una adecuada participación y vigilancia de la comunidad y los usuarios en la gestión, calidad, eficiencia, cobertura y costos tarifarios de las Empresas de Servicios Públicos; la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios asignará los recursos suficientes para la creación y el funcionamiento del Fondo de Financiación de los Comités de Desarrollo y Control Social en las Empresas de Servicios Públicos.

La Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios reglamentará dicho fondo para el cabal cumplimiento de las funciones de los Comités de Desarrollo y Control Social, en un término no superior a 6 meses a partir de la vigencia de la presente ley.

Artículo 6°. Las Empresas de Servicios Públicos están obligadas a desarrollar un sistema de compensaciones o descuentos en las tarifas por la no prestación de los servicios sin causa justificada.

Asimismo las Empresas de Servicios Públicos podrán establecer sistemas de prepago con incentivos y descuentos hacia los usuarios.

Para tales efectos las comisiones de regulación deberán expedir la respectiva reglamentación en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley.

Artículo 7°. Créase el Registro Unico Nacional de Información para el Sector de los servicios públicos (RUSUS) en Colombia.

El Gobierno Nacional tendrá un (1) año para incorporar los siguientes registros de información:

1. Registro Nacional de Empresas Prestadoras de Servicios Públicos.

2. Registro Nacional de Usuarios.

3. Registro Nacional de Inmuebles.

4. Registro Nacional de Empresas que prestan servicios a las Empresas Prestadoras de Servicios Públicos (E.P.S.P.).

5. Registro Nacional de Proveedores y Contratistas.

6. Registro Financiero y Contable de las Empresas de Servicios Públicos Domiciliarios.

Todas las empresas de Servicios Públicos Domiciliarios estarán obligadas a reportar la información al registro y su sostenibilidad estará garantizada con el cobro de tarifas que fijará el Gobierno para el ingreso de datos y la expedición de certificados de información.

El servicio podrá ser prestado por un organismo oficial o privado y se incorporará a la organización de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

Artículo 8°. La presente ley rige a partir de su expedición y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

José Gerardo Piamba Castro, Representante a la Cámara por el departamento del Cauca; *Alexander López Maya,* Representante a la Cámara por el departamento del Valle.

Bogotá, D. C., 25 de agosto de 2005.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Antecedentes del proyecto

El presente proyecto de ley es el resultado de un estudio serio y juicioso adelantado en el seno de la Comisión Sexta Constitucional Permanente y de la Plenaria de la honorable Cámara de Representantes, en virtud de las iniciativas presentadas en la legislatura 2003-2004, por los honorables Representantes doctor José Gerardo Piamba Castro del Departamento del Cauca y doctor Alexánder López Maya del Departamento del Valle del Cauca, cuyos proyectos acumulados (Proyecto de ley número 036 de 2003 y Proyecto de ley número 106 de 2003) fueron estudiados muy detenidamente en la Cámara de Representantes en primero y segundo debate.

En Colombia las alzas persistentes en las tarifas de los servicios públicos son uno de los problemas que más generan preocupación en la ciudadanía debido a su impacto negativo en los ingresos de los usuarios, más aún cuando el 31 de diciembre de 2005 vence el plazo para los ajustes por rezago tarifario y desmonte de los subsidios para los estratos 1, 2 y 3, lo que necesariamente significará que los sectores sociales de menores ingresos deberán destinar una mayor parte de los mismos al pago de las tarifas de los servicios públicos, lo que a todas luces incrementará la desigualdad social y profundizará los niveles de pobreza en todo el país.

El objetivo del presente proyecto de ley, es aliviar en parte esa situación mediante la fijación de topes a los incrementos tarifarios, de tal manera que en el año corrido nunca superen la inflación causada durante el periodo anterior.

Para la elaboración de este nuevo proyecto de ley, tuvimos en cuenta el texto de un proyecto anterior (Proyecto de ley 036 de 2003 Cámara) debido a que fue ampliamente debatido y mejorado en la legislatura pasada y contó con el apoyo de la inmensa mayoría de los integrantes de la comisión.

El problema

De hecho uno de los factores que más inciden en el aumento de la tasa de inflación anual (Indice de Precios al Consumidor, IPC-DANE) es el **incremento** de las tarifas de todos los servicios públicos. Adicionalmente a eso, los **usuarios** de los estratos más bajos deben soportar el traslado a sus facturas de los sobrecostos que generan las empresas ineficientes, así como el desmonte paulatino de los subsidios, creándose en muchos municipios del país un grave conflicto social por la incapacidad de las familias para pagar los recibos de luz, agua, aseo, alcantarillado, gas y teléfonos, al punto de que hoy en Colombia oficialmente se reconoce que un millón y medio de compatriotas se encuentran desconectados de los servicios públicos por incapacidad material para asumir el valor de las tarifas.

Entre el 2003 y lo que va corrido del 2005, las tarifas de los servicios públicos domiciliarios se han incrementado hasta en un 50%, como ocurrió con el gas de Cúcuta. En los últimos 5 años se han registrado incrementos tarifarios hasta un 232%, como ocurrió con el servicio de acueducto y alcantarillado de Bogotá. (Ver gráficos 1 y 2)

