



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XIX - N° 1.055

Bogotá, D. C., martes, 7 de diciembre de 2010

EDICIÓN DE 24 PÁGINAS

DIRECTORES:

EMILIO RAMÓN OTERO DAJUD
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

PONENCIA NEGATIVA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 106 DE 2010 CÁMARA, 01 DE 2010 SENADO

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

Y SUS ACUMULADOS, PROYECTO DE LEY NÚMERO 95 DE 2010 SENADO, PROYECTO DE LEY NÚMERO 143 DE 2010 SENADO, PROYECTO DE LEY NÚMERO 147 DE 2010 SENADO, PROYECTO DE LEY NÚMERO 160 DE 2010 SENADO, PROYECTO DE LEY NÚMERO 161 DE 2010 SENADO, PROYECTO DE LEY NÚMERO 182 DE 2010 SENADO, PROYECTO DE LEY NÚMERO 111 DE 2010 CÁMARA Y PROYECTO DE LEY NÚMERO 126 DE 2010 CÁMARA, PROYECTO DE LEY NÚMERO 035 DE 2010 DE INICIATIVA GUBERNAMENTAL Y PROYECTO DE LEY NÚMERO 087 DE 2010 CÁMARA.

Bogotá, D. C., diciembre 3 de 2010

Doctor:

JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ

Secretario General

Cámara de Representantes

Ciudad

Referencia: Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 106 de 2010 Cámara, 01 de 2010 Senado, *por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones* y sus acumulados, Proyecto de ley número 95 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 147 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 160 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 161 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 182 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 111 de 2010 Cámara y Proyecto

de ley número 126 de 2010 Cámara, Proyecto de ley número 035 de 2010 de iniciativa gubernamental y Proyecto de ley número 087 de 2010 Cámara.

Honorables Representantes:

En cumplimiento de lo dispuesto por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República y de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes al designarme ponente del Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado, *por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones* y sus acumulados, Proyecto de ley número 95 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 147 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 160 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 161 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 182 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 11 de 2010 Cámara y Proyecto de ley número 126 de 2010 Cámara, Proyecto de ley número 035 de 2010 de iniciativa gubernamental y Proyecto de ley número 087 de 2010 Cámara, me permito rendir ponencia para segundo debate.

Antecedentes de los proyectos de ley

Por iniciativa de los honorables Senadores Dilian Francisca Toro Torres y Jorge Eliécer Ballesteros Bernier fue radicado el 20 de julio de 2010 el Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado, 106 de 2010 Cámara, *por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se dictan otras disposiciones*, el cual consta de ciento ocho (108) artículos y fue publicado en la ***Gaceta del Congreso* número 435 de 2010.**

Posteriormente, fueron radicados los siguientes proyectos de ley para reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. **Proyecto de ley número 95 de 2010 Senado**, por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, contenido de 31 artículos, de la iniciativa del honorable Senador *Eduardo Carlos Merlano Morales*. Publicado en la *Gaceta del Congreso* número **522 de 2010**.

2 **Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado**, por medio de la cual se eliminan barreras de acceso en los servicios de salud y se dinamizan los procesos de atención. Contenido de doce (12) artículos, de la iniciativa de los honorables Senadores *Luis Carlos Avellaneda T., Camilo Ernesto Romero, Mauricio Ospina Gómez, Gloria Inés Ramírez, Alexander López Maya, Jorge Eliécer Guevara, Jorge Enrique Robledo, Iván Moreno Rojas, Alba Luz Pinilla, Germán Navas Talero, Iván Cepeda Castro, Wilson Never Arias*. Publicado en la *Gaceta del Congreso* número **608 de 2010**.

3. **Proyecto de ley número 147 de 2010 Senado**, por la cual se reforma parcialmente la Ley 1122 de 2007 y se dictan otras disposiciones. Contenido de veintiocho (28) artículos y de la iniciativa del honorable Senador *Antonio José Correa Jiménez*. Publicado en la *Gaceta del Congreso* número **682 de 2010**.

4. **Proyecto de ley número 160 de 2010 Senado**, por la cual se modifica parcialmente el artículo 224 de la Ley 100 de 1993. Contenido de cinco (5) artículos, de la iniciativa del honorable Senador *Antonio José Correa Jiménez*. Publicado en la *Gaceta del Congreso* número **710 de 2010**.

5. **Proyecto de ley número 161 de 2010 Senado**, por medio de la cual se contribuye al fortalecimiento de las condiciones laborales y humanas de los estudiantes, trabajadores y profesionales de la salud y se fomenta la participación ciudadana en la prestación y administración de los servicios de salud. Contenido de catorce (14) artículos, de la iniciativa de los honorables Senadores *Carlos Alberto Baena López, Manuel Virgüez P.* y honorable Representante *Gloria Stella Díaz Ortiz*. Publicado en la *Gaceta del Congreso* número **710 de septiembre 29 de 2010**.

6. **Proyecto de ley número 182 de 2010 Senado**, por medio de la cual se establecen medidas para fortalecer Sistema de Inspección, Vigilancia y Control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de la iniciativa del honorable Senador *Antonio José Correa Jiménez*. Publicado en la *Gaceta del Congreso* número **811 de 2010**.

7. **Proyecto de ley número 035 de 2010 Cámara**, por medio de la cual se dispone lo relativo al financiamiento del Defensor del Usuario en Salud de la iniciativa del señor Ministro de la Protección Social, *Diego Palacio Betancour*. Publicado en la *Gaceta del Congreso* número **476 de 2010**.

8. **Proyecto de ley número 087 de 2010 Cámara**, por medio de la cual se modifica la Ley 100 de 1993, y se regula el Régimen de Salud para los colombianos residentes en el exterior, contenido de diez (10) artículos, de la iniciativa del honorable Representante *Óscar de Jesús Marín* y honorable Senador *Eugenio Prieto Soto*. Publicado en la *Gaceta del Congreso* número **619 de 2010**.

9. **Proyecto de ley número 111 de 2010 Cámara**, por la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 100 del 23 de diciembre de 1993 y 1122 de 2007, de la iniciativa del honorable Representante *Jorge Hernán Mesa Botero*. Publicado en la *Gaceta del Congreso* número **722 de 2010**.

10. **Proyecto de ley número 126 de 2010 Cámara**, por la cual se regula el servicio público de seguridad social en salud, se sustituye el Libro II de la Ley 100 de 1993, se adopta el Estatuto Único del Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones de la iniciativa de los honorables Representantes *Holger Horacio Díaz Hernández, Diela Liliana Benavides Solarte, Martha Cecilia Ramírez Orrego, Libardo E. García Guerrero, Luis Fernando Ochoa Zuluaga, Elías Raad Hernández, Rafael Romero Piñeros, Armando A. Zabaraín D'Arce y Didier Burgos Ramírez*. Publicado en la *Gaceta del Congreso* número **818 de 2010**.

II. Proyecto de ley

A pesar de la trascendencia social y económica de las iniciativas legislativas, los anteriores proyectos de ley fueron acumulados en virtud del mensaje de Urgencia por parte del Gobierno Nacional, en cabeza del señor Presidente de la República y los Ministros del Interior y de Justicia y de la Protección Social. Dicho mensaje fue acogido por las Mesas Directivas de Senado y Cámaras, las cuales profirieron las resoluciones las Resoluciones número 047 de septiembre 28 y número 03 del 28 de octubre para Senado de la República y para la Cámara de Representantes las Resoluciones número 2774 de octubre 5 y número 3173 del 9 de noviembre de 2010, a través de las cuales se dio la autorización para realizar Sesiones Conjuntas de las Comisiones Séptimas del Congreso de la República para el estudio y aprobación de los proyectos que trata la presente ponencia.

En esta misma línea, y para agilizar su trámite les fue convalidada la reproducción mecánica del informe de ponencia para primer debate, de **manera excepcional**, según lo establece en el inciso 2° del artículo 156 del Reglamento Interno del Congreso, sin que el anuncio de su votación obligatoriamente requiera la publicación previa del informe de ponencia en la *Gaceta del Congreso*, según lo dispuesto en el inciso 2° del artículo 156 del Reglamento Interno del Congreso, de manera excepcional, la Presidencia **autoriza** a la Secretaría General de las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes –en Sesiones Conjuntas–, a reproducir mecánicamente, por cualquier medio (copias fotostáticas y/o textos digitales vía e-mail), el o los informes de ponencias para primer debate arriba referenciados que se radiquen ante dicha Secretaría General, hasta antes de la iniciación de la votación, sin detrimento de su posterior publicación en la *Gaceta del Congreso*.

Adicionalmente y por iniciativa del Senado y del Ministerio de la Protección Social se realizaron audiencias públicas regionales, que a pesar de que fueron publicitadas y convocadas las ciudades escogidas no representan por sí mismas la totalidad de voces que debe incluir un proyecto de reforma de esta envergadura. Por otro lado, el Ministerio de

la Protección Social realizó Mesas Temáticas los días 21, 22, 23, 27, 28, 29 y 30 de septiembre, en las cuales se abordaron temas como:

- A. Rectoría y Estructura
- B. Talento Humano en Salud
- C. Promoción de la Salud
- D. Salud Pública
- E. Aseguramiento
- F. Evaluación de Tecnologías
- G. Atención Primaria en Salud
- H. Prestación de Servicios
- I. Inspección, Vigilancia y Control
- J. Financiamiento
- K. Usuarios del sistema
- L. Política Farmacéutica

Estas fueron un reducido espacio de discusión técnica sobre temas críticos del sector salud en el país. Los actores institucionales del sistema produjeron en cada una de las mesas un conjunto de recomendaciones sobre las reformas y ajustes estructurales que se consideran necesarios para garantizar el derecho a la salud, sin embargo, es importante relevar el hecho que las recomendaciones e insumos obtenidos en estas discusiones no fueron recogidos en la ponencia unificada presentada a consideración del país.

Finalmente, el día 10 de noviembre de 2010 se radicó en el Despacho de la Comisión Séptima de Senado de la República una solicitud de los Ministros de la Protección Social y Ministro de Hacienda y Crédito Público, dirigida a los honorables Senadores y Representantes Coordinadores Ponentes del Proyecto de ley número 001 de 2010 Senado y sus acumulados. Esta solicitud se hizo en relación con la adición de unos artículos específicos en el texto del documento de ponencia para primer debate del Proyecto de ley número 001 de 2010 Senado y sus acumulados, los dichos artículos se refieren a redistribución de recursos del Sistema General de Participaciones y recursos de aseguramiento.

Contenido de los proyectos

A. Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado, *por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se dictan otras disposiciones*

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante una política de Atención Primaria en Salud, que permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para la salud y la creación de un ambiente sano. Asimismo, se fortalece la rectoría, la acción sostenible y conjunta de los actores del sistema, a partir de incentivos transparentes y efectivos se basen en la acción responsable y el seguimiento científico y riguroso de resultados e indicadores, lo que permitirá universalizar la cobertura con sostenibilidad, calidad, oportunidad, continuidad y movilidad de la afiliación.

B. Proyecto de ley número 95 de 2010 Senado, *por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*

La presente ley modifica y reordena el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el objetivo central de fortalecerlo y con los siguientes objetivos relacionados: i) Lograr la universalidad en la cobertura del aseguramiento en salud, el acceso real de los ciudadanos a los servicios de salud definidos en los Planes de Beneficios de ambos regímenes a más tardar el 31 de marzo de 2011. Reestructurar y mejorar el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en términos del flujo de recursos, eficiencia y el uso transparente y adecuado de los mismos, ii) Reordenar y mejorar el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, incluyendo la descentralización del mismo; iii) Lograr el equilibrio contractual y operativo entre aseguradores y prestadores de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud; iv) Desarrollar los mecanismos necesarios para fortalecer y ejecutar las políticas, planes y proyectos de la salud pública, mediante la determinación de competencias en la dirección, regulación y supervisión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, v) Reorganizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y responsabilizar a los actores del Sistema con funciones y competencias, teniendo como finalidad el logro de resultados en salud definidos y evaluados con base en indicadores de resultado e impacto; vi) Poner en funcionamiento el Sistema de Información del Sistema Único en Salud; vii) Reafirmar que sea el aseguramiento el modelo financiero en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Optimizar el flujo, la eficiencia y el uso adecuado de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, haciéndolo de destinación específica para la prestación de servicios de salud, y viii) Garantizar el goce efectivo de la salud en todo el país para los afiliados al SGSSS desde el porte del seguro de salud.

C. Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado, *por medio de la cual se eliminan barreras de acceso en los servicios de salud y se dinamizan los procesos de atención.*

Este proyecto tiene por objeto la eliminación de las barreras de acceso en salud; tales como, copagos y cuotas moderadoras en la prestación de servicios ambulatorios, hospitalarios y en la entrega de medicamentos. Lo que incluye la eliminación de los periodos de carencia, la prohibición de gestión de autorizaciones por parte de los usuarios o de sus familiares, garantizar la oportunidad y el acceso geográfico en la atención en salud.

D. Proyecto de ley número 147 de 2010 Senado, *por la cual se reforma parcialmente la Ley 1122 de 2007 y se dictan otras disposiciones.*

Este proyecto de ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se introducen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia

y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

E. Proyecto de ley número 160 de 2010 Senado, por medio de la cual se modifica parcialmente el artículo 224 de la Ley 100 de 1993.

El proyecto de ley pretende aumentar los ingresos del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga) mediante el incremento del impuesto social de armas de fuegos, explosivos y municiones con el objeto de: i) Aumentar la atención de las víctimas que han sufrido daño en su integridad física en accidentes de tránsito, atentados terroristas, catástrofes y otros eventos; ii) Ampliar el alcance y las usos de los recursos de las subcuenta de compensación; iii) Solidificar la financiación del pago de licencias por incapacidad y licencias de maternidad; iv) Acrecentar los ingresos para el reconocimiento y pago de atención y medicamentos no estipuladas en el POS; v) Fortalecer las investigaciones para obtener una base de datos unificada de los afiliados al Sistema de Seguridad Social, evitar las multiafiliaciones y tener una base de datos de las historias clínicas de los pacientes en forma organizada; vi) Elevar la afiliación de la población pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado del Régimen de Seguridad Social en Salud, y vii) Permitir la financiación de campañas preventivas de educación de enfermedades terciarias y prevenibles.

F. Proyecto de ley número 161 de 2010 Senado, por medio de la cual se contribuye al fortalecimiento de las condiciones laborales y humanas de los estudiantes, trabajadores y profesionales de la salud y se fomenta la participación ciudadana en la prestación y administración de los servicios de salud.