IPC
VARIACION ANUAL
SERVICIOS PUBLICOS POR CIUDADES Y NIVELES DE INGRESO
2003

CIUDAD	GAS				ENERGIA ELECTRICA			
	BAJOS	MEDIOS	ALTOS	TOTAL	BAJOS	MEDIOS	ALTOS	TOTAL
MEDELLIN	12,01	13,84	13,84	13,52	30,49	30,48	30,49	30,48
BARRANQUILLA	37,16	38,69	39,18	38,13	8,57	8,44	8,45	8,47
BOGOTA	13,47	8,70	15,51	11,38	11,38	11,38	11,38	11,38
CARTAGENA	22,56	16,88	16,44	19,53	13,02	13,03	13,03	13,03
MANIZALES	15,91	15,91	15,91	15,91	13,39	15,57	15,58	14,91
MONTERIA	23,20	18,68	16,16	20,84	12,86	12,86	12,86	12,86
BUCARAMANGA	10,74	4,08	4,54	7,02	5,83	17,03	17,03	12,52
CALI	15,73	15,76	15,79	15,75	15,16	15,40	15,42	15,33
NACIONAL	18,77	16,49	17,59	17,60	14,42	14,43	13,73	14,29

IPC
VARIACION ANUAL
SERVICIOS PUBLICOS POR CIUDADES Y NIVELES DE INGRESO
2003

Ciudad	Acueducto, alcantarillado y aseo				Servicio Telefonia residencial				Total		
	Bajos	Medios	Altos	Total	Bajos	Medios	Altos	Total	Bajos	Medios	Altos
Medellin	21,52	9,43	11,24	15,06	8,60	7,14	5,64	7,40	7,83	7,49	7,91
Barranquilla	21,52	6,63	6,63	9,98	21,39	19,01	19,98	19,52	6,91	6,93	6,81
Bogotá	20,11	15,39	7,21	15,29	10,31	7,15	6,81	7,69	5,12	6,08	6,55
Cartagena	11,94	6,56	6,65	7,72	8,51	9,33	9,81	9,37	7,85	7,22	6,12
Manizales	11,56	6,94	7,22	8,44	12,31	15,56	17,68	16,07	5,13	5,72	7,42
Monteria	24,48	6,04	8,21	12,41	15,49	17,39	18,95	17,56	7,92	7,17	7,08
Bucaramanga	9,08	6,40	6,56	7,51	18,92	15,64	15,40	16,27	5,49	6,36	8,55
Cali	24,07	6,91	6,74	12,12	13,5	12,17	12,14	12,39	6,52	7,10	7,99
Nacional	19,44	11,38	7,38	13,35	11,68	10,66	10,30	10,76	6,03	6,49	7,02

Las dos gráficas anteriores muestran que las alzas en las tarifas de los servicios públicos domiciliarios superaron ampliamente el Indice de Precios al Consumidor, IPC, si tenemos en cuenta que la inflación al cierre del 2003 aumentó un 6.49% con respecto al año inmediatamente anterior.

El alza en el servicio de gas fue del 17.60% para todos los estratos en las ocho principales ciudades de Colombia, mientras en el servicio de Aseo el incremento fue del 13.35% como promedio nacional, acueducto y alcantarillado del 10.9%, energía: 14.29%, teléfonos: 10.76%.

El promedio de las alzas para todos los servicios y todos los estratos fue del 11.2% durante el 2003, en las ocho ciudades más grandes de Colombia.

Sin embargo, según el DANE, las tarifas de los SPD (servicios públicos domiciliarios) se incrementaron en promedio 19.81% durante el 2003.

Es decir que el incremento tarifario de los servicios públicos estuvo 14.32% por encima del IPC, pese a que los servicios públicos domiciliarios contribuyen con cerca de la tercera parte en el incremento anual del IPC, lo que a todas luces significa un incremento desproporcionado e injusto, sobre todo para los estratos de menores ingresos, si se tiene en cuenta que las alzas en los servicios públicos afectaron sobre todo a los estratos 1 y 2 que registraron alzas del 11.58%.

Lo grave es que esta tendencia se mantuvo durante el año 2004 y en lo que va corrido del presente año.

La causa de las alzas

El desmonte de subsidios, el traslado al usuario de los sobrecostos de las empresas ineficientes, el llamado ajuste por rezago tarifario, los cambios de los marcos regulatorios y la reducción de los consumos básicos, fueron y siguen siendo las principales causas de estas alzas, si tenemos en cuenta que en ciudades como Bogotá, el desmonte de subsidios afectó a los estratos 1 y 2 con incrementos del 20.11% en el último año en los servicios de Acueducto, Alcantarillado, Aseo, mientras en Cali el desmonte de los subsidios se tradujo en un incremento del 24.07% en las tarifas de agua y alcantarillado para los estratos 1, 2 y 3 durante el 2004. En Medellín el alza en Acueducto y alcantarillado fue del 21.52% y en el servicio de energía fue del 30.49% para los estratos 1, 2 y 3.

DESMONTE DE SUBSIDIOS ESTRATOS 1, 2 Y 3/2003

Ciudad	Empresa	Estrato 01 %	Estrato 02 %	Estrato 03 %	Estrato 04 %	Estrato 05 %	Estrato 06 %	Ind & Cial. %
Bogotá	EEB	-33	-29	0	0	20	20	20
	Capitel Telecom	-35	-34	0	0	20	20	20
	EMP Bogotá	-44	-38	0	0	20	20	20
Medellín	EPM	-43	-35	0	0	20	20	20
	Edatel	-11	-6	0	0	20	20	20
Barranquilla	EEPI	-35	-28	0	0	20	20	20
	Metrotel	-36	-27	-5	0	20	20	20
Cali	Emcali	-58	-42	-5	0	20	20	20
	Unitel	-50	-40	-15	0	20	20	20

Fuente: SSPD.

Inequidad social

El estudio **"La equidad de las tarifas de los servicios públicos y su impacto en la capacidad de pago de los hogares de Bogotá**", realizado por el Departamento de Planeación Distrital de Bogotá en el 2004, estableció que en la medida que se desmontan los subsidios cruzados o se realizan los incrementos por rezago tarifario, los estratos 5 y 6 destinan una proporción menor de sus ingresos al pago de las facturas de servicios públicos, mientras los estratos 1, 2, 3 y 4 deben destinar una proporción cada vez mayor de sus ingresos. (Ver cuadros 1 y 2)

Cuadro 1

Participación (%) que tiene el gasto en servicios públicos en el ingreso de cada uno de los estratos (1997, 2004). Bogotá.