El proyecto de ley tiene como propósito establecer lineamientos para adoptar una jornada laboral y fijar condiciones salariales adecuadas para los profesionales, trabajadores y estudiantes de la salud, conforme lo establece la normatividad laboral y crear mecanismos de participación ciudadana, tanto de usuarios, como de profesionales de la salud, buscando mayor eficiencia y eficacia, en la prestación y administración de los servicios de salud, a través de la creación de comités o veedurías de la salud.

G. Proyecto de ley número 182 de 2010 Senado, por medio de la cual se establecen medidas para fortalecer Sistema de Inspección, Vigilancia y Control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Este proyecto consagra disposiciones que pretenden fortalecer el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud a través de medidas que coadyuven al cumplimiento de esta función por parte de esta entidad, en pro del mejoramiento del SGSSS.

H. Proyecto de ley número 035 de 2010 Cámara, por medio de la cual se dispone lo relativo al financiamiento del Defensor del Usuario en Salud.

I. Proyecto de ley número 087 de 2010 Cámara, por medio de la cual se modifica la Ley 100

de 1993, y se regula el Régimen de Salud para los colombianos en residentes en el exterior.

J. Proyecto de ley número 111 de 2010 Cámara, por medio de la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 100 del 26 de diciembre de 1993 y 1122 de 2007.

Este proyecto de ley consagra disposiciones respecto a los beneficiarios del Régimen Subsidiado y la administración de este, así como referentes a la *Contratación en el Régimen Subsidiado y de EPS Públicas del Régimen Contributivo.*

K. Proyecto de ley número 126 de 2010 Cámara, por la cual se regula el servicio público de seguridad social en salud, se sustituye el Libro II de la Ley 100 de 1993, se adopta el estatuto único del sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Este proyecto de ley regula integralmente el Sistema de Seguridad Social en Salud, define el modelo de prestación del servicio público para la efectividad del derecho de atención en salud para todos los residentes en Colombia y establece el esquema de rectoría, operación, financiación, seguimiento, medición de resultados y condiciones de prestación del mismo, a partir de las disposiciones constitucionales y de lo dispuesto por la ley estatutaria en trámite en el Congreso de la República.

Consideraciones

La presente **ponencia** tiene como objetivo desarrollar aportes **críticos y propositivos** a los proyectos de ley ordinaria reformativos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, presentados en la presente legislatura y acumulados en torno a la iniciativa liderada por el Gobierno Nacional¹.

Someter a análisis y debate público dichas propuestas, implica su revisión a la luz del discurso del proyecto de ley estatutaria que tiene como objeto *“regula(r) parcialmente el derecho a la salud y a la igualdad en salud en los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los principios de prioridad en los afiliados, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, igualdad, solidaridad, equidad, universalidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, progresividad, participación social, corresponsabilidad y transparencia en el acceso a los servicios de seguridad social en salud, así como el deber de procurar el cuidado integral de la salud”*, el cual ha sido presentado por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en nombre del Gobierno Nacional.

Adicionalmente la ponencia desarrolla su ejercicio analítico y propositivo asumiendo las iniciativas desarrolladas por la Jurisprudencia Constitucional en los distintos escenarios constitucionales de garantía del Derecho fundamental a la Salud, los desarrollos conceptuales y científicos de la aca-

¹ Informe para primer debate en las Comisiones Séptimas Conjuntas al Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 95 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 147 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 160 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 161 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 182 de 2010 Senado.

demia, y recoge los reclamos más sentidos de las distintas organizaciones que agrupan a la sociedad civil en torno a la defensa del derecho a la Salud. Por último, igualmente incorpora lo plasmado por el Polo Democrático Alternativo en el Proyecto de Acto Legislativo número 018 de 2010, por medio de la cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política” y el Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado, *por medio de la cual se eliminan barreras de acceso en los servicios de salud y se dinamizan los procesos de atención.*

La ponencia se divide en tres capítulos, en primer lugar se expondrán algunas consideraciones sobre los determinantes que han generado la crisis del actual Sistema de Salud, por qué éste resulta inviable en el mediano plazo y los argumentos que consideramos justifican en los actuales momentos una reforma estructural al Sistema de Salud.

En segundo lugar, se analizará hasta qué punto las actuales iniciativas legislativas garantizarían o no el Derecho Fundamental a la Salud en el marco del Estado Social de Derecho y del bloque de constitucionalidad.

Finalmente, se presentarán los cimientos de lo que consideramos debe ser una reforma verdaderamente estructural que garantice no solo la viabilidad del sistema, si no el mejoramiento de los indicadores de salud en el país.

PARTE 1

CRISIS DEL ACTUAL SISTEMA DE SALUD, VULNERACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL

1.1 La salud en crisis²

Desde la promulgación de la Ley 100 de 1993, el tema de salud se ha colocado en el debate nacional, generando una amplia discusión e importantes movilizaciones en el país.

La violación sistemática al derecho a la salud, originada en la lógica impuesta en el marco de esta ley, ha sido tema recurrente en las marchas, movilizaciones, en los debates del congreso, en las jornadas académicas e incluso en los informes de los órganos de control del ejecutivo, siendo los más destacados los presentados por la Defensoría del Pueblo³ respecto al seguimiento de las tutelas en salud, el de la Procuraduría⁴, donde esta propone que se declare un estado de cosas inconstitucional en materia de salud, y la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional.

A finales de 2009, mediante iniciativa gubernamental, se pretendió imponer una reforma de gran

calado al servicio de la lógica de mercantilización de la salud⁵, utilizando la figura de Emergencia Social (Decreto número 4975 del 23 de diciembre de 2009) como mecanismo para imponerla de manera rápida y sin las discusiones necesarias. Esto originó un amplio rechazo nacional con un importante costo político al ser considerada como inconstitucional por la Corte Constitucional.

El rechazo nacional a la Reforma del Sistema de Salud, vía Emergencia Social, se soportaba en una sensación de malestar e indignación, porque mientras se restringía a los pacientes los beneficios y se les obligaba a pagar más por su atención, se cuestionaban poco los recobros de las aseguradoras y se les aumentaba el flujo de recursos. También porque se sancionaba a los médicos por formular lo que no estuviera en el POS, aunque el paciente lo necesitara. ¿Qué hay detrás de esta indignación? Algo muy sencillo: la valoración de esas decisiones como injustas (Hernández, 2010).

En esta legislatura el Gobierno Nacional ha presentado ante el Congreso las propuestas de Ley Estatutaria en salud, el Proyecto de Acto Legislativo número 016 de 2010, *por el cual se establece el derecho a la sostenibilidad fiscal para alcanzar los fines del Estado Social de Derecho* y ha liderado la acumulación de los proyectos de ley ordinaria reformatorios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En su conjunto, estas iniciativas legislativas retoman el tema, del derecho a la salud, sin abandonar la pretensión original de favorecer a los aseguradores de la salud, e ignora la urgencia y necesidad de introducir cambios que permitan avanzar en la lógica de la real garantía del derecho a la salud, en síntesis los proyectos de ley, en mención, buscan **revivir los contenidos de la Emergencia Social.**

1.2 ¿Para que un sistema de salud?

Se considera que el objetivo principal de los sistemas de salud es mejorar las condiciones de salud de la población. Según el esquema planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000) los sistemas tienen tres objetivos fundamentales: a) Mejorar la salud de la población; b) Responder a las expectativas de las personas, y c) Brindar protección financiera contra los costos.

Además deben ejercer cuatro funciones generales, independientemente de su estructura, diseño o desempeño: 1. Generación de recursos. 2. Prestación de servicios. 3. Financiamiento, y 4. Ejercer rectoría, esta última se entiende como el establecimiento de las políticas y reglas de juego para el sis-

² Varios de los planteamientos se soportan de las memorias y discusiones de los congresos y foros realizados desde el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social –MNSSS–.

³ Defensoría del Pueblo, Colombia. “La tutela y el derecho a la Salud. Se ha publicado cuatro estudios: Periodo 1999 a primer semestre de 2003; primera actualización 2003-2005; Segunda actualización periodo 2006-2008 y Tercera actualización periodo 2009.

⁴ Procuraduría delegada para la prevención en materia de Derechos Humanos y Asuntos Étnicos, informe “El derecho a la salud en perspectiva de Derechos Humanos y el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Estado colombiano en materia de quejas en salud”, 2008.

⁵ La mercantilización de la salud hace referencia a los modelos que incentivan que la provisión de servicios en salud, este mediada por la generación de lucro por agentes de mercado, con elementos de competencia, libre elección y la participación de la iniciativa privada. En la teoría permiten ganar eficiencia en la producción de servicios sanitarios al considerar la salud como mercancía, principalmente a través del aseguramiento individual por entidades privadas, pero en la práctica se han caracterizado por contención de costos y barreras de acceso en la medida que dicho acceso, a los servicios de salud, está ligada a la capacidad de pago de la población, implica ello la negación al derecho a la salud.

tema en su conjunto. La regulación forma parte de esta función. La rectoría debe considerarse como la función más trascendental porque su desempeño afecta a las otras funciones y directa o indirectamente, al logro de cualquier objetivo sistémico. Esta función se considera irrenunciable por parte del Estado. (Figueras y col., 2002).

Si bien es sustancial definir los límites del sistema de salud, es primordial reconocer que estos sistemas actúan como mediadores y articuladores dentro de un marco político, económico (Le Bonniec, 2002) y técnico (Tobar, 2000) en un momento histórico determinado. Por tanto, la definición, los límites y los objetivos de un sistema de salud son específicos de cada país de acuerdo con los valores que guían cada sociedad.

En este orden de ideas entendemos la seguridad social como una política de Estado que engloba los mecanismos de protección social contra las contingencias que menoscaban la salud y el bienestar, y que permite realizar los principios de universalidad, equidad y solidaridad.

La salud y la seguridad social, desde nuestra perspectiva, se concretan en un **Sistema Integrado de Seguridad Social en Salud** que gira en torno a la ciudadanía, que surge al ampliarse los conceptos de derechos civiles y políticos al campo de los asuntos sociales. En este contexto la atención en salud en lugar de convertirse en un producto-mercancía, un privilegio o un objeto de caridad, debe adquirir las características de un derecho social (Fresno, 1996; Frenk, 1995, Frenk y Donabedian, 1992; Soberón, 1985)⁶, que implica el acceso universal de servicios sanitarios y su interacción con políticas públicas para la garantía de lo establecido en la Observación General número 14 del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁷.

El Sistema Integrado de Seguridad Social en Salud (Sisesa), se concibe como un conjunto de medios institucionales, financieros y administrativos disponibles en la sociedad colombiana para garantizar el derecho a la salud de toda la población, ordenados por los conceptos de salud pública y seguridad social.

Un análisis de la actual crisis del sistema de salud, requiere una revisión de los anteriores postulados a la luz del SGSSS, para lo cual se toma como punto de partida la incorporación del concepto de salud y la descripción de estrategias que le den desarrollo coherentemente a un Sistema Integrado de Seguridad Social en Salud. En este orden de ideas, se retorna la propuesta del proyecto de Acto Legis-

lativo por el cual se propone reformar el artículo 49 de la Constitución Política de 1991:

“La salud es un derecho humano fundamental, autónomo, basado en la protección de la dignidad de las personas, cuya garantía integral está a cargo del Estado, conforme a los principios de universalidad, equidad, solidaridad, concertación, participación social, calidad y calidez. El Estado a través de una política pública, garantizará a todas las personas el acceso a los servicios de promoción de la salud, prevención, atención de la enfermedad y rehabilitación de las discapacidades.

Se entiende por salud el mejor desarrollo de las potencialidades y capacidades humanas, así como el acceso a los servicios y riquezas que la sociedad ha acumulado para hacer posible el bienestar, el buen vivir y la calidad de vida de los seres humanos. Su materialización se realizará en una visión amplia de la salud pública que incorpore un sistema de atención integral y una articulación de las políticas públicas que permita afectar los determinantes sociales de la salud, con perspectiva poblacional y territorial, empleando como estrategias la atención primaria en salud, el respeto de la relación entre los profesionales de la salud con el paciente, así como en el uso transparente, planificado y pertinente de los recursos financieros, físicos, tecnológicos y del talento humano. El cumplimiento que el Estado de a este derecho se evaluará por el impacto positivo que logre en la calidad de vida de la población.

El acceso a los servicios de salud se garantizará según las necesidades de las personas, sin obstáculos económicos, ni relación de dependencia entre la capacidad de pago o el aporte económico y los beneficios obtenidos.

La red pública hospitalaria gozará de especial protección y será la base sobre la cual se implementará el sistema de salud; para lo que deberá fortalecerse en los aspectos tecnológicos, de planta física y talento humano.

Las relaciones laborales de los trabajadores del sector salud, deben buscar la dignificación de las personas como actores del sistema, especialmente el respeto de los derechos a la estabilidad laboral y a la asociación. Se prohíbe toda forma de intermediación laboral en el sector salud.

Los recursos de la salud son públicos y administrados por el Estado. Queda expresamente prohibida la intermediación financiera de entidades privadas. Todas las instituciones que participen en la provisión de estos derechos serán entidades sin ánimo de lucro”⁸.

El actual sistema de salud no está logrando mejorar la salud de la población, ni responder a las expectativas de las personas y mucho menos brindar protección financiera contra los costos, lo común es la violación y vulneración sistemática del derecho a la salud, en la medida que el SGSSS se soporta en reglas de juego y entidades en torno al lucro, veamos:

⁶ “(...) hay muchas formas de entender los sistemas y una de ellas es vinculada a la ciudadanía” Concepto de salud y sistemas de salud. Consulta en <http://www.revmed.unal.edu.co/politicas/sistemas.htm>

⁷ “(...) el acceso a servicios de salud integrales, al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud” como lo establece el artículo 11 de la Observación General número 14 del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (11 de mayo del 2000).

⁸ Proyecto de Acto Legislativo. “Por medio del cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política”, iniciativa presentada por el PDA en la actual legislatura.

La tendencia del SGSSS ha terminado restringiendo e interpretando el derecho a la salud como el derecho a “prestaciones de servicios de salud” sostenibles financieramente; de similar forma los proyectos de ley estatutaria y ordinaria de salud, liderados por la iniciativa de gobierno, no enuncian el carácter fundamental del derecho a la salud, por el contrario, lo reduce a un conjunto limitado de prestaciones de atención médica incluidas en un plan de beneficios, mantiene la segmentación y fragmentación del sistema y restringe su universalidad, si por ello entendemos garantías reales a las personas para que tengan acceso universal a beneficios y atención integral. (Vega., 2010). Más que garantizar el derecho a la salud, el actual SGSSS y las iniciativas que buscan reformarlo, lo limitan por la vía de atarlo a una racionalidad en la que prevalecen los conceptos de costo-efectividad y sostenibilidad fiscal.

En este contexto del sistema de salud colombiano, el derecho se plantea como una canasta de bienes y servicios de salud, porque se asume que es un bien privado que se transa en el mercado, entre agentes racionales, que defienden su interés para quedarse con más por menos. Es igual una EPS, que un médico o que un enfermo de alto costo. Todos son unos interesados y cada uno trata de apropiarse del máximo de “beneficios”. El Estado debe simplemente regular, de acuerdo con la fórmula “costo-beneficio” para definir el interés general que estará por encima del “interés privado” de esos agentes, hasta encontrar un “equilibrio perfecto”, entre, por ejemplo, la necesidad de atención de un paciente con cáncer y la rentabilidad de la EPS a la que está afiliado. (Hernández, 2010).

Bajo esta lógica, se requiere un plan de beneficios para que los agentes del mercado de aseguramiento tengan muy definido qué están vendiendo y qué están comprando. Pero también, se debe hablar de “corresponsabilidad” de los individuos, para exigir su contribución y demandar de ellos su “autocuidado”. El mensaje es: si cumple con normas de autocuidado y usa menos su póliza, le daremos un beneficio económico, como funciona en los seguros para carros.

Ello es patente cuando se hace un análisis conjunto de los alcances, repercusiones y concepción que da el Gobierno Nacional al Estado Social de Derecho y a la materialización efectiva de la garantía de los derechos sociales a la luz de las tres iniciativas legislativas⁹.

El Proyecto de Acto Legislativo propone que la obligación del Estado frente a la garantía de los derechos queda limitada por la sostenibilidad fiscal y en esta medida el Gobierno responde por los mismos hasta donde el presupuesto alcance.

De este modo, el gobierno asume que la obligación del Estado en la garantía de los derechos, encuentran su límite en los recursos disponibles y antepone el principio de regla fiscal para blindar y

privilegiar el pago del servicio de la deuda y para preservar las asignaciones del sector Seguridad y Defensa, antes que la inversión que permitiese la garantía de derechos sociales. Es más, el gobierno llega a postular que el derecho a la sostenibilidad fiscal se convierte en un “supraderecho” a través del cual se guiará la operación del Estado.

Con lo anterior se desvirtúa el principio cardinal del Estado Social de Derecho, esto es, la eficacia de los derechos fundamentales, que sirve de sustento al cambio de paradigma ínsito en el texto constitucional de 1991. Tal como fue expuesto en la ponencia del Representante a la Cámara Alfonso Prada para segundo debate del Proyecto de Acto Legislativo número 16 Cámara, *por el cual se establece el derecho a la sostenibilidad fiscal para alcanzar los fines del Estado Social de Derecho*, LOS DERECHOS TOMADOS EN SERIO no son solo la positivización de los mismos en un texto, sino que su desarrollo legal y reglamentario debe estar en consonancia con los valores y principios constitucionales que condicionan de forma explícita la actuación del Estado y los particulares para garantizar la convivencia y la materialización de tales valores y principios constitucionales que el mismo texto consagra.

En este sentido, la competencia del legislador para reformar el Sistema de Seguridad Social en Salud no puede estar en contravía de los postulados jurisprudenciales de la Corte Constitucional frente a la iusfundamentalidad del derecho a la salud y la imposibilidad de que el legislador vulnere “el núcleo esencial de un derecho fundamental, sea mediante un acto legislativo, ley estatutaria o mediante una ley ordinaria”¹⁰. De esta forma, no en derecho constitucional teoría y filosofía del derecho no es jurídicamente aceptable que el principio de sostenibilidad fiscal sea adoptado inevitablemente como el primer principio constitucional a la hora de realizar los valores, y derechos fundamentales y sociales constitucionales, por el contrario, son los valores, principios y derechos constitucionales los que determinan la aplicación o no de la sostenibilidad fiscal, asimismo es función del poder judicial en cada caso particular ponderar la aplicación o no del citado principio.

Tal como se desprende del nuevo POS estaría sujeto al principio de sostenibilidad fiscal, por lo que se concluye que todo aquello que no quede incluido en este nuevo plan de beneficios, que corresponde a lo exigible, no haría parte del derecho a la salud y por tanto el Estado no estaría obligado a garantizar tales prestaciones.

La lógica subyacente en esta forma de legislar supedita los “principios de justicia social”, a conceptos restringidos de equidad, interés general sobre el particular y sostenibilidad, lo cual genera escenarios de “progresividad” en la actualización del POS, en función de los recursos disponibles, tal como se postuló en el año 93 frente a la unificación de planes de beneficios.

En pocas palabras, el Estado no hace un análisis de los recursos necesarios para garantizar los

⁹ Acto Legislativo número 016 de 2010 “Por el cual se establece el derecho a la sostenibilidad fiscal para alcanzar los fines del Estado Social de Derecho”, Ley Estatutaria en Salud y Ley Ordinaria en Salud.

¹⁰ Ver, Sentencia C-993 de 2004.

derechos ni cuestiona la equidad tributaria o la eficacia del gasto, como prerequisites para crear las condiciones que garanticen tales recursos, sino que por el contrario plantea que el estado de cosas ha alcanzado su límite.

De esta forma el eje de la reforma se centra en resolver cómo financiar y delimitar un Plan Obligatorio de Salud “sostenible”. Así en la explicación de motivos planteado en el proyecto de ley ordinaria¹¹ en el capítulo de financiamiento, se deja en claro que el “*objetivo principal del Sistema de Seguridad Social en Salud consiste en incrementar el bienestar de los individuos a través de la prestación de servicios*”, con lo cual se deja en evidencia la concepción y preeminencia otorgada al modelo médico asistencial. Se aclara además que “... *no obstante, el cumplimiento de este objetivo está sujeto al hecho de que el sistema sea financieramente sostenible ya que es la única manera de garantizarles a los colombianos el goce efectivo del derecho a la salud*”, manteniendo la justificación conceptual para delimitar el derecho a la salud.

Se restringe el derecho a la salud a la *prestación de servicios de salud* o peor aún a un *plan de beneficios y prestaciones costo-efectivas*. Esto equivale a supeditar a la capacidad económica de las personas el Derecho a la Salud, desconociendo la responsabilidad prevalente del Estado en la modificación de los determinantes sociales de salud.

1.3 Insostenibilidad del actual Sistema de Aseguramiento en Salud

El modelo de aseguramiento vigente, que se pretende profundizar en los proyectos de ley presentados, ha generado una serie de dinámicas que lo hacen financieramente inviable:

a) Es claro que el diseño original planteaba un esquema donde el principio de solidaridad hacia el régimen subsidiado derivaba de la “cofinanciación” que haría el régimen contributivo. No obstante, 17 años luego de la reforma, las evidencias indican que la estructura macroeconómica y laboral del país no permite mantener dicho modelo. Para hacer viable este diseño, como mínimo el 70% de la población afiliada requeriría estar en el régimen contributivo. No obstante la volatilidad del mercado laboral colombiano, aunado a las condiciones de precarización y flexibilización laboral, y las altas tasas de desempleo, subempleo e informalidad laboral, conduce a que solo el 40% de la población llegué al régimen contributivo;

b) El sistema ha impuesto unos costos que la sociedad ha debido asumir para implementar las políticas de focalización e identificación de beneficiarios de subsidios, o aquellos relacionadas con la “verificación de derechos”, identificación de evasión o elusión, sobrecostos por acciones judiciales, costos de no producción por incapacidades o sobrecostos de atención médica generadas en secuelas relacionadas por demoras en tratamientos, los cuales terminan siendo más altos que el costo final de garantizar el derecho pleno a las necesidades en servicios de salud de la población. En suma, para la sociedad se-

ría más económico y aportaría más al desarrollo de la Nación que todos sus habitantes, por su simple condición de ciudadanos tuvieran acceso y derecho automático a la salud y gozaran de buena salud o, en otras palabras es muy probable que sea más costoso identificar pobres y restringir los tratamientos que prestar oportunamente los servicios de salud;

c) La sostenibilidad financiera queda cuestionada en la actual propuesta de reforma presentada por el Gobierno en tanto no se soporta en un estudio técnico serio que identifique los recursos requeridos en el Sistema en el mediano y largo plazo, teniendo presente, entre otros:

- Las disposiciones emanadas en la Sentencia T-760 del 2008 (igualación y actualización de planes de beneficios).

- No evidencia ni soporta las metas de progresividad y las brechas actuales frente a las necesidades en salud, a la luz de la suficiencia de fuentes de financiación y distribución de recursos propuesta.

- Los cambios en el perfil epidemiológico o la carga de enfermedad futura asociadas a la transición en la estructura demográfica.

- Los costos de nuevas tecnologías requeridas o los requerimientos de actualización del talento humano.

- La inversión requerida para el cierre de las brechas en salud entre regiones del país.

- No apunta a solucionar los problemas financieros y del modelo de salud en búsqueda del impacto en salud pública y mantenimiento de la salud, sino que por el contrario, termina siendo funcional a la perpetuación de un modelo que se restringe a la atención de la enfermedad.

Es evidente que el modelo mismo genera su inviabilidad. En contraste, en otros países se ha demostrado que para garantizar el derecho a la salud no se necesita siempre aumentar los recursos económicos.

En este sentido, a pesar de que Colombia ha apostado a un modelo de aseguramiento y que el éxito del mismo se ha planteado merced a la universalización de la cobertura, es evidente que el país presenta en el contexto internacional un rezago importante en resultados, a la luz de los principales indicadores de salud pública, tal como se muestra en el Anexo.

Aunque es cierto a nivel internacional, que el aumento progresivo de los costos, en los servicios médicos y/o la incorporación de nuevas tecnologías han presionado un incremento persistente de la inversión en salud –como porcentaje del PIB–, un análisis profundo de los resultados (Ver tablas anexas) indica también que no siempre a más recursos mejores resultados.

Desde este punto de vista, países como Brasil, Canadá o Costa Rica, en los que el modelo se basa en un sistema de aseguramiento público, han logrado tener resultados ostensiblemente superiores a países como Estados Unidos, que se soportan en modelos de aseguramiento operados por actores privados, que supeditan la atención a la capacidad de pago y a coberturas explícitas en un plan de beneficios, tal como se plantea en la propuesta de reforma actual.

¹¹ Informe para primer debate en las Comisiones Séptimas Conjuntas del Proyecto de Ley Ordinaria en Salud.

1.4 Conclusión

Los proyectos de reforma al sistema de salud, han identificado erróneamente los problemas a resolver en el desarrollo de la política pública y por lo tanto la propuesta no corresponde a los objetivos que se requieren para mejorar las condiciones de salud de los colombianos. El problema no debe centrarse solo en la viabilidad financiera del sistema, el problema es la concepción del modelo de salud y de las relaciones de mercado mediadas por lucro entre los agentes. Por lo tanto lo que se requiere es una reforma estructural del sistema. El proyecto de reforma (Ley Ordinaria) no ataca el fondo del problema, por el contrario de ser aprobado perpetuará la crisis de la salud que se ha venido presentando en los últimos 10 años.

PARTE 2

PORQUE LAS ACTUALES REFORMAS PLANTEADAS POR EL GOBIERNO NACIONAL NO VAA RESOLVER LA CRISIS DE LA SALUD EN COLOMBIA

2.1 Se construyen nuevos contenidos para principios constitucionales y éticos con el objeto de legitimar un Modelo que va en contravía de los derechos¹²

El debate en Políticas Públicas garantes de los derechos, es en primera instancia ideológico, de valores y de conceptos. Para los intereses de los grupos empresariales del aseguramiento en Colombia, es necesario hacer pensar que se avanza en relación con las exigencias del marco constitucional y las aspiraciones de los ciudadanos. Dos mecanismos son usualmente utilizados en esta dirección: se manipula la información en la forma de verdades a medias o bien se construyen nuevos significados para principios incuestionables.

Universalidad: Pasa de ser un principio ordenador en política pública que materializa la idea de igualdad de las personas en relación con la posibilidad de acceder a un bien o servicio necesario para garantizar la vida con dignidad, y se reduce a la aspiración de ampliar la cobertura a través de la carnetización. Adicionalmente, en la ley ordinaria unificada, la universalidad se plantea como aspiración supeditada al monto de los recursos existentes, manejando la idea de que siendo éstos insuficientes la universalización es una aspiración de difícil materialización o en el mejor de los casos supeditada a una progresividad, que en la práctica aplaza la universalización hasta el 2015. Paradójicamente, se acepta la idea de que el negocio de la salud es un negocio lucrativo, hecho que se ratifica al verificarse que las EPS aparezcan dentro de las 100 empresas más rentables. Entonces, ¿hay o no hay recursos? ¿hay recursos para rentabilidad y lucro pero no para incluir a todos en igualdad de condiciones?

Equidad, deja de ser un imperativo mediante el cual se reconoce y responde a cada quien según su necesidad y se ofrece una respuesta acorde con la especificidad de los sujetos y los grupos, para

transformarse en un principio que pregona el sacrificio individual cuando este puede afectar el interés grupal, lo cual valida en últimas una especie de selección natural y cierra la puerta a cualquier principio de solidaridad, que en el caso de la protección social no se define en un plano ético o filosófico, sino que tiene razón de ser en la elemental idea de que al garantizarle a otros estoy garantizando para mí.

Lo anterior es evidente, en el articulado del proyecto de ley ordinaria, se reduce el concepto de equidad “*al acceso del Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago*”, pero limitado o condicionado a la idea de “*evitar que prestaciones individual es pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población*”.

Solidaridad, principio en conexión con el de equidad en el sentido de reconocer ya no solo la necesidades sino las diferentes condiciones de aporte de los sujetos en la sociedad y que, adicionalmente, es pilar en términos de sostenibilidad de los sistemas de protección social, en la medida que garantiza a los individuos y sus familias, una vida con seguridad ante las contingencias. Sin embargo, hoy se promueve la idea de que cada quien debe hacerse responsable de sus problemas de salud, en tanto no es posible asumir colectivamente una respuesta a las necesidades de cada quien, máxime cuando se asume que la enfermedad es el resultado de acciones y actitudes individuales, por las cuales el colectivo no tiene por qué hacerse cargo. Cada quien accede a la mercancía según su capacidad para pagar por ella, por tanto muchos asumen como natural que los pobres tengan salud para pobres y los ricos para ricos. Se naturaliza entonces una condición generalizada de inseguridad, particularmente entre quienes no tienen capacidad de responder individualmente a los riesgos de la enfermedad, la incapacidad y la muerte.