ESTRATO	1997	2004
1	4	11
2	5	10
3	5	9
4	5	5
5	5	5
6	7	5
Total	**5**	**7**

Incluye acueducto, alcantarillado, aseo, energía, gas y teléfono.
Fuente: Cálculos del CID a partir de la ECP 2004.

Cuadro 2

Gasto en servicios públicos y en servicios de vivienda. Valores absolutos y relativos. Hogares por nivel de ingreso. Pesos corrientes. Bogotá 2004.

	SP	SP/gasto	SV	SP/SV
Total Bogotá	247,525,870,855	6.1	1,187,998,238,459	20.8
No informa o no tiene ingresos	869,430,247	6.2	4,314,107,381	20.2
Menos de $89500	8,693,554,359	8.7	31,770,756,940	27.4
De $ 89500 a menos de $ 179000	29,381,374,641	9.3	102,033,998,435	28.8
De $ 179000 a menos de $ 268500	32,050,265,273	8.4	118,183,194,932	27.1
De $ 268500 a menos de $ 358000	26,139,829,635	7.6	104,758,462,142	25.0
De $ 358000 a menos de $ 537000	35,163,882,216	7.3	143,455,671,765	24.5
De $ 537000 a menos de $ 716000	23,412,105,124	6.6	105,062,669,516	22.3
De $ 716000 a menos de $ 1074000	29,593,193,887	5.7	150,063,134,259	19.7
De $ 1074000 a menos de $ 1432000	16,625,912,145	4.7	98,177,982,023	16.9
De $ 1432000 a menos de $ 2148000	21,221,416,473	4.5	129,589,321,736	16.4
De $ 2148000 a menos de $ 3222000	12,487,084,737	3.7	103,082,264,399	12.1
$ 3222000 y más	11,887,822,116	3.4	97,506,774,930	12.2

El cuadro 2 complementa los hallazgos del cuadro 1. Ahora se muestra la relación entre el gasto en servicios públicos y el gasto total, ordenando a los hogares por nivel de ingreso. El resultado confirma la inequidad del sistema tarifario. Los familias más pobres destinan el 9% de su gasto al pago de los servicios públicos, mientras que los más ricos apenas pagan el 3.4%. La brecha es casi del triple (500%).

Las diferencias entre los cuadros 1 y 2 se explican por dos razones. La primera es la distinción entre ingreso y gasto. En este tipo de encuesta los gastos son menores que los ingresos. Y la segunda razón tiene que ver con la diferencia entre estrato e ingreso. El cuadro 1 agrupa a los hogares por estrato, y el cuadro 2 por ingreso.

Los incrementos tarifarios y el desmonte de subsidios afectaron a los sectores de menores recursos en los últimos años, como lo indican los siguientes cuadros de la Comisión de Regulación de Acueducto Alcantarillado y Aseo, CRA.

	Bogotá							
	Acueducto				Alcantarillado			
CARGO FIJO	Dic. 2002 %	Dic. 2003 %	Dic. 2004 %	Jun. 2005 %	Dic. 2002 %	Dic. 2003 %	Dic. 2004 %	Jun. 2005 %
Estrato 1	-68,87	-63,54	-70,00	-70,00	-66,62	-61,81	-70,00	-70,00
Estrato 2	-56,08	-51,27	-40,00	-40,00	-55,67	-50,96	-40,00	-40,00
Estrato 3	-27,03	-18,95	-9,97	0,00	-25,77	-18,02	-9,46	0,00
CONSUMO BASICO	Dic-2002 %	Dic-2003 %	Dic-2004 %	Jun-2005 %	Dic-2002 %	Dic-2003 %	Dic-2004 %	Jun-2005 %
Estrato 1	-74,71	-68,26	-70,00	-70,00	-80,08	-72,93	-70,00	-70,00
Estrato 2	-49,80	-46,73	-43,46	-44,71	-65,61	-58,60	-50,16	-45,32
Estrato 3	-14,48	-9,90	-5,08	-7,51	-46,33	-33,96	-18,73	-9,85

	CALI							
	Acueducto				Alcantarillado			
CARGO FIJO	Dic. 2002 %	Dic. 2003 %	Dic. 2004 %	Jun. 2005 %	Dic. 2002 %	Dic. 2003 %	Dic. 2004 %	Jun. 2005 %
Estrato 1	-71,25	-65,28	-58,07	-51,96	-75,61	-68,95	-60,47	-53,36
Estrato 2	-26,67	-18,68	-9,82	-2,48	-44,01	-36,00	-26,86	-19,91
Estrato 3	-11,41	-7,76	-3,96	-0,44	-28,17	-21,84	-14,95	-9,98
CONSUMO BASICO	Dic. 2002 %	Dic. 2003 %	Dic. 2004 %	Jun. 2005 %	Dic. 2002 %	Dic. 2003 %	Dic. 2004 %	Jun. 2005 %
Estrato 1	-66,40	-61,50	-49,45	-49,45	-73,33	-67,03	-49,61	-49,61
Estrato 2	-39,00	-28,08	0,00	0,00	-56,40	-45,86	-16,54	-16,54
Estrato 3	-31,10	-21,99	0,00	0,00	-47,63	-36,67	-7,40	-7,40