En la práctica el gobierno niega la solidaridad al proponer, en la ley ordinaria, que el 1,5% de la cotización del Régimen Contributivo que se destinaba para financiar el Régimen Subsidiado se destine a la subcuenta de compensación del Fosyga, como recursos adicionales para financiar el Régimen Contributivo sin garantizar dicho recursos al Subsidiado.

Integralidad a pesar de ser definido en la propia Ley 100 de 1993 como “la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población”, este concepto es limitado en las actuales propuestas de reforma en salud a los cada vez más reducidos contenidos del Plan Obligatorio de Salud e incluso eliminado en el Proyecto de Ley Estatutaria en Salud.

2.2 Se mantiene y profundiza la estructura que da pie a la crisis del sistema en términos de resultados en salud y financieros

a) Preponderancia de las aseguradoras

Un rápido análisis de la situación financiera del actual SGSSS, se podría caracterizar por las si-

¹² Varios de los planteamientos se soportan de las memorias y discusiones de los congresos y foros realizados desde el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social –MNSSS–.

guientes afirmaciones, tomadas de la presentación que el economista Gilberto Barón¹³:

- Estancamiento relativo de la afiliación y cobertura del régimen contributivo frente a una mayor presión de gasto (especialmente No POS desde 2005).

- Rápido aumento en cobertura del régimen subsidiado frente a restricción de recursos especialmente para pago de lo no POS por parte de las Entidades Territoriales (Departamentos) durante 2002-2009.

- Principales manifestaciones críticas:

- Deudas acumuladas del sistema con los distintos agentes: EPS, hospitales (red pública).

- Deterioro creciente de las finanzas de los entes territoriales (departamentos). Declaración gubernamental de situación de urgencia en noviembre de 2009.

- Aumento de tutelas y recobros desde 2005 (muy significativo en 2009).

- Crecimiento significativo de servicios y medicamentos no POS de los regímenes contributivo y subsidiado (especialmente en 2005-2007).

- Alto desempleo e informalización del mercado laboral desde fines de los 90: causa del estancamiento del régimen contributivo y de las dificultades de la cuenta de compensación del Fosyga.

- Restricciones fiscales.

- Fragmentación de recursos y de poblaciones

Esta rápida caracterización, tiene como una de sus causas fundamentales, que el SGSSS de la Ley 100 de 1993 y la 1122 de 2007 han generado que las aseguradoras tengan una gran capacidad de negociación¹⁴ y que dada la ausencia de mecanismos regulatorios, estas capturan rentas a costa del sistema de salud llevándolo a que sea insostenible, con el agravante que las iniciativas de la ley ordinaria no plantea soluciones de fondo a esta problemática, Veamos:

- Actúan como recaudador general de las cotizaciones del sistema, por lo tanto tienen mayor discrecionalidad sobre los flujos de recursos y los pagos.

- Han construido su propia red de prestadores de servicios de salud, con entera libertad en el régimen contributivo y con algunas restricciones en el subsidiado.

- Controlan la información de entrada sobre los afiliados al sistema y mantienen la mayor interacción con el afiliado.

- Hay fuertes incentivos para que las EPS realicen integración vertical entre aseguradores y prestadores, han seleccionado los servicios más renta-

bles en dicha integración, con ello logran ampliar mercados y maximizar la rentabilidad¹⁵.

- Las EPS han conformado grupos empresariales para el manejo de los mercados farmacéuticos, tecnología médica, insumos, proveedores de servicios y el mercado de aseguramiento, adicionalmente tienen la capacidad de afectar los mercados de educación y laboral del sector salud.

- Además del nicho de mercado propio del aseguramiento (régimen contributivo, subsidiado y planes complementarios), las aseguradoras han generado captura de rentas inmerecidas en temas como los recobros al Fosyga, los rendimientos financieros por demora en el pago a proveedores de servicios de salud y las diferencias en las bases de datos entre afiliados reconocidos y pagados con la UPC del subsidiado y los efectivamente carnetizados.

En el SGSSS las aseguradoras imponen reglas de juego con el objeto de generar rentas, lo que les ha permitido acomodarse en el “mercado de la salud”, que se caracteriza por escasos mecanismos regulatorios.

Es común que las aseguradoras propicien mecanismos de contención de costos que ha afectado a los ciudadanos, quienes tienen que lidiar con barreras de acceso a los servicios de salud y de otra parte han propiciado que los hospitales públicos y privados, se desfinancien y en el caso de las Empresas Sociales del Estado, entren en la tercerización de sus servicios.

Las aseguradoras al generar mecanismos de contención de costos, en teoría harían más eficiente el sistema, sin embargo dicha contención de costos no beneficia al sistema, si no que es apropiado por estos actores para su propio beneficio. A pesar de ello, la Ley Ordinaria, concibe la eficiencia del sistema, como la racionalización de la utilización de los servicios por parte de los afiliados, mas no realiza propuestas de fondo para evitar que dicha contención de costos sea apropiado en forma de mayor rentabilidad para las EPS, la industria farmacéutica y de tecnología biomédica, entre otras.

Sumado a lo anterior la ley ordinaria al delimitar el derecho a la salud a una canasta de bienes y servicios (plan de beneficios) genera que muchas necesidades de servicios en salud queden excluidos, por lo que el ciudadano tendrá que optar por vía de gastos de bolsillo por otras modalidades de aseguramiento, como los seguros voluntarios, lo cual ampliaría los mercados donde las aseguradoras podrán seguir imponiendo sus reglas de juego.

A pesar que la Ley Estatutaria-Ordinaria de salud elimina la posibilidad de los recobros, es decir

¹³ Gilberto Barón L. Segundo Seminario Internacional en Protección Social “Retos financieros del sector salud y perspectivas del sistema tras la emergencia social”, Universidad Santo Tomás, Bogotá, mayo de 2010.

¹⁴ Ministerio de la Protección Social. “Precios y contratos en salud, estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos”, marzo de 2008.

¹⁵ Mediante la integración vertical de hospitales, laboratorios, farmacias, lavanderías, transporte, mantenimiento, vigilancia, etc. Las EPS contienen sus costos, regulan internamente sus precios y obtienen importantes márgenes de utilidad en cada uno de los servicios. Tales condiciones distorsionan el costo real del servicio recibido por el usuario y aumentan la ineficiencia del sistema. (Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia, comunicación a la Corte Constitucional 2010).

que todas aquellas actividades¹⁶ que estén por fuera del plan de beneficios no podrán ser provistos por las aseguradoras contra recursos del Fosyga; ello no niega la posibilidad que este conjunto de acciones las realicen las aseguradoras contra el valor de las pólizas de los seguros voluntarios. Esto deja abierta la posibilidad de sobrecostos por parte de las aseguradoras en el contexto de los seguros voluntarios.

La capacidad de las aseguradoras de capturar rentas inmerecidas, no es claramente restringida en el articulado propuesto, pues se sigue acentuando el rol de las EPS (aseguradoras) como recaudador general de cotizaciones en el contributivo, no se afecta ni regula la integración vertical (más allá de lo propuesto en la Ley 1122 de 2007), dado que no se crean mecanismos regulatorios de fondo en el proyecto de ley mencionado.

Finalmente tampoco se crea un sistema de sanciones o mecanismos de control efectivos tanto al Fosyga como a las EPS, por incumplimientos con los términos de pago - flujo de recursos, a los diferentes agentes del sistema. No se aborda la contradicción de mantener la liquidez del sistema vs la prevalencia de las rentas por inversión de los dineros públicos.

En conclusión, la ley ordinaria se centra en el esquema de la UPC, se trata entonces, de garantizar la sostenibilidad microeconómica de los aseguradores y no de la sostenibilidad global del sistema. Por el contrario, creemos que es necesario, diseñar un sistema integral de seguridad social en salud que sin negar el derecho a la salud garantice mecanismos de racionalidad en los costos eliminando la intermediación.

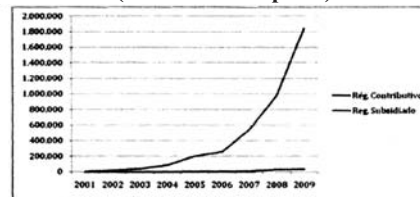
b) Aumento exponencial de costos

El sistema de salud colombiano se ha caracterizado por un aumento de los recursos económicos lo que fortaleció el mercado del aseguramiento y por esa vía se han favorecido determinados grupos empresariales, sin que ello signifique la mejoría de la salud de la población¹⁷. Gran parte de esos ingresos se han destinado a cubrir el crecimiento exponencial de los costos, especialmente de los últimos 10 años, como consecuencia de la negación de servicios a los afiliados por parte de las EPS y la realización de Recobros. En el año 2009 el crecimiento de los costos vía RECOBROS, que realizaron la EPS al Fosyga (especialmente del Régimen Contributivo) implicó 1,8 billones de pesos, con una tendencia a aumentar en el 2010, lo cual por sí solo ya implica una inviabilidad financiera para el SGSSS.

¹⁶ Insumos, procedimientos, medicamentos y actividades que no hagan parte del conjunto de prestaciones explícitas, exigibles, y necesarias para garantizar la vida y la salud de los afiliados.

¹⁷ “El incremento de los recursos en salud, especialmente en los primeros años de la reforma colombiana, no se ha reflejado en un mejoramiento en los indicadores de mortalidad evitable. Colombia ha mantenido un nivel de gasto público en salud relativamente comparable con el observado en otros países de América Latina de igual nivel de desarrollo. Sin embargo, no se ha traducido en resultados de salud, similares o superiores a los registrados en estos países”. (Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia, comunicación a la Corte Constitucional 2010).

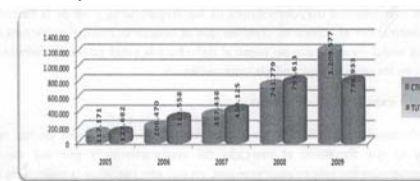
Figura 1
Recobro por servicios y medicamentos NO POS
(en millones de pesos)



FUENTE: Gilberto Barón L. Segundo Seminario Internacional en Protección Social "Retos financieros del sector salud y perspectivas del sistema tras la emergencia social", Universidad Santo Tomás. Bogotá, Mayo de 2010

Este crecimiento atípico de los recobros, no se relaciona precisamente con cambios en el perfil epidemiológico de la población del régimen contributivo, o en el aumento de las patologías de alto costo, su origen se debe a que los aseguradores han propiciado dichos recobros, en principio a través de incentivar las tutelas (tanto de acciones POS como de acciones No POS) y posterior a la Sentencia T-760 de 2008 a través de los CTC. (Ver Figura 2).

Figura 2
Crecimientos de los recobros vía tutelas
y Comités Técnico Científicos



FUENTE: Ministerio de la Protección Social. Sostenibilidad del Fosyga (subcuentas de compensación, solidaridad y promoción). Balance global de compensación y ajuste de la UPC 2010. : Gilberto Barón L. Segundo Seminario Internacional en Protección Social "Retos financieros del sector salud y perspectivas del sistema tras la emergencia social", Universidad Santo Tomás. Bogotá, Mayo de 2010

Que la mayoría de los recobros, vía tutela, se realice por acciones contenidas en el POS¹⁸, significa que el sistema de salud está pagando por el mismo cubrimiento de este plan de beneficios, en dos ocasiones, es decir, además del costo vía pago de la UPC (Unidad Per Cápita) se paga adicionalmente vía recobros. Este incremento de las tutelas y de los recobros se explica por el abuso de las EPS y a la ineficiencia en las funciones de inspección, vigilancia y control¹⁹. Al doble pago de la

¹⁸ Estudios de la Defensoría del Pueblo. "La tutela y el derecho a la salud". Se ha publicado cuatro estudios: Periodo 1999 a primer semestre de 2003; Primera actualización 2003-2005; Segunda actualización periodo 2006-2008 y Tercera actualización periodo 2009".

¹⁹ El análisis de la Contraloría General de la República indica que existe una marcada tendencia de recobrar recursos diferentes a los cubrimientos incluidos en la Unidad de Pago por Capitación -UPC-, lo que hace presumir que se niegan procedimientos o medicamentos para obtener recursos adicionales del Fosyga y no necesariamente significa que se esté mejorando la calidad en la atención de los pacientes o que se haya logrado disminuir la ocurrencia de enfermedades comunes, sin mencionar que las EPS reciben un porcentaje del sistema para la política de Promoción y Prevención en Salud, que no se ve reflejado en atención adicional (como exámenes de diagnóstico, de laboratorio y otras) al paciente para que se prevenga la ocurrencia de patologías prevenibles". Informe de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral, Modalidad Especial", julio de 2007, elaborado por la Contraloría General de la República.

gran mayoría de las tutelas, se suma el fenómeno que muchos de los recobros se realizan por medicamentos, insumos y procedimientos con libertad de precios, ello ha generado que las aseguradoras²⁰ cobren al Fosyga estas acciones a precios desorbitantes. Todo esto explica por qué el crecimiento de los costos es exponencial.

A esta cadena de sobre costos del sistema, generados por las aseguradoras, se suma el presunto acuerdo entre las EPS relativo a la negación de servicios, aunado a un presunto acuerdo que limita la transparencia en la información que es suministrada por las EPS a los entes reguladores y un tercer acuerdo entre ellas que tendría por objeto fijar indirectamente el valor de la UPC y los recobros ante el Fosyga²¹.

La mayor parte del crecimiento de estos costos se debe a los medicamentos y dispositivos médicos por mecanismos tales como la propiedad intelectual que justifica las marcas, las patentes y la protección de datos de prueba, promovidas en el Tratado de Libre Comercio.

En el país se da una guerra contra los medicamentos genéricos y a la vez el gobierno permite la libertad de precios (Circular 04 de 2006), la intermediación sin límites en la cadena de producción y distribución, y es usual la práctica de sobornos a los médicos, todo lo cual explica que en Colombia los medicamentos sean de los más costosos del mundo.

Incluso el mismo gobierno, reconoció en el texto de Emergencia Social (Decreto número 4975 del 23 de diciembre de 2009), lo anteriormente planteado:

“...se ha logrado evidenciar por una parte, que para algunos medicamentos el valor del recobro al Fosyga excede notablemente el precio de venta del laboratorio y, por otra parte, que en algunos casos, el número de medicamentos recobrados es superior al número de unidades oficialmente reportadas como vendidas por los laboratorios”.

Por ejemplo:

En el Boletín N° 44 del Observatorio de la Federación Médica Colombiana²² se resalta el hecho de que varias EPS (están listadas) efectúan recobros irregulares de medicamentos por un valor de quince mil millones de pesos al Fosyga. En esta ocasión se trata de los Factores Antihemofílicos VIII

y IX, es claro que estos fármacos se encontraban en la lista de Medicamentos incluidos en el POS (Acuerdo CRES número 9). El respectivo pago del Fosyga a las EPS significa la utilización indebida de los recursos parafiscales de la seguridad social, el enriquecimiento sin causa para quienes efectuaron los recobros, francas omisiones y descuidos de los auditores que verificaron estas cuentas, el derroche administrativo y la dilapidación de los recursos para los ordenadores de los pagos en el Fosyga y para los responsables en el Ministerio de la Protección Social.

La ley ordinaria en relación a medicamentos-industria farmacéutica y tecnología biomédica se centra en proponer que el Ministerio de la Protección definirá una política farmacéutica y de dispositivos médicos, en la creación de una Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMD), en la negociación de medicamentos y dispositivos, en la garantía de la competencia y en la conformación de un instituto de evaluación tecnológica en salud.

Como quedó claro en el anterior ítem, se considera que uno de los problemas más serios, está en las relaciones entre la industria farmacéutica y los agentes de aseguramiento en un contexto de ausencia de regulación del Estado, adicionalmente la relación de dicha industria farmacéutica y los médicos, pero esto no se enuncia ni asume en la ley ordinaria.

En cuanto a una política farmacéutica y de dispositivos médicos, no tiene sentido simplemente que en la ley se enuncie como algo a desarrollarse por el ministerio. Es función del ministerio definir políticas en general en salud y en medicamentos. Ya existe una política farmacéutica promulgada en 2004, poco se ha cumplido y no por falta de leyes sino de voluntad política. El documento de política farmacéutica se encuentra en la página en internet del MPS.

Lo más importante en un Sistema Integral de Seguridad Social y de Salud, respecto a los medicamentos, es dejar establecido que dichos medicamentos no son mercancías como las demás. Considerar al medicamento como un bien meritorio, como el principal recurso para recuperar la salud, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida. En consecuencia el Estado no solamente podría sino que debería intervenir para regular su producción y comercialización, su calidad, su uso y su mercado. Esta “facultad” de intervención permite tener una base regulatoria, a la “libertad de empresa”, a la libre competencia y al derecho al lucro, un bien superior que es el bien social. Por ejemplo, prohibir el mercadeo y toda forma de publicidad.

Si la organización de un sistema de salud define a los medicamentos, los insumos y en general la tecnología biomédica como simples mercancías, se naturaliza que dado que se requiere capital para su producción, distribución y venta se deben generar excedentes, bajo una lógica de eficiencia financiera, adicionalmente se naturaliza que los excedentes en la producción de bienes y servicios sean apropiados en la forma de lucro y se ha desestimado la posibilidad de la apropiación de los excedentes

²⁰ Las EPS no compran directamente los medicamentos a los laboratorios, esto lo hacen a través de operadores logísticos, que en muchos casos son empresas que pertenecen al mismo dueño, es decir, aunque son personas jurídicas completamente diferentes, pertenecen al mismo grupo económico, por ejemplo y por citar unos, en el caso del grupo Saludcoop está Epsifarma, en el caso de Sánitas es Farmasánitas, en el caso de Salud Total su intermediario es Audifarma, etc.; en otros casos (y en especial para las EPS de régimen subsidiado) sus gerentes tienen intereses particulares en los operadores logísticos que hacen la compra a los laboratorios.

²¹ Resolución número 10958 del 6 de marzo de 2009, por medio de la cual se abre investigación a 16 EPS agremiadas en ACEMI por presuntas conductas anticompetitivas. Superintendencia de Industria y Comercio.

²² Boletín 44 del Observatorio del Medicamento de la Federación Médica Colombia. Noviembre de 2010.

como riqueza colectiva, es decir de naturaleza pública, que debe ser reinvertida en la propia producción de la salud.

c) El Costo Social de la Intermediación

Para muchos expertos de sistemas de salud, los recursos del sistema de salud son suficientes, pero falta una mejor administración, racionalidad y control de los mismos. En tanto el sector privado es quien logra que haya excedentes, los mismos dejan de ser de todos y por “legítimo derecho” pasan a ser del sector privado²³. En este marco, toda medida por el incremento de los recursos en salud puede ser perdida si dicho incremento cae en las manos de la intermediación. De ahí que un tema central es **la permanencia de esta figura en el sistema.**

d) El control de costos en la reforma implica una reducción de los derechos de los ciudadanos para acceder a la salud

Ante la solicitud de servicios de salud, por parte de un ciudadano, es frecuente largas listas de espera, oportunidades de cita a varios meses, incluso se evidencia cierres parciales o definitivos de servicios de salud vitales, en los hospitales, como consecuencia del no flujo de recursos económicos a estas entidades. Adicionalmente es frecuente el no suministro de medicamentos y es norma que el ciudadano que requiera servicios tenga que trasladarse a diferentes sitios, para tratar de obtener acceso a los servicios, pues no se garantiza la integralidad y continuidad de los mismos. A nombre de la sostenibilidad las aseguradoras ejercen contención de costos que implican negación o postergación de los servicios de salud, más conocidos como barreras de acceso, todo esto en un marco de nula regulación.

De otra parte los proveedores de salud (ESE, hospitales, clínicas - IPS) tienen que, prestar los servicios de salud en condiciones de iliquidez y crisis, lo cual genera altos riesgos para los pacientes, las entidades y los trabajadores del sector.

Es contradictorio que el sistema de salud colombiano haya generado muchos recursos económicos para la financiación del SGSSS, pero al mismo tiempo exista escases de recursos por el crecimiento exponencial de los costos²⁴. Ante esta realidad la ley ordinaria en salud pretende poner límites al gasto en salud racionalizando costos, prin-

cipalmente limitando y recortando la prescripción de servicios médicos y de medicamentos.

La exclusión de actividades del plan de beneficios, al no ser garantizadas por el estado, significa que los ciudadanos sin capacidad de pago, no tendría garantizando el derecho a la salud. Se afirma en la ley estatutaria:

“No habrá lugar a recobros”; “evitando que prestaciones individuales pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población”; “las prestaciones que reconoce el sistema no podrán exceder los recursos destinados por la ley para tal fin”. “Los afiliados y beneficiarios deberán asumir, así sea en mínima parte, el costo del servicio de salud que reciben, con las excepciones que establezca la ley”

La ley ordinaria detalla los mecanismos burocráticos para la “aprobación” de una prestación no incluida en el POS, al hacer valorar dichas solicitudes, en primera instancia de los CTC de las EPS y en segunda instancia a través de la Junta Técnica-Científica de pares que se conformará en la Superintendencia Nacional de Salud. Es claro que la “aprobación” de la prestación está condicionada a la disponibilidad de recursos.

En esta misma línea el debate sobre la implicación de las tutelas en la sostenibilidad financiera y la pretensión de la ley estatutaria - ordinaria de negar el rol de las tutelas en el sistema de salud, no es otra cosa que la supremacía del interés del lucro sobre la garantía del derecho o la supremacía del interés económico sobre lo que es justo por ley.

Se ha demostrado que el sistema de salud actual y las reformas que se proponen:

- No cumplen las sentencias de la Corte Constitucional.
- No mejorará los indicadores de política pública en salud en el país.
- Es financieramente inviable o por lo menos no se demuestra cómo puede ser viable.
- Reduce los derechos fundamentales de los colombianos y colombianas.
- No se realizó consulta previa para las minorías.

e) De la Atención Primaria en Salud y el Papel de los Entes Territoriales

Al analizar los alcances que el Gobierno Nacional da en el proyecto de ley ordinaria a la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), debemos advertir que persiste una visión restringida frente a esta estrategia, a la luz de la evolución misma de este concepto y las implicaciones de su operacionalización, tal como ha sido concebido por la Organización Mundial de la Salud, en lo que ha llamado “APS Renovada”.

En primer lugar, el proyecto concibe y restringe la implementación de la APS como el reordenamiento en la prestación de servicios de salud, a cargo de las aseguradoras²⁵. Muy por el contrario,

²⁵ Que la APS sea implementada por las EPS generaría otro nicho de mercado para las aseguradoras, las cuales las asumirían como una estrategia de contención de costos que les permitiría capturar rentas adicionales.

²³ Evidencia de la capacidad de lucro en el mercado de aseguramiento para la provisión de servicios de salud es presentada en el estudio de cuentas de salud que revela que un 30% de los recursos de salud se quedan en la administración de la intermediación que hacen las aseguradoras (BARON, 2007), lo que se refleja en el rápido crecimiento del patrimonio de las EPS que pasó de \$531.089 millones en marzo de 2007 a \$574.613 millones a igual período del año 2008. En contraste, las EPS, lejos de “asegurar el riesgo financiero” lo que han hecho es colocar en grave riesgo a los hospitales y así lo reconoce el Ministerio Público al denunciar que “adeudan a la red pública de hospitales 3,5 billones de pesos” (*El Tiempo*. Septiembre 28 de 2010).

²⁴ “Por los costos de intermediación, el costo de la corrupción, el valor de los medicamentos y la tecnología médica en un mercado controlado por la integración vertical de las aseguradoras y las debilidades del Estado en las medidas de control y sanción” (Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia, comunicación a la Corte Constitucional 2010).

la verdadera APS renovada se entiende como una estrategia que debe encabezar el Estado, para la implementación de políticas públicas saludables operadas intersectorialmente.

Lo que evidenciamos en la propuesta de ley ordinaria es que se minimiza el papel del Estado y los actores de gobierno en el papel de rectoría territorial para la implementación de la Estrategia de APS renovada²⁶. Si bien, se configuran algunas instancias a nivel nacional y territorial, un análisis del ordenamiento propuesto evidencia la precariedad en las reglas de juego e interacciones entre actores, con lo cual fácilmente se deduce que en verdad no habrá un rol eficaz por parte del Estado para liderar la estrategia de APS.

En segundo lugar, la revisión integral del proyecto de ley, deja en evidencia que incluso en el componente de prestación de servicios de salud, se mantiene un esquema donde se equipara la “Atención Primaria” al “Primer nivel de Complejidad”, no abordando los atributos esenciales de la estrategia, tales como la integralidad y la longitudinalidad de la atención e incluso restringiendo los recursos necesarios para el ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública y de la promoción de la salud.

Una adecuada concepción de la Atención Primaria Integral en Salud (APIS), implica concebirla como una estrategia transversal del sistema de salud que lo orienta hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, por medio de la garantía de la mayor accesibilidad, oportunidad, disponibilidad e integralidad de los acciones y servicios de educación, protección específica, prevención, tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad, con intervenciones y acciones para afectar los determinantes sociales de las inequidades en salud, y con la máxima participación efectiva de las personas y comunidades. La APIS es la puerta de entrada al sistema de servicios de salud y, al mismo tiempo, articula los servicios de salud a las acciones transsectoriales y a la participación social efectiva para el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones.

Una verdadera implementación de esta estrategia, implicaría reconocer la responsabilidad primaria de los gobernantes locales y el papel de la autoridad sanitaria territorial en el proceso de direccionamiento estratégico y coordinación de los actores sectoriales y extrasectoriales, generar verdaderos espacios para permitir la participación social efectiva y establecer reglas claras a través de las cuales se racionalice e integren los equipamientos públi-

co –privados mediante adscripción de población a territorios y equipos de salud a los territorios– poblaciones, de modo tal que se logre un modelo que apunte al abordaje integral de los determinantes sociales de la salud.

Por las consideraciones expuestas, reafirmamos que el proyecto de ley ordinaria presentado, desconoce los elementos estructurales para la implementación de la Atención Primaria en Salud Integral, haciendo de este un esquema reduccionista que llevara a que los profesionales de la salud sigan asumiendo un rol asistencialista y limita la capacidad de los actores para afectar real e integralmente los determinantes sociales de la salud.

La APIS como estrategia depende elementos estructurales del sistema, en particular se requiere que el sistema garantice la universalización, la APIS es inviable en un contexto de políticas de focalización. Adicionalmente la segmentación de la población y de los grupos familiares para la provisión de servicios (distintas aseguradoras para los diferentes miembros de una misma familia) o diferentes prestadores, no posibilita la integralidad y a la larga no permita que opere la APIS. En tercera instancia la gran debilidad en la rectoría y regulación, no permite articular los diferentes actores del sistema, para el cumplimiento de metas de salud y de acciones integrales.

f) Red Hospitalaria: Proceso de privatización del hospital público

De acuerdo a la información del Ministerio de la Protección Social, las EPS le deben a la red de prestadores de servicios tres y medio billones de pesos. (*El Tiempo*, 2010) por su parte, la Asociación Colombiana de Empresas Sociales de Estado y Hospitales Públicos ACESI y la Federación Médica Colombiana, reportan que los entes territoriales además le deben ochocientos mil (800.000) millones a las ESE; esto sin contar lo correspondiente a las glosas de cuentas que les deben a los hospitales y clínicas, las cuales ni están contabilizadas ni provisionadas contablemente. Por lo que en conjunto, estos entes, apalancados en el control financiero del Sistema, le deben a la red de servicios de salud de hospitales y clínicas una cifra superior a los cinco (5) billones de pesos. Lo anterior, nos lleva a la conclusión que las EPS deben a sus proveedores cifras que colocan a muchas aseguradoras en causal legal de liquidación inmediata. Este esquema es lo que pretende profundizar el Gobierno Nacional, en lugar de proceder a intervenir a dichas EPS, liquidarlas y proceder a modificar la estructura del Sistema. (Fernández, 2010).

Esta realidad del SGSSS genera un estado de fragilidad de una gran parte de los prestadores, en especial los hospitales públicos. Dado que la Ley 100 no diseñó un pagador único, las ESE y los hospitales, en la práctica, tienen que consultar hasta siete bases de datos diferentes para comprobar que tipo de afiliado es, además de someterse a una compleja ruta de pasos burocráticos a fin de pedir autorizaciones, verificar derechos, armar cuentas, enfrentar glosas, mecanismos de dilatación y negación de pago, de los diferentes actores de mercado, todo lo cual debilita su estructura financiera.