DESMONTE DE SUBSIDIOS EXTRALEGALES EN ALGUNAS CIUDADES DEL PAIS

	Medellín							
	Acueducto				Alcantarillado			
CARGO FIJO	Dic-2002 %	Dic-2003 %	Dic-2004 %	Jun 2005 %	Dic-2002 %	Dic-2003 %	Dic-2004 %	Jun-2005 %
Estrato 1	-55,85	-53,98	-52,03	-51,20	-30,92	-28,80	-15,62	-50,00
Estrato 2	-43,59	-42,41	-41,21	-40,80	-23,98	-16,71	-8,73	-31,54
Estrato 3	-8,88	-10,96	-13,00	0,00	8,19	5,39	2,66	0,00
CONSUMO BASICO	Dic-2002 %	Dic-2003 %	Dic-2004 %	Jun-2005 %	Dic-2002 %	Dic-2003 %	Dic-2004 %	Jun-2005 %
Estrato 1	-72,29	-66,24	-58,87	-54,02	-70,20	-64,59	-57,92	-53,90
Estrato 2	-57,24	-52,14	-46,42	-43,26	-56,84	-51,81	-46,20	-43,55
Estrato 3	-20,28	-18,53	-16,74	0,00	-19,61	-18,11	-16,58	0,00

	Barranquilla							
	Acueducto				Alcantarillado			
CARGO FIJO	Dic. 2002 %	Dic. 2003 %	Dic. 2004 %	Jun. 2005 %	Dic. 2002 %	Dic. 2003 %	Dic. -2004 %	Jun. 2005 %
Estrato 1	-44,08	-46,13	-48,10	-37,40	-52,63	-51,75	-50,85	-50,13
Estrato 2	-31,88	-34,70	-37,41	-29,43	-40,13	-40,07	-40,02	-39,93
Estrato 3	-3,94	-7,78	-11,46	-7,56	-5,60	-8,85	-11,99	-10,91
CONSUMO BASICO	Dic. 2002 %	Dic. 2003 %	Dic. 2004 %	Jun. 2005 %	Dic. 2002 %	Dic. 2003 %	Dic. 2004 %	Jun. 2005 %
Estrato 1	-68,36	-63,10	-56,96	-49,78	-64,73	-60,35	-55,42	-49,90
Estrato 2	-59,74	-53,95	-47,33	-39,68	-56,85	-51,77	-46,08	-39,91
Estrato 3	-44,60	-36,11	-26,31	-15,03	-46,31	-37,40	-27,01	-14,97

Las respuestas oficiales

La Comisión de Regulación de Acueducto, Alcantarillado y Aseo, CRA, la Comisión de Regulación de Energía y Gas, CREG y la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios aseguran que las alzas están en lo presupuestado, pero las cifras y el permanente reclamo de los usuarios indican otra cosa.

Según la CRA las alzas en las tarifas en los servicios domiciliario de Acueducto y Alcantarillado y Aseo se deben a la inflación, que los mismos servicios públicos ayudan a incrementar, a los ajustes tarifarios por el desmonte de subsidios y a los ajustes programados para reducir el rezago tarifario.

La Contraloría General de la República sobre el tema afirma que:

• Las empresas ineficientes están recuperando sus costos y ampliando sus utilidades vía tarifas y desmonte de subsidios.

• Los incrementos de tarifas en el servicio de agua, alcantarillado y aseo para los estratos 1, 2 y 3 de las cuatro grandes ciudades serán en promedio de 24.9% durante este año y hasta el 2005, **debido a que la fórmula escogida por la CRA para facturar el servicio favorece a las empresas distribuidoras para que recuperen sus costos.**

• Las alzas en los servicios de agua potable, alcantarillado y aseo se deben a que las empresas, en especial las privadas, trasladan a las facturas:

– Costos operativos.
– Costos pensionales
– Ineficiencia en las operaciones
– Aprovechan la falta de un nuevo marco regulatorio
– La falta de control efectivo por parte de la CRA.

– Elevada tasa de retorno de la inversión (12% y 14%)

– Desmonte de subsidios.

Sin duda la condición de empresas monopólicas con que se prestan algunos servicios (agua potable, aseo y alcantarillado en muchos municipios), la reglamentación vigente sobre el régimen de tarifas, el alto costo de operación, los crecientes márgenes de rentabilidad de las empresas, fenómenos de corrupción y despilfarro y **la inclusión en el valor de las tarifas de los costos pensionales de las empresas prestadoras de los servicios públicos domiciliarios,** son también factores que han incidido en el incremento sistemático de las tarifas de los servicios públicos.

A pesar de existir un compromiso gubernamental frente a la reducción de la tasa de inflación, prácticamente todos los servicios públicos están indexados, al igual que el precio de otros bienes administrados por el Estado como el de la gasolina, han sufrido incrementos más que proporcionales **desde que entró en vigencia la Ley 142 de 1994** y por lo tanto se hace necesario buscar **fórmulas que permitan reducir el impacto que sobre los ingresos de los colombianos tienen las tarifas de los servicios públicos domiciliarios.**

Por ello la combinación de varias políticas de gestión se impone en el manejo de los servicios públicos, para contribuir a reducir la estructura de costos de las empresas, mejorar su eficiencia y garantizar una prestación estable del servicio.

Entre otras tareas es indispensable racionalizar los costos de operación de las empresas prestadoras de servicios públicos, **revisar y hacer cumplir los topes a los márgenes de rentabilidad,** definir claramente los mecanismos de incorporación de nuevas inversiones en las tarifas, hacer un esfuerzo fiscal por mantener los subsidios para los estratos 1, 2 y 3, diseñar programas de asistencia técnica y mejoramiento del desempeño de las empresas, garantizar la creación de fondos de reposición y ampliación de los sistemas, otorgar incentivos tributarios en función de la eficiencia, definir indicadores mínimos de desempeño para avalar la continuidad de los contratos de concesión para la prestación de servicios y para autorizar el incremento de tarifas, legislar sobre un régimen laboral estable y austero para que se racionalice el costo de personal y la carga prestacional, garantizar un sistema transparente de contratación que permita una competencia sana y abierta, en fin realizar un conjunto de acciones **tendientes a mejorar la prestación de los servicios públicos domiciliarios.**

Es indispensable así mismo que con recursos del presupuesto nacional y de las entidades territoriales se contribuya a la cofinanciación de los **programas de inversiones, mejoramiento y ampliación de** las empresas de servicios públicos, especialmente de los municipios donde las coberturas y la calidad de la prestación de los servicios son insuficientes.