²⁶ (...) en materia de salud los entes territoriales quedaron atrapados en la contratación y la gestión financiera, en detrimento de funciones y competencias de vigilancia sobre el mercado de los servicios y de la planificación y control sanitario. El efecto neto de dicha medida ha sido que los organismos estatales de dirección se han centrado en la respuesta a los imprevistos del día a día, mientras las funciones de dirección, vigilancia y control pasan a un segundo plano, tal como lo sugieren las evaluaciones de las funciones esenciales de salud pública realizadas por la OPS, el Ministerio y algunos entes territoriales. (Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia, comunicación a la Corte Constitucional 2010).

A manera de ejemplo en el comunicado al Ministro de la Protección Social de octubre del 2010 ACESI manifiesta:

“La situación de la red pública requiere la implementación de medidas urgentes, máxime cuando se encuentra que el presupuesto de las ESES de baja complejidad, depende en un gran porcentaje (85%) de la operación del régimen subsidiado, por tanto, cuando encontramos que finalizado el mes de octubre, sólo se ha girado a 72 (7%) municipios de los 1032 lo correspondiente a los recursos de octubre- noviembre y más grave aún de los recursos del bimestre agosto septiembre faltan aún por girar 429 (39%) municipios, fácilmente se puede deducir la crisis que atraviesa la red pública del país, situación que de no encontrarse soluciones efectivas, antes de finalizar el año, tendremos varias instituciones cerradas y en riesgo de afrontar graves demandas por dificultades en la prestación de los servicios”.

El proyecto de ley ordinaria en salud, en lugar de fortalecer la red pública hospitalaria incentiva la operación externalizada de las Empresas Sociales de Estado (ESE), implica esto que conglomerados de empresas privadas de prestación de servicios asistenciales de salud operen servicios y áreas al interior de las ESE, generando riesgos en la integralidad, continuidad y calidad de los servicios.

g) Se justifica precarizar la condición de trabajo de los trabajadores de la salud, de toda escala y nivel

Como forma de aumentar el lucro del negocio, los gastos fijos representados en el salario de los trabajadores del sector han sido un aspecto nodal de control por parte de los capitalistas del sector. Así, propuestas como la Ley de Talento Humano en salud, la aprobación de las cooperativas y las formas de tercerización deben ser entendidas como estrategias para garantizar el abaratamiento de la mano de obra en el sector. Se minimiza el hecho de que un servicio de calidad requiere que el trabajador del sector cuente con las garantías necesarias para el desarrollo de una adecuada labor. Esto implica discutir temas como estabilidad laboral, salario, protección social, garantías para la calificación, entre otras.

PARTE 3

UNA REFORMA ESTRUCTURAL

Para cumplir con los mandatos del Estado Social de Derecho se requiere de una reforma estructural que no está representada en las reformas propuestas. Esta reforma debería estar guiada por los siguientes criterios:

a) Construir un nuevo sistema que entienda la salud como un derecho fundamental y como un bien público, con criterios de Universalidad, Integralidad y Equidad;

b) La salud y la seguridad social como un sistema integrado de protecciones sociales que materializan el acuerdo constitucional;

c) La salud y la seguridad social como derechos son para todos y todas, garantizando todo lo nece-

sario y reconociendo las necesidades y las posibilidades de cada quien. Por ende su garantía debe ser universal, integral y equitativa, reconociendo la pluralidad étnica y cultural y la interculturalidad, independiente de su capacidad de pago o de cualquier otra condición;

d) Por ser derechos, el Estado es el responsable de garantizarlos y organizarlos como bienes públicos;

e) El sistema debe desarrollar diferentes acciones, estrategias y programas en pro de la salud de los ciudadanos y para afectar los determinantes de las inequidades en salud. La atención primaria integral de salud debe ser la estrategia que oriente la reorganización del sistema de atención y gestión de salud dándole un carácter integral, intercultural, familiar y comunitario a sus acciones, propiciando la coordinación y continuidad de la atención y facilitando la acción intersectorial por la salud y la participación social;

f. El derecho a la salud de la población debe primar sobre los intereses económicos de las empresas, sobre todo cuando estas organizan conglomerados que participan en la producción y distribución de los insumos y recursos tecnológicos requeridos por el sector, desarrollando encadenamientos de la industria aseguradora comercial, la industria farmacéutica, la informática y la tecnología biomédica;

g) El financiamiento de la salud y la seguridad social será por vía de impuestos generales y contribución según capacidad, organizados en un fondo público nacional único. Este lineamiento implica una reforma que garantice equidad tributaria para que contribuyan más los que más tienen; garantiza que toda persona contribuya en la medida de sus posibilidades económicas, sin que dicha contribución pueda ser exigida como condición para el ejercicio de sus derechos; recupera los aportes de las transferencias y garantiza el pago de la deuda por parte del Estado por el concepto del *pari passu*;

h) Los recursos existentes en el sistema de salud alcanzan para sostenerlo si –y sólo si– se disminuyen los costos de intermediación financiera y de transacción entre los agentes y se destinan a la atención de los pacientes del sistema. La política de salud debe ser acorde al desarrollo de políticas sociales como la alimentaria, la educación, la de infraestructura, la de ambiente, entre otras, con lo que se puede garantizar al ciudadano el acceso a un sistema integral de calidad para preservar un buen vivir;

i) El médico y los demás profesionales de la salud no pueden ser agentes económicos del sistema. Debemos regresar la confianza que tenía la sociedad en los empleados del sistema de salud este proceso pasa por la articulación directa con los pensum académicos de las universidades y la creación de garantías para que los profesionales de la salud puedan ejercer plenamente su oficio en condiciones laborales dignas;

j) Se propone la incorporación en el sistema de salud de medicinas tradicionales y otras formas de atención de muy alta efectividad, que son el resultado de conocimientos ancestrales y milenarios de diferentes grupos sociales, mediante programas médicos, control efectivo a las patentes que se registran para uso medicinal, e investigación científica para la generación de medicamentos de alta efectividad y menor precio para los usuarios;

k) La participación ciudadana será vinculante a las decisiones del Sistema;

l) Por ser bienes públicos, el modelo se organizará en la forma de sistema único que integra la oferta pública y privada;

m) Condiciones de trabajo digno para los trabajadores del sector salud como pilar de la atención con calidad;

n) El nuevo modelo de salud y seguridad social debe contar con una política clara de ciencia y tecnología de la salud.

ANEXO

TABLA 1

Comparativo indicadores de salud de países según modelos de salud, 2008

Países y Territorios	Tasa de Mortalidad Menores de 5 años	Tasa de Mortalidad Infantil (x 1.000 NV)	Esperanza de Vida al Nacer (años)	Piensa Nacido a este peso (kg)	Tasa Bruta de Mortalidad	Tasa Bruta de Hospitali	Tasa Global de Fecundidad	Partos Atendidos y 100 Partos Calificados (%)	Tasa de Mortalidad Materna
Brasil	20	19	72	8	4	20	2,3	88	76
Canadá	6	5	80	4	7	10	1,5	98	-
Chile	9	8	78	4	5	15	1,9	100	17
Colombia (MPS)	21	17	73	9	4	18	2,3	88	78
Colombia (OMS)	28	25	71	7	4	10	2,1	99	36
Costa Rica	12	11	75	7	4	10	1,6	100	46,3
Cuba	11	9	76	5,1	7,7	10,7	1,6	100	46,3
Japón	4	3	83	4	9	7	1,3	100	8
Suecia	3	3	81	4	10	11	1,6	-	5
Suiza	5	4	81	4	8	7	1,4	-	3
Reino Unido	6	5	79	3	10	12	1,8	99	7
Estados Unidos	8	6	78	3	8	14	2,1	99	8

Fuente: Anuario Estadístico Internacional, 2009.
Información tomada de UNICEF, 2007. Estado Mundial de la Salud 2008

TABLA 2

Inversiones en salud como porcentaje del PIB.

AÑO	1995	2000	2005	2008
PAISES				
Brasil	6,7	7,2	8,2	8,4
Canadá	9,0	8,8	9,9	10,3
Chile	5,3	6,6	6,1	6,9
Colombia (MPS)				
Colombia (OMS) **	6,5	6,8	6,3	5,9
Costa Rica	6,5	6,5	7,3	8,2
Cuba	5,7	6,7	9,3	11,9
Japón	6,9	7,7	8,2	8,1
Suecia	8,0	8,2	9,2	9,1
Suiza				
Reino Unido	6,8	7,0	8,2	9,0
Estados Unidos	13,6	13,4	15,4	16,0

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Observatorio mundial de salud. Disponible en: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=7100#>

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Menores de 1 año por 1.000 NV

Años	1990	1995	2000	2005	2008
Países y territorios					
Brasil	46	36	28	22	18
Canadá	7	6	5	5	5
Chile	18	11	9	8	7
Colombia (MPS)	21	16	20	16	
Colombia (OMS)	28	25	21	18	16
Costa Rica	19	15	12	11	10
Cuba	11	9	6	6	5
Japón	5	4	3	3	3
Suecia	6	4	3	2	2
Suiza					
Reino Unido	8	6	6	5	5
Estados Unidos	10	8	7	7	7

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Observatorio mundial de salud. Disponible en: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=7100#>

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Menores de 5 años por 1.000 NV

AÑO	1990	1995	2000	2005	2008
PAISES					
Brasil	56	44	34	26	22
Canadá	8	7	6	6	6
Chile	22	13	11	9	9
Colombia (MPS)					
Colombia (OMS)	35	31	26	22	20
Costa Rica	22	17	13	12	11
Cuba	13	12	8	7	6
Japón	6	6	5	4	3
Suecia	7	5	4	3	3
Suiza					
Reino Unido	10	7	6	6	6
Estados Unidos	11	9	9	8	8

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Observatorio mundial de salud. Disponible en: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=7100#>

TASA DE MORTALIDAD MATERNA (x 100.000 NV)

AÑO	1990	1995	2000	2005	2008
PAISES					
Brasil	120 [77-180]	98 [64-150]	79 [52-120]	64 [42-96]	58 [38-87]
Canadá	6 [4-10]	7 [5-11]	7 [4-11]	12 [7-20]	12 [7-20]
Chile	56 [34-87]	40 [23-66]	29 [18-47]	26 [15-43]	26 [15-43]
Colombia (MPS)	87	63	105	73	
Colombia (OMS)	140 [130-160]	120 [100-130]	110 [97-120]	85 [74-94]	85 [74-94]
Costa Rica	35 [20-60]	42 [23-74]	41 [21-73]	43 [23-81]	44 [24-82]
Cuba	63 [46-86]	62 [45-85]	65 [45-92]	53 [36-76]	53 [36-76]
Japón	12 [10-15]	9 [8-11]	9 [8-12]	7 [6-8]	6 [5-8]
Suecia	7 [4-9]	5 [4-8]	5 [3-9]	4 [3-7]	5 [3-8]
Suiza					
Reino Unido	10 [9-12]	10 [9-12]	12 [10-14]	13 [11-14]	12 [11-14]
Estados Unidos	12 [11-14]	11 [10-13]	14 [12-15]	24 [21-27]	24 [20-27]

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Observatorio mundial de salud. Disponible en: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=7100#>

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (hijos por mujer)

ANO	1990	2000	2008
Brasil	2,3	2,4	1,9
Canadá	1,7	1,5	1,6
Chile	2,4	2,1	1,9
Colombia (MPS)			
Colombia (OMS)	3,1	2,4	2,4
Costa Rica	3,2	2,4	2,0
Cuba	1,8	1,6	1,5
Japón	1,6	1,3	1,3
Suecia	2,0	1,6	1,9
Suiza			
Reino Unido	1,8	1,7	1,8
Estados Unidos	2,0	2,0	2,1

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Observatorio mundial de salud.
Disponible en: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=7100#>

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

ANO	1990	1995	2000	2005	2008
Brasil	67		70		73
Canadá	77		79		81
Chile	72		77		78
Colombia (OMS)	69		72		75
Costa Rica	76		77		78
Cuba	74		77		77
Japón	79		81		83
Suecia	78		80		81
Suiza					
Reino Unido	76		78		80
Estados Unidos	75		77		78

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Observatorio mundial de salud.
Disponible en: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=7100#>

PARTE 4 CONCLUSIÓN

Consideramos que la reforma planteada no apunta a garantizar el derecho a la salud para los colombianos pues:

a) El proyecto de reforma al sistema de salud, ha identificado erróneamente los problemas a resolver en el desarrollo de la política pública y por lo tanto la propuesta no corresponde a los objetivos que se requieren para mejorar las condiciones de salud de los colombianos. El problema no debe centrarse solo en la viabilidad financiera del sistema, el problema es la concepción del modelo de salud que está centrado en las relaciones de mercado mediadas por lucro entre los agentes. Por lo tanto lo que se requiere es una reforma estructural del sistema. El proyecto de reforma (Ley Ordinaria) no ataca el fondo del problema, por el contrario de ser aprobado perpetuará la crisis de la salud que se ha venido presentando en los últimos 10 años;

b) El proyecto de ley ordinaria busca en esencia ajustar las relaciones de los agentes dentro del mercado de la salud, norma para estabilizar las variables que definen las posibilidades de lucro mas no

concreta los mecanismos para la garantía del derecho fundamental de la salud, ni garantiza el cumplimiento de las órdenes de la Corte Constitucional de la Sentencia T-760 de 2008;

c) Por lo tanto las soluciones planteadas apuntan a negar el derecho fundamental de la salud de los ciudadanos; a través de reducirles los beneficios en el plan de beneficios, sacar a los pacientes de alto costo del plan de beneficios, retirar el 1.5% del régimen subsidiado al régimen contributivo, todo esto sin demostrar con que mecanismos de financiación se logrará una igualación del plan de beneficios en los dos regímenes en el tiempo estipulado;

d) En ese sentido, el proyecto de ley presentado premia a las aseguradoras que a través de sus malos manejos son los responsables de la insostenibilidad del sistema. Ha sido a través de los recobros, consecuencia de negarle el servicio a los usuarios, que las EPS han aprovechado para aumentar el costo de los medicamentos, insumos y procedimientos. Sumado a esto, los altos costos de intermediación son los que hacen que el sistema esté en crisis;

e) Por el contrario, consideramos que el problema de fondo es como garantizar el derecho a la salud a todos los colombianos en condiciones dignas y no como garantizar la rentabilidad de las aseguradoras;

f) Esto requeriría una reforma estructural al SGSSS para generar una política de Estado que incluye los mecanismos de protección social y que permita realizar los principios de universalidad, equidad y solidaridad;

g) Para ello lo que debería crearse es un Sistema Integrado de Seguridad Social en Salud (SISESA) que consiste en un conjunto de medios institucionales, financieros y administrativos disponibles en la sociedad colombiana para garantizar el derecho a la salud de toda la población, ordenados por los conceptos de salud pública y seguridad social;

h) Aunado a lo anterior, consideramos que el gobierno nacional ha omitido efectuar el mandato constitucional de consulta previa establecido en la Constitución Política, el Bloque de constitucionalidad. De esta forma, el proyecto sub examine ha desconocido lo que Corte ha precisado como derecho fundamental, individual y colectivo de los grupos étnicos, que consiste en la posibilidad que tienen dichos pueblos de poder decidir sobre medidas legislativas o administrativas, que los afecten directamente. Es fundamental porque constituye un instrumento básico, por un lado para preservar la integridad étnica, social económica y cultural de las comunidades indígenas; y por otro, para asegurar su subsistencia como grupo social.

En este sentido, se viola el Convenio 169 de la OIT, la Ley 21 de 1991, y las sentencias de la corte constitucional en materia de consulta previa, especialmente, las Sentencias T-428 de 1992, SU-039 de 1997, Sentencia T-652 de 1998, Sentencia C-169 de 2001, Sentencia C-891 de 2002, Sentencia SU-383 de 2003, Sentencia T-880 de 2006, y la Sentencia C-030 de 2008. Lo cual consideramos vicia de inconstitucionalidad el trámite responsable, participativo y transparente, justo y equitativo del presente proyecto de ley.

Finalmente es de relevar que lo presentado como ponencia por parte del Gobierno Nacional y la bancada parlamentaria de Unidad Nacional, en ningún sentido recoge lo plasmado por el Proyecto de Acto Legislativo número 018 de 2010, *por medio del cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política*, y el Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado, *por medio de la cual se eliminan barreras de acceso en los servicios de salud y se dinamizan los procesos de atención*.

Proposición:

Por las anteriores consideraciones propongo a los miembros de la Plenaria de la Cámara que se **archiven** los Proyectos de ley número 01 de 2010 Senado, *por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones* y sus acumulados, Proyecto de ley número 95 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 147 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 160 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 161 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 182 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 111 de 2010 Cámara y Proyecto de ley número 126 de 2010 Cámara, Proyecto de ley número 035 de 2010 de iniciativa gubernamental y Proyecto de ley número 087 de 2010 Cámara.

Cordialmente,

Alba Luz Pinilla Pedraza,
Representante a la Cámara
Ponente.

* * *

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 019 DE 2009 CÁMARA

por medio de la cual se otorgan beneficios a madres y padres cabeza de familia con hijos en condiciones de discapacidad que les impide la inserción laboral y los hace dependientes económicamente.

Bogotá, D. C., noviembre 23 de 2010

Honorable Representante a la Cámara

DIELA LILIANA BENAVIDES SOLARTE

Presidenta Comisión Séptima Constitucional
Permanente

Cámara de Representantes

E. S. D.

Respetada señora Presidenta:

En cumplimiento del encargo hecho por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes y acatando el Reglamento del Congreso en sus artículos 156, 157 y 158 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos rendir informe de ponencia para segundo debate ante la Plenaria del Congreso de la República al Proyecto de ley número 019 de 2009 Cámara, *por medio de la cual se otorgan beneficios a madres y padres cabeza de familia con hijos en condiciones de discapacidad que les impide la inserción laboral y los hace dependientes económicamente* teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

I. Antecedentes del proyecto de ley

En la Sesión Ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes del día 9 de junio de 2010, de conformidad con las prescripciones constitucionales y legales, especialmente las contenidas en la Ley 5ª de 1992 (Reglamento del Congreso), se dio inicio a la discusión del Proyecto de ley número 019 de 2009 Cámara. Autores: honorables Senadores Alexandra Moreno Piraquive, Manuel A. Virgüez P. y la honorable Representante Gloria Stella Díaz Ortiz.

La Mesa Directiva de esa Comisión designó como ponente para primer debate del Proyecto de ley número 019 de 2009 Cámara a la honorable Representante Amanda Ricardo de Páez.

El proyecto en mención fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 604 de 2009 y la ponencia para primer debate de Cámara, en la *Gaceta del Congreso* número 198 de 2010. El Proyecto de ley número 019 de 2009 Cámara fue anunciado en la sesión del día 8 de junio de 2010, Acta número 9. Una vez leída la proposición con la que termina el informe de ponencia para primer debate del Proyecto de ley número 019 de 2009 Cámara, firmada por la honorable Representante Amanda Ricardo de Páez, es aprobada por unanimidad, con votación positiva de 10 honorables Representantes.

La Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes asignó para ponencia de segundo debate al honorable Representante Rafael Romero Piñeros y al honorable Representante Juan Manuel Valdés Barcha.

II. Objeto del proyecto

Se pretende mediante este proyecto de ley otorgar beneficios a aquellos padres y madres cabeza de familia con hijos en condición de discapacidad que dependen económicamente de sus padres.

III. Contenido

El proyecto de ley cuenta con cinco artículos, incluido la vigencia. El artículo 1º se refiere al objeto del proyecto delimitando la población a beneficiar: padres y madres cabeza de familia con hijos en condición de discapacidad que dependen económicamente de sus padres.

En el artículo 2º se relacionan las entidades en las cuales se implementarían los beneficios en casos de Contratos por Prestación de Servicios. El tercer artículo se refiere a los empleadores que ingresen a cargos de carrera administrativa. El cuarto artículo hace referencia a las competencias de regulación e implementación adjudicadas al Ministerio de la Protección para la ejecución de la presente ley.

V. Consideraciones constitucionales y legales

Las acciones afirmativas “*designan políticas o medidas dirigidas a favorecer a determinadas personas o grupos, ya sea con el fin de eliminar o reducir las desigualdades de tipo social, cultural o económico que los afectan, bien de lograr que los miembros de un grupo subrepresentado, usualmente un grupo que ha sido discriminado, tengan una mayor representación*”. (Sentencia C-044 de 1994).

Además, las acciones afirmativas son creadas en beneficio de las personas con discapacidad fundamentadas en los artículos 13, 47, 54 y 68 de la Constitución Política en donde se reconocen el principio de igualdad, dignidad, y respeto de derechos fundamentales de aquellas personas que a causa de sus limitaciones han sido discriminadas y por tanto merecen un grado de atención mayor por parte del Estado¹.

En este sentido la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), aprobada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009 y declarada exequible por la Corte Constitucional por Sentencia C-293 de 2010 M. P., ha establecido que el propósito de todas las acciones afirmativas en beneficio de las personas con discapacidad es proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, así como promover la obligación de los Estados parte de promover, proteger y garantizar el pleno disfrute de los Derechos Humanos de estas personas y garantizar que gocen de plena igualdad ante la ley.

El Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - Protocolo de San Salvador, ratificado mediante Ley 319 de 1996 establece que los Estados partes se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales, medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos de este tipo sin discriminación alguna para las diferentes poblaciones propensas a algún tipo de vulneración.

Sobre la discapacidad

Para el entendido, técnicamente hablamos de “discapacidad” y no “Estado de Discapacidad”, para así identificar *una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social*. Término que ha sido incorporado a nuestra legislación interna bajo la Ley 1349 de 2009 que aprobó la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad” en donde se promulga que este sector poblacional *tiene los mismos Derechos Humanos y libertades fundamentales que otras personas; y que estos derechos, incluido el de no verse sometidos a discriminación fundamentada en la discapacidad,*

¹ Colombia desde la Creación del Sistema Nacional de rehabilitación ha protegido con responsabilidad a las personas con discapacidad en este sentido expidió el Decreto 2358 de 1981, las normas sobre readaptación profesional y empleo de personas inválidas, Decreto 2177 de 1989, y el Código del Menor, Decreto-ley 2737 de 1989. En cuanto a los antecedentes de formulación de planes relativos al tema de discapacidad, en 1995 se expidió el Documento CONPES 2761: “Política de Prevención y Atención a la Discapacidad”, cuyos objetivos fundamentales fueron el mejoramiento de la calidad de vida de esta población en general y el logro de su integración social y económica.

dimanan de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano.

El Convenio número 159, aprobado mediante Ley 82 de 1988, declaradas exequibles por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-401 del 20 de mayo de 2003 (M. P. Álvaro Tafur Galvis), formula obligaciones que deben cumplir los Estados que lo ratifiquen en temas referidos a relaciones laborales o condiciones de trabajo de las personas con discapacidad.

Para efectos del Convenio en su artículo 1° se entiende por persona inválida “*toda persona cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado y de progresar en el mismo queden substancialmente reducidas a causa de una deficiencia de carácter físico o mental debidamente reconocida*”.

El núcleo familiar

En consideración a la dignidad que le es propia a las personas con limitación en sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales y en procura de su completa realización personal y su total integración social, se ha incluido dentro del ámbito de beneficios otorgados por el legislador a su núcleo familiar, entendiendo que los padres o cuidadores de quien ha padecido la limitación son las personas en cuya cabeza está el cuidado del discapacitado, y que por tanto el beneficio laboral o económico que adquieran estas personas será en beneficio de su hijo o persona discapacitada a cargo, de tal manera se pronuncia la Ley 1098 de 2006 en el parágrafo 2° del artículo 36, “*Los padres asuman la atención integral de un hijo discapacitado recibirán una prestación social especial del Estado*”.

Lo anterior permite contribuir en el avance de las condiciones de igualdad para aquellas personas que se consideran discriminadas por sus circunstancias desfavorables, beneficios que además son mandato constitucional, pues así lo establece el artículo 43 de la norma superior cuando le impone al Estado el deber de apoyar a la madre cabeza de familia en el entendido que dicho amparo proporciona mejores condiciones de vida para quienes están a su cuidado. Se entiende por madre cabeza de familia “*aquella mujer que siendo soltera o casada, tiene bajo su cargo, económica o socialmente, en forma permanente, hijos menores propios u otras personas incapaces o incapacitadas para trabajar, ya sea por ausencia permanente o incapacidad física, sensorial, síquica o moral del cónyuge o compañero permanente o deficiencia sustancial de ayuda de los demás miembros del núcleo familiar.*” (Ley 82 de 1993).

Pero *el reconocimiento de los derechos a favor de la madre cabeza de familia no opera en forma automática* (Sentencia T-700 de 2006), la Corte Constitucional ha desarrollado, a través de su jurisprudencia, los presupuestos que deben cumplirse para la debida identificación de las mujeres cabeza de familia, con el propósito que puedan ser titulares de las acciones afirmativas previstas en la legislación, en consideración a su estado de indefensión. Así lo sostuvo la Corte en la Sentencia SU-388 de 2005:

“Al respecto la Corte advierte que no toda mujer puede ser considerada como madre cabeza de familia por el sólo hecho de que esté a su cargo la dirección del hogar. En efecto, para tener dicha condición es presupuesto indispensable (i) que se tenga a cargo la responsabilidad de hijos menores o de otras personas incapacitadas para trabajar; (ii) que esa responsabilidad sea de carácter permanente; (iii) no sólo la ausencia permanente o abandono del hogar por parte de la pareja, sino que aquélla se sustraiga del cumplimiento de sus obligaciones como padre; (iv) o bien que la pareja no asuma la responsabilidad que le corresponde y ello obedezca a un motivo verdaderamente poderoso como la incapacidad física, sensorial, síquica o mental ó, como es obvio, la muerte; (v) por último, que haya una deficiencia sustancial de ayuda de los demás miembros de la familia, lo cual significa la responsabilidad solitaria de la madre para sostener el hogar.

Así pues, la mera circunstancia del desempleo y la vacancia temporal de la pareja, o su ausencia transitoria, por prolongada y desafortunada que resulte, no constituyen elementos a partir de los cuales pueda predicarse que una madre tiene la responsabilidad exclusiva del hogar en su condición de madre cabeza de familia”.

Este principio de protección resulta de una interpretación sistemática de otras disposiciones constitucionales como el artículo 13 y todos aquellos que propenden por la protección de los niños, las niñas y de la familia como núcleo esencial de la sociedad, pues en reiterados pronunciamientos de la Honorable Corte Constitucional se ha concluido que las medidas que protegen a la mujer cabeza de familia no se proyectan sobre sí misma, sino que deben asumirse como extendidas al núcleo familiar que de ella dependa, el cual se supone compuesto por los hijos menores propios y otras personas incapacitadas para trabajar. En este sentido ha dicho la Corte Constitucional en Sentencia T-700 de 2006 *“la protección a la mujer por su especial condición de madre cabeza de familia es de origen supralegal, la cual se desprende no solamente de lo dispuesto en el artículo 13 de la Constitución que establece la obligación estatal de velar por la igualdad real y efectiva de los grupos tradicionalmente discriminados y de proteger a las personas en circunstancias de debilidad manifiesta, sino también de la especial protección contenida expresamente en el artículo 43 Superior que determina la obligación del Estado de apoyarlas de manera especial, en consideración a la difícil situación a la que deben enfrentarse al asumir de forma solitaria las tareas de crianza y de sostenimiento de sus menores hijos”.*

Al respecto la Ley 361 de 1997 en consideración con la protección y asistencia especial asignada para las personas con limitación establece en el artículo 4° que *“Las Ramas del Poder Público pondrán a disposición todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos (...) siendo obligación ineludible del Estado la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la habilitación y la rehabilitación adecuadas, la educación apropiada,*

la orientación, la integración laboral, la garantía de los derechos fundamentales económicos, culturales y sociales. Para estos efectos estarán obligados a participar para su eficaz realización, la administración central, el sector descentralizado, las administraciones departamentales, distritales y municipales, todas las corporaciones públicas y privadas del país”. (Negrilla fuera de texto).

Ha sido tan amplia la interpretación de la Corte Constitucional que incluso ha llegado a afirmar que *“dicha protección será extendida al padre cabeza de familia que se encuentren en la misma situación, en aras de proteger la prevalencia de los derechos de los niños y el grupo familiar al que pertenecen”* (Sentencia C-1039 de 2003 M. P. Alfredo Beltrán Sierra), pero no de manera automática, si no aquel que acredite y demuestre ante las autoridades bajo los criterios de la Ley 82 de 1993 cumplir las mismas responsabilidades asumidas por las mujeres cabeza de familia. El propósito de este tipo de medidas es proteger al infante basados en el principio de interés superior del menor consagrado en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre Derechos del Niño, y posteriormente reproducido en otros instrumentos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración de los Derechos del Niño de 1959 (Principio 2), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículos 23 y 24) y la Convención sobre Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1988.