Para que los usuarios puedan gozar de tarifas equitativas es necesario que la Superintendencia de Servicios y las Comisiones de Regulación ejerzan mayores controles, que los costos indirectos que se generan por decisiones estatales no se disparen. En este sentido las empresas deben recibir un tratamiento preferencial en materia de impuestos, en el pago de aportes fiscales y parafiscales y en las tasas de interés aplicadas a los créditos que reciben. Por ello se debe consolidar el papel de Findeter como el más dinámico banco de segundo piso, implementando una línea de crédito blando a la cual puedan acceder todas las empresas de servicios públicos.

En este sentido la propuesta de racionalizar los aumentos anuales de las tarifas debe estar acompañada de una política integral de fomento de las empresas públicas, que permita garantizar una rentabilidad mínima y un nivel de eficiencia.

Las metas de inflación que ha fijado el Gobierno Nacional apuntan a lograr niveles inferiores al 5% anual en los próximos años, y por ello los incrementos de las tarifas de servicios públicos deben ser consistentes con esta meta.

Como varios factores macroeconómicos, que también inciden en el incremento de las tarifas –como la tasa de devaluación, el costo anual del servicio de la deuda externa de las empresas de servicios públicos y los precios de los bienes y componentes importados– no logran ser controlados por el Gobierno, se hace necesario trabajar sobre otros factores que pueden ser manejados internamente y que permitirán controlar más adecuadamente las alzas frecuentes de los servicios.

Aunque el proyecto plantea una medida de control de precios de las tarifas, **de tal manera que se ajusten a las metas de inflación del Banco de la República y el Gobierno,** es indispensable complementarlo, por lo cual se incorporaron al proyecto otros artículos que permitan racionalizar las alzas y mejorar los niveles de inversión y eficiencia de las empresas.

Planeación Nacional y los servicios públicos

En el proceso de aprobación del Plan Nacional de Desarrollo, el Consejo Nacional de Planeación, que desarrolla un amplio proceso de consulta y análisis de los planes y programas del Gobierno, programó una serie de foros regionales entre el 29 de noviembre y el 20 de diciembre de 2002 prácticamente en todas las capitales y realizó una serie de audiencias sectoriales con la participación de por lo menos 5.000 representantes de todos los sectores y en especial de la academia. En esos foros el tema de los servicios públicos fue estudiado con interés y algunas de sus conclusiones quedaron consignadas en el documento "Colombia se pronuncia sobre el Plan Nacional de Desarrollo", del cual retomamos las siguientes recomendaciones:

– Es necesario revisar y modificar el marco legal que permita la plena aplicación del artículo 60 de la Constitución Política para promover la democratización de la propiedad de las empresas de servicios públicos.

– Regulación de la Ley 142/94 para lograr una amplia y real participación ciudadana sobre los derechos de los usuarios, el control social y la formación de tarifas.

– La creación de un sistema de compensación y descuentos a los usuarios por la mala calidad de la prestación de los servicios.

– La creación del Fondo de Financiación de los Comités de Desarrollo y Control Social.

– El fortalecimiento de las oficinas de peticiones, quejas y reclamos de las empresas de servicios públicos.

– La redefinición de funciones de la Superintendencia de Servicios Públicos como entidades de vigilancia exclusiva de las ESP.

De hecho este conjunto de recomendaciones deben recogerse en el proyecto de ley con el objeto de legislar en forma complementaria sobre una serie de aspectos que indudablemente buscan mejorar el desempeño de las empresas, democratizar su funcionamiento y otorgar mayores derechos a los usuarios.

El fracaso de los Fondos de Solidaridad

Debido a sus escasos recursos, los usuarios de los estratos 1, 2 y 3 saben que una vez concluya el desmonte de subsidios y se complete la nivelación tarifaria, tendrán que destinar una mayor parte de sus ingresos al pago de tarifas de servicios públicos porque los llamados fondos municipales de solidaridad nunca funcionaron.

El fracaso de los Fondos de Solidaridad era apenas previsible. En diciembre de 2001 la Comisión de Regulación de Agua Potable, CRA, resumió el fenómeno –teniendo como referencia el servicio público de agua potable– con las siguientes cifras: "En el 84% de los municipios del país no hay quien aporte a los Fondos de Solidaridad; el 89% de los usuarios de estos municipios está en los estratos 1, 2 y 3, subsidiables, y, según el consumo de agua, el 61% corresponde a quienes deben ser subsidiados". Agregaba la CRA que de algo más de 400 Fondos que se han constituido en igual número de municipios, hoy sólo funcionan 4 y que el déficit por concepto de subsidios en el mismo servicio, asciende a $627.000 millones anuales.

Por eso, ante el inminente desmonte de subsidios y el fracaso de los fondos de solidaridad, no queda otro mecanismo que el de fijar como tope el IPC del año anterior para las alzas en las tarifas de los servicios públicos a fin de evitar que se profundicen los niveles de pobreza que en Colombia llega ya al 65% de la población.

Las alzas en cada servicio

• **Servicio de energía**

El servicio de energía fue el de mayor incremento tarifario durante el periodo comprendido entre el 2003 y el 2004, con 14.29% anual de alzas en promedio para todos los estratos y tomando como base trece (13) ciudades de Colombia. En Medellín el alza fue del 30.49%.

Igualmente se puede observar que las familias de ingresos bajos (estratos 1, 2 y 3) fueron las que debieron pagar las mayores alzas en el servicio de energía, con incrementos del 14.42%.

Lo anterior indica que el gobierno no está cumpliendo con lo dispuesto en el artículo 116 del Plan Nacional de Desarrollo, el cual señala que las tarifas de energía para los estratos 1, 2 y 3 sólo se podrán incrementar hasta el nivel del IPC (6.49%). En tal sentido, no se cumplió con la asignación de subsidios a estos estratos.

Las familias de ingresos medios (estrato 4) también se vieron afectadas con las alzas en el servicio de energía durante el 2003 y el 2004, al asumir incrementos del 14.43%.

Comparando las alzas por ciudades, tenemos que Medellín (EPM) las alzas en el servicio de energía llegaron a 30.48% para todos los estratos, mientras el promedio nacional fue de 14.29%. Hay que destacar que para las familias de bajos ingresos (estratos 1, 2 y 3) las alzas fueron de 30.49%, pese que EPM es generador.

Mientras las alzas de tarifas en el servicio de energía en las principales ciudades estuvieron cerca del promedio, en Medellín estuvieron un 101% por encima del promedio.

• **Acueducto y alcantarillado**

El alza promedio a nivel nacional en las tarifas de Acueducto y Alcantarillado, fue del 13.35%. Sin embargo, para los estratos 1, 2 y 3 el alza fue del 19.44%.

Según la CRA, estos incrementos se debieron al ajuste tarifario y al desmonte de subsidios, pero también a que sigue vigente una fórmula que les traslada a los usuarios la ineficiencia de ciertas empresas prestadoras.

A lo anterior se suma que la CRA modificó el consumo básico de subsistencia de 20 m^3 a 15 m^3 (promedio), lo que encarecerá aún más las tarifas en los próximos años.

• **Telefonía residencial**

El incremento nacional de las tarifas del servicio de telefonía residencial fue del 10.76% durante el 2003 y el 2004. Sin embargo para los estratos 1, 2 y 3, el alza fue del 11.68%.

El artículo 99.5 de la Ley 142 de 1994 establece que el consumo básico es de 250 impulsos, el cual quedará cubierto por el subsidio para los estratos 1, 2 y 3, que lo asumen los estratos 5 y 6.

Según la CRT, las llamadas de urgencia o emergencia equivalen al consumo de subsistencia y son gratuitas.

Según la Ley 812 de 2003, el cargo fijo y el consumo no se incrementarían por encima de IPC, sin embargo al cierre del 2003, las tarifas de telefonía para los estratos 1, 2 y 3 se incrementaron en 11.68%.

A lo anterior se suma que el gobierno proyecta reducir el consumo básico, lo que también incrementaría aún más las tarifas a partir del próximo año.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

1. El alza en los servicios públicos (promedio nacional 13 ciudades) fue superior al 6.49% del IPC de 2003 y al 5.5% del 2004, en promedio todos los servicios y todos los estratos.

2. Como si fuera poco, las alzas en las tarifas de los servicios públicos absorbieron los incrementos salariales efectuados en los años 2003 y 2004, los cuales no superaron el 10% anual.

3. Las familias de los estratos 1, 2 y 3 destinan hoy cerca del 35% de sus ingresos (cerca de $135.000 pesos) al pago de los servicios públicos domiciliarios, pese que devengan un salario mínimo de $335 mil pesos. Sin embargo, las familias de los estratos 6 y 5 destinan entre el 2% y 3% de sus ingresos al pago de los servicios públicos, debido al desmonte de subsidios y a los ajustes de las tarifas por encima de la inflación, según estudio realizado en Bogotá por Planeación Distrital.

4. De nada les ha servido a los estratos 1, 2 y 3 la baja inflación de los últimos años, cuando deben destinar más del 35% de sus ingresos al pago de tarifas de SPD.

5. Si los incrementos tarifarios de los SPD se mantuvieran a nivel del IPC, no se castigaría tan dramáticamente los ingresos de los estratos 1, 2 y 3 y serviría para reactivar el consumo interno (protección a la capacidad de compra).

6. No puede haber una política sana de control a la inflación que deje por fuera el incremento de las tarifas de los servicios públicos.

Es imposible mantener una política antiinflacionaria para que el IPC se mantenga en un dígito, al tiempo que se permite que las tarifas de los SPD se incrementen entre un 19.4% y un 10.7% anualmente, tal como ocurrió durante el 2003. (Según información del DANE).

7. El IPC es el mejor rasero para homologar el comportamiento de los incrementos tarifarios, en vez de dejarlos en manos de las empresas prestadoras de los servicios, las cuales trasladan sus sobrecostos, producto de la ineficiencia, a los usuarios.

8. La ley debe obligar a las empresas prestadoras a que reduzcan sus niveles de ineficiencia sin que trasladen sus sobrecostos a los usuarios, vía tarifas.

9. Si no se coloca el IPC como máximo nivel de los ajustes tarifarios, se registrarán el año entrante y los venideros alzas entre un 32% y un 40% en los SPD, lo que generaría un impacto social de previsibles consecuencias.

10. Según la Contraloría General de la República, si no se modifica la fórmula de la CRA, los usuarios deberán pagar los próximos tres años sobrecostos por 800 mil millones de pesos por los servicios de agua, alcantarillado y aseo.

11. Cuando el DANE registra el comportamiento de los precios en cada mes, incluye los costos en que incurrieron las empresas prestadoras de servicios públicos, por lo cual no se justifica que, además de contribuir a incrementar el IPC cada mes, las empresas prestadoras de servicios públicos domiciliarios efectúen alzas que superan hasta en un 14% el IPC del año.