Por otro lado, y teniendo en cuenta que se puede presentar, el supuesto en el cual, la persona con discapacidad no sea cuidada ni por una madre o padre cabeza de familia, encontramos pertinente incluir, según recomendación del Ministerio de la Protección Social, el término “cuidador” para ser beneficiario de la medida que pretende el proyecto de ley entendido como el cuidador familiar al cónyuge, compañero o compañera permanente o pariente hasta el quinto grado de consanguinidad, tercero de afinidad o primero civil de la persona dependiente, que le presta ayuda permanente para las actividades de la vida diaria y que por su labor de cuidador se ve impedido a desempeñarse laboralmente.

La inserción laboral

Según la Organización mundial de la Salud (OMS) alrededor del 10% de la población mundial, o sea 650 millones de personas, vive con algún tipo de discapacidad; esta cifra va en aumento debido a las enfermedades crónicas, lesiones, accidentes automovilísticos, violencia y otras causas como la mayor edad de la población².

Además, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) estableció que el 80% de las personas con discapacidad vive en países en desarrollo, el Banco Mundial estima que el 20% de los más pobres del mundo tienen discapacidades y tienden a ser considerados dentro de sus propias comunidades como las personas en situación más desventajosa.

² Resolución 37/52, de 3 de diciembre de 1982, de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Según el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad aportado por cifras del DANE, actualizado a julio 31 de 2010, según información suministrada por el Ministerio de la Protección Social se puede determinar que de las 941.046 personas a las que se les aplicó el registro, 347.414 refieren requerir una persona que les ayude permanentemente.

Además en este registro se pudo determinar que otras personas les ayudan para realizar sus actividades:

- Algún miembro del hogar: 290.551.
- Persona externa no empleada: 12.315.
- Persona externa empleada: 15.424.
- Otra: 6.398.
- Sin dato: 22.726.

Atendiendo estas cifras, y en el entendido que las personas con discapacidad son protegidas por la legislación nacional e internacional, además del enfoque dado por la Honorable Corte Constitucional en considerar que las acciones positivas a favor de quienes cumplen las veces de cuidadores de estas personas, son dirigidas a favorecer a las personas con limitación; se concibe pues que dicha protección supone la referencia a núcleos familiares en estado de debilidad, los cuales el Estado debe prestar especial atención en la medida en que el cuidado de una persona discapacitada supone mayores gastos en medicina, atención especial, utensilios específicos, etc.

De tal forma, considera el legislador que esta medida impele por la inserción laboral de las madres, padres cabeza de familia o los cuidadores de una persona con discapacidad, además de dar beneficio legítimo para personas con discapacidad que dependan económicamente por motivos de su limitación para ejercer alguna labor que les permita el sustento propio.

Además, apoyamos como política de desempate para la asignación de los cargos de carrera y para los cargos de libre nombramiento y remoción o gerencia pública, la incorporación que el Departamento Administrativo de la Función Pública haga a la calidad de padre o madre cabeza de familia o cuidador que acredite tener uno o más hijos o personas a cargo con discapacidad que no les permite la inserción al sistema laboral y que los hace dependientes económicamente.

Para efectos de lo anterior la declaratoria de discapacidad y dependencia económica deberá ser asumida por las Juntas de Calificación de Invalidez, toda vez que son las competentes para calificar el grado de incapacidad laboral, discapacidad, deficiencia o minusvalía de una persona basados en el Manual Único de Declaratoria de Invalidez. Al respecto dice el Decreto 2463 de 2001 artículo 3° “Calificación del grado de pérdida de la capacidad laboral. Corresponderá a las siguientes entidades calificar el grado de pérdida de la capacidad laboral (...) Las juntas regionales de calificación de invalidez decidirán sobre las solicitudes de calificación de pérdida de la capacidad laboral (...).

En las zonas del país en donde no fuere posible asistir directamente a las Juntas Regionales de Ca-

lificación de Invalidez, se facilitará la posibilidad de remitir los documentos que permitan la señalada valoración por correo certificado en donde se adjunte como mínimo: fotocopia de historia clínica, exámenes recientes, radiografías, conceptos, fotografía actual de paciente y demás mecanismos que permitan que las Juntas puedan determinar si la persona es dependiente total o no.

En este sentido, teniendo en cuenta las consideraciones constitucionales y legales, y atendiendo las recomendaciones del Ministerio de la Protección Social, encontramos totalmente positivo enfatizar sobre una política real y efectiva a favor de quienes corren con la responsabilidad de asumir el cuidado de las personas con discapacidad, para que las entidades del Estado, del nivel nacional y territorial, los establecimientos públicos, las entidades descentralizadas por servicios, las Empresas Industriales y Comerciales del Estado, las Empresas Sociales del Estado, las Sociedades de Economía Mixta en las que el Estado tenga participación superior al cincuenta por ciento (50%), así como las entidades descentralizadas indirectas y las demás personas jurídicas en las que exista dicha participación pública mayoritaria, cualquiera sea la denominación que ellas adopten, en todos los órdenes y niveles, deban garantizar la contratación de prestación de servicios de los padres y madres cabeza de familia, o cuidadores de una persona con discapacidad que reúnan las condiciones de experiencia e idoneidad y que acrediten que tienen uno o más hijos, o personas a cargo con discapacidad que no les permite la inserción al sistema laboral y por tanto dependan económicamente de ellos.

VII. Proposición:

En armonía con lo antes escrito, solicitamos a los miembros de la Plenaria, aprobar en segundo debate el **Proyecto de ley número 019 de 2010 Cámara, por medio de la cual se otorgan beneficios a madres y padres cabeza de familia con hijos en condiciones de discapacidad que les impide la inserción laboral y los hace dependientes económicamente, con el respectivo pliego modificaciones que se adjunta.**

De los honorables Representantes a la Cámara y Ponentes del presente proyecto de ley.

Juan Manuel Valdés Barcha, Representante a la Cámara, departamento de Antioquia; *Rafael Romero Piñeros*, Representante a la Cámara, departamento de Boyacá.

PLIEGO DE MODIFICACIONES AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 019 DE 2009

por medio de la cual se otorgan beneficios a madres y padres cabeza de familia con hijos en condiciones de discapacidad que les impide la inserción laboral y los hace dependientes económicamente.

Modifíquese el título, el cual quedará así:

“Por medio de la cual se otorgan beneficios a madres, padres cabeza de familia o **cuidadores**, con hijos o **personas a cargo con discapacidad** que les impide la inserción laboral y los hace dependientes económicamente”.

Modifíquese el artículo 1°, el cual quedará así:

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene como objeto otorgar beneficios a aquellos padres y madres cabeza de familia o cuidadores, **con hijos o personas a cargo con discapacidad** que les impide la inserción laboral y los hace dependientes económicamente.

Parágrafo. Para efectos de la presente ley se entiende por persona con discapacidad, aquella calificada de conformidad con los parámetros establecidos en el Manual Único de Calificación de la Invalidez.

Modifíquese el artículo 2°, el cual quedará así:

Artículo 2°. Contratos de prestación de servicios. Las entidades del Estado, del nivel nacional y territorial, los establecimientos públicos, las entidades descentralizadas por servicios, las Empresas Industriales y Comerciales del Estado, las Empresas Sociales del Estado, las Sociedades de Economía Mixta en las que el Estado tenga participación superior al cincuenta por ciento (50%), así como las entidades descentralizadas indirectas y las demás personas jurídicas en las que exista dicha participación pública mayoritaria, cualquiera sea la denominación que ellas adopten, en todos los órdenes y niveles, deberán garantizar la contratación de prestación de servicios a celebrar con personas naturales, se celebre con padres y madres cabeza de familia o **cuidadores** que reúnan las condiciones de experiencia e idoneidad y que acrediten que tienen uno o más hijos **con discapacidad, o uno o más personas a cargo con discapacidad en el caso de los cuidadores**, que no les permite la inserción al sistema laboral y que los hace dependientes económicamente.

Artículo 3°. Provisión de cargos de carrera y de libre nombramiento y remoción o de gerencia pública. El Departamento Administrativo de la Función Pública, incorporará dentro de los criterios de desempate para la asignación de cargos de carrera, la calidad de padre o madre cabeza de familia, o **de cuidador**, que acredite que tiene uno o más, hijos **o personas a cargo con discapacidad** que no les permite la inserción al sistema laboral y que los hace dependientes económicamente.

El mismo criterio se aplicará en toda entidad pública, para los cargos de libre nombramiento y remoción o de gerencia pública, para cuya designación ha de aplicarse el procedimiento previsto en el artículo 49 de la Ley 909 de 2004.

Adiciónese un artículo y un párrafo, el cual quedará así:

Artículo 4°. Calificación de la dependencia total de la persona con discapacidad. La calificación de la dependencia total de la persona con discapacidad, podrá ser efectuada únicamente por Junta Regional de Calificación de Invalidez. Teniendo en cuenta los parámetros del Manual Único de Calificación de Invalidez.

Parágrafo. En las zonas del país en donde no fuere posible asistir directamente a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez, se faci-

litará la posibilidad de remitir los documentos que permitan la señalada valoración por correo certificado en donde se adjunte como mínimo: fotocopia de historia clínica, exámenes recientes, radiografías, conceptos, fotografía actual de paciente y demás mecanismos que permitan que las Juntas puedan determinar si la persona es dependiente total o no.

Modifíquese el artículo 4°, el cual quedará así:

Artículo 5°. Reglamentación. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social, reglamentará el porcentaje de contratación **que deberán tener las empresas para efectos del artículo 2° de la presente ley**; los requisitos de que tratan los artículos **anteriores con relación a los padres, madres o cuidadores beneficiarios; y las sanciones correspondientes a las instituciones que incumplan**, dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.

Modifíquese el artículo 5°, el cual quedará así:

Artículo 6°. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las normas que les sean contrarias.

De los honorables Representantes a la Cámara y Ponentes del presente proyecto de ley.

Juan Manuel Valdés Barcha, Representante a la Cámara, departamento de Antioquia; *Rafael Romero Piñeros*, Representante a la Cámara, departamento de Boyacá.

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 019 DE 2009

por medio de la cual se otorgan beneficios a madres, padres cabeza de familia o cuidadores, con hijos o personas a cargo con discapacidad que les impide la inserción laboral y los hace dependientes económicamente.

El Congreso de la República de Colombia

LEGISLA:

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene como objeto otorgar beneficios a aquellos padres y madres cabeza de familia o cuidadores con hijos o personas a cargo con discapacidad que les impide la inserción laboral y los hace dependientes económicamente.

Parágrafo. Para efectos de la presente ley se entiende por persona con discapacidad, aquella calificada de conformidad con los parámetros establecidos en el Manual Único de Calificación de la Invalidez.

Artículo 2°. Contratos de prestación de servicios. Las entidades del Estado, del nivel nacional y territorial, los establecimientos públicos, las entidades descentralizadas por servicios, las Empresas Industriales y Comerciales del Estado, las Empresas Sociales del Estado, las Sociedades de Economía Mixta en las que el Estado tenga participación superior al cincuenta por ciento (50%), así como las entidades descentralizadas indirectas y las demás personas jurídicas en las que exista dicha participación pública mayoritaria, cualquiera sea la

denominación que ellas adopten, en todos los órdenes y niveles, deberán garantizar la contratación de prestación de servicios a celebrar con personas naturales, se celebre con padres y madres cabeza de familia o cuidadores que reúnan las condiciones de experiencia e idoneidad y que acrediten que tienen uno o más hijos con discapacidad, o uno o más personas a cargo con discapacidad en el caso de los cuidadores, que no les permite la inserción al sistema laboral y que los hace dependientes económicamente.

Artículo 3°. *Provisión de Cargos de carrera y de libre nombramiento y remoción o de gerencia pública.* El Departamento Administrativo de la Función Pública, incorporará dentro de los criterios de desempate para la asignación de cargos de carrera, la calidad de padre o madre cabeza de familia, o de cuidador, que acredite que tiene uno o más hijos o personas a cargo con discapacidad con discapacidad que no les permite la inserción al sistema laboral y que los hace dependientes económicamente.

El mismo criterio se aplicará en toda entidad pública, para los cargos de libre nombramiento y remoción o de gerencia pública, para cuya designación ha de aplicarse el procedimiento previsto en el artículo 49 de la Ley 909 de 2004.

Artículo 4°. *Calificación de la dependencia total de la persona con discapacidad.* La calificación de la dependencia total de la persona con discapacidad, podrá ser efectuada únicamente por Junta Regional de Calificación de Invalidez. Teniendo en cuenta los parámetros del Manual Único de Calificación de Invalidez.

Parágrafo. En las zonas del país en donde no fuere posible asistir directamente a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez, se facilitará la posibilidad de remitir los documentos que permitan la señalada valoración por correo certificado en donde se adjunte como mínimo: fotocopia de historia clínica, exámenes recientes, radiografías, conceptos, fotografía actual de paciente y demás mecanismos que permitan que las Juntas puedan determinar si la persona es dependiente total o no.

Artículo 5°. *Reglamentación.* El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social, reglamentará el porcentaje de contratación que deberán tener las empresas para efectos del artículo 2° de la presente ley; los requisitos de que tratan los artículos anteriores con relación a los padres, madres o cuidadores beneficiarios; y las sanciones correspondientes a las instituciones que incumplan, dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.

Artículo 6°. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las normas que les sean contrarias.

De los honorables Representantes a la Cámara y Ponentes del presente proyecto de ley.

Juan Manuel Valdés Barcha, Representante a la Cámara, departamento de Antioquia; *Rafael Romero Piñeros*, Representante a la Cámara, departamento de Boyacá.

TEXTO EN PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 019 DE 2009 CÁMARA

(Aprobado en la Sesión del día 9 de junio de 2010 en la Comisión Séptima de la honorable Cámara de Representantes)

por medio de la cual se otorgan beneficios a madres y padres cabeza de familia, con hijos en condiciones de discapacidad que les impide la inserción laboral y los hace dependientes económicamente.

El Congreso de la República de Colombia

LEGISLA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene como objeto otorgar beneficios a aquellos padres y madres cabeza de familia con hijos en condición de discapacidad que les impide la inserción laboral y los hace dependientes económicamente.

Artículo 2°. *Contratos de prestación de servicios.* Las entidades del Estado, del nivel nacional y territorial, los establecimientos públicos, las entidades descentralizadas por servicios, las Empresas Industriales y Comerciales del Estado, las Empresas Sociales del Estado, las Sociedades de Economía Mixta en las que el Estado tenga participación superior