Sobrecostos totales asumidos por los usuarios de no implementarse las tres medidas de eficiencia acueducto + alcantarillado

Cifras en millones de pesos

Ciudades	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Bogotá	21.212	68.465	126.418	158.331	158.331	532.757
Medellín	2.369	7.272	12.523	15.240	15.240	52.644
Cali	3.923	11.945	20.411	24.780	24.780	85.839
Barraquilla	780	2.367	4.023	4.872	4.872	16.914
Total cuatro ciudades	28.284	90.048	163.375	203.223	203.223	688.153
% Pagos totales	2.28	6.61	2.28	13.52	13.52	9.68

Fuente: Cálculos CGR, datos CRA, SSPD.

Entre el 2003 y el 2007, los usuarios de Cali deberán pagar sobrecostos por valor de $86 mil millones de pesos, lo que equivale a un incremento de 19,6% anual sobre las alzas de tarifas del servicio.

Opiniones del Gobierno

Según la Ministra de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, el Congreso de la República ya legisló sobre la materia al aprobar la Ley 812 de 2003 (Plan Nacional de Desarrollo) “la cual estableció en

su artículo 116, que el incremento tarifario a los usuarios de estratos 1 y 2, se hará mensualmente con base en la variación mensual del IPC inmediatamente anterior y que para el estrato 3 el incremento se hará conforme a lo previsto en la Ley 142 de 1994. Como quiera que el artículo en mención (artículo 1º del proyecto de ley 036-2003) estableció para todos los estratos un incremento mensual en las tarifas no superior a la variación del IPC, se está modificando el Plan Nacional de Desarrollo".

Según el gobierno el Congreso no es competente para modificar la Ley 812 de 2003 ya que la iniciativa para proponer esa reforma es competencia del Ejecutivo. Sin embargo, el artículo 150 numeral 23 es el marco legal que permite la expedición de leyes que rijan "la prestación de los servicios públicos". Además, los artículos 189, 334, 365, 366, 367, 368 y 369 de la Constitución Política complementan el conjunto de normas constitucionales, que tratan sobre los servicios públicos y le permiten tanto al ejecutivo como al legislativo legislar sobre distintos aspectos relacionados con esta materia. Razón por la cual no existe limitación constitucional para que el Congreso pierda la competencia para legislar sobre una materia tan delicada como la prestación de los servicios públicos domiciliarios.

El ministro de Hacienda y Crédito Público se refirió al proyecto de ley en mención en los siguientes términos: "Establecer restricciones como la planteada necesariamente conduce al deterioro de la calidad del servicio para los usuarios, lo que es más grave, a su no prestación. En efecto, si se limita artificialmente el incremento de las tarifas se corre el riesgo de no cubrir los costos y se establecen condiciones que desincentivan la ejecución de inversiones, lo cual, en últimas, impacta negativamente en la expansión de la cobertura y la calidad de los servicios. Una medida como la propuesta en el proyecto de ley ocasionaría a muy corto plazo la quiebra de las empresas comercializadoras y por ende, de toda la cadena que interviene en el sector, puesto que el incremento de los costos de los insumos y de la nómina por diversos factores pueden ser, en la mayoría de los casos, superiores a la inflación".

Con esta respuesta el señor ministro de Hacienda y Crédito Público le da la razón a la Contraloría General de la República, ya que el ente de control afirma que las empresas prestadoras de servicios públicos domiciliarios no son eficientes y están trasladando sus sobrecostos administrativos, de nómina y de operación, así como sus expectativas de utilidades, a los usuarios vía tarifas en vez de recurrir a programas para reducir su ineficiencia de tal manera que les permitan expandir la prestación y ampliar su margen de rentabilidad sin necesidad de recurrir a las alzas exageradas de tarifas, como es el caso que se quiere regular.

No se entiende cómo el sector financiero, el inmobiliario, arriendos, alquileres pensiones de colegio, etc., están sujetos a las metas de inflación fijadas por el Emisor y exigidas por el gobierno, menos las empresas de servicios públicos domiciliarios, las cuales cuentan con libertad ilimitada para incrementar las tarifas, cuando precisamente ellas contribuyen en un 30% a la conformación del IPC mensual. Es decir que las empresas prestadoras de servicios públicos domiciliarios no sólo contribuyen a la variación mensual del IPC, sino que además se encuentran en libertad para subir las tarifas por encima de ese parámetro que ellas ayudaron a incrementar. Al Congreso se le ha dicho siempre que la rentabilidad de las empresas prestadoras de servicios públicos domiciliarios no dependen de los incrementos tarifario sino de su eficiencia en la operación, administración e inversión, pero ahora el gobierno argumenta todo lo contrario.

Propósito del legislador

El propósito del presente proyecto de ley es impedir que las empresas trasladen sus ineficiencias y sus sobrecostos a los usuarios vía tarifas, a fin de contribuir a un cobro más equitativo de los servicios públicos, cuyas tarifas están indexadas pero dos y tres veces por encima de la inflación (IPC).

Hacer cumplir los principios para la fijación de las tarifas de los Servicios Públicos Domiciliarios, establecidos en la Ley 142 de 1994:

- Eficiencia económica
- Neutralidad
- Solidaridad
- Redistribución
- Simplicidad y

Transparencia

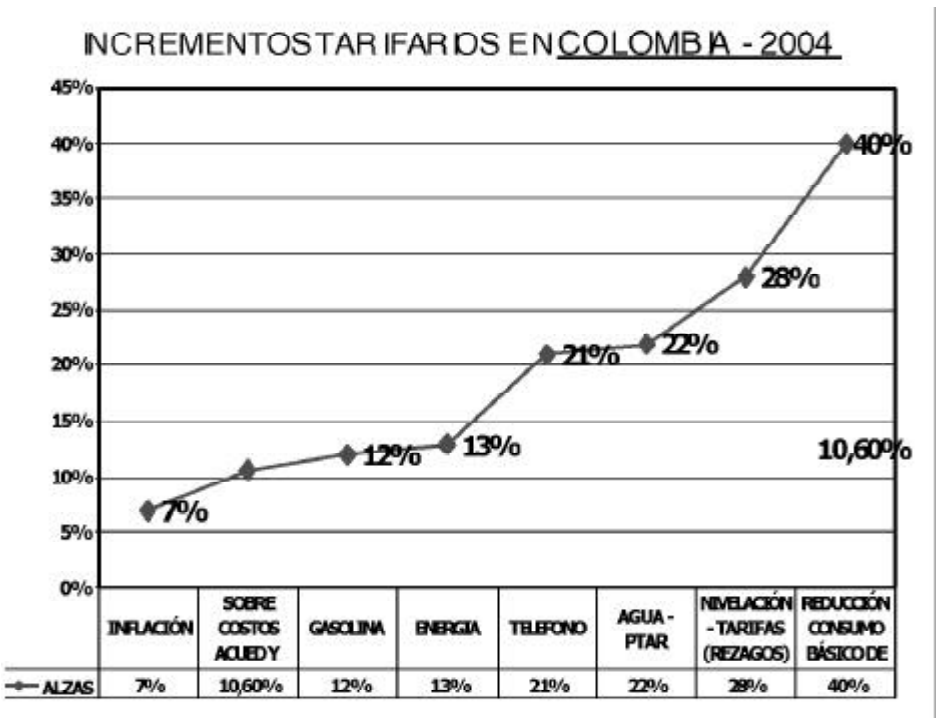
Al mismo nivel que el criterio de Suficiencia Financiera que rige hoy, por encima de los demás principios. (Sentencia C-150 de 2003 – Corte Constitucional).

El legislador no pretende desestimular la inversión y los programas de expansión de los servicios públicos, como lo afirma el gobierno, sino suavizar las curva de los incrementos tarifarios, de tal manera que no desborden las metas inflacionarias fijadas por el mismo gobierno y no castiguen los ingresos de los estratos 1, 2 y 3, como ocurre hoy.

La tasa de retorno de la inversión TIR, que se encuentra hoy en promedio por encima del 12%, puede extenderse en el tiempo sin afectar el valor de las tarifas en un solo año, lo que facilitaría su pago por parte de los usuarios.

Además el presente proyecto de ley busca mantener una coherencia entre la legislación de servicios públicos y la política de control a la inflación, al utilizar el IPC como el regulador más simple y neutro para controlar las alzas.

Igualmente establecería un referente de regulación guía para que las comisiones se lo hagan saber a las empresas prestadoras de los SPD. En ese sentido el proyecto de ley no pretende desconocer las competencias de las comisiones de regulación, sino facilitarles su labor al fijarles el límite incremental fijado por el IPC.



El Congreso está plenamente facultado para legislar sobre el tema de servicios públicos, tal como lo establece la Constitución Política en su artículo 150 numeral 23 es el marco legal que permite la expedición de leyes que rijan "la prestación de los servicios públicos"

Asimismo los artículos 189, 334, 365, 366, 367, 368 y 369 de la Constitución Política, constituyen también el conjunto de normas que tratan sobre los servicios públicos y le permiten tanto al ejecutivo como al legislativo legislar sobre distintos aspectos relacionados con

esta materia, tales como la facultad **del Estado** de intervenir la economía, las finalidades del Estado en material de servicios, la importancia del gasto social, la definición de las competencias, las facultades de las entidades territoriales, los derechos de los usuarios y las funciones de control, inspección y vigilancia de las entidades de prestación de servicios.

Por todo lo anterior sometemos a debate el siguiente proyecto de ley:

CAMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARIA GENERAL

El día 6 de septiembre de 2005 ha sido presentado en este despacho el Proyecto de ley número 132, con su correspondiente exposición de motivos, por los honorables Representantes *José Gerardo Piamba* y *Alexánder López.*

El Secretario General,

Angelino Lizcano Rivera.

C O N T E N I D O

Gaceta número 596-Viernes 9 de septiembre de 2005

CAMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

Proyecto de ley número 126 de 2005 Cámara, por la cual se regula la práctica del tatuaje y la perforación –Body Piercing–. 1

Págs.

Proyecto de ley número 127 de 2005 Cámara, por la cual se adiciona la Ley 711 de 2001 (la cual reglamenta el ejercicio de la ocupación de la cosmetología y se dictan otras disposiciones en materia de salud estética) y se dictan otras disposiciones. . 5

Proyecto de ley número 128 de 2005 Cámara, por medio de la cual se establece la obligación de dispensadores de condones en establecimientos públicos y se dictan otras disposiciones. 7

Proyecto de ley número 129 de 2005 Cámara, por la cual se reglamenta la práctica del tatuaje y la perforación –body piercing– y se dictan otras disposiciones. 8

Proyecto de ley número 130 de 2005 Cámara, por medio de la cual se declara patrimonio histórico y cultural de la Nación a la Institución Educativa Santa Librada del municipio de Neiva, departamento del Huila, y se dictan otras disposiciones. 12

Proyecto de ley número 131 de 2005 Cámara, por la cual se establecen normas que regulan la protección de la salud mental y se dictan otras disposiciones. 14

Proyecto de ley número 132 de 2005 Cámara, por la cual se modifica la Ley 142 de 1994, se adiciona el artículo 125, se establece la actualización tarifaria de los servicios públicos domiciliarios y se dictan otras disposiciones. 22

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2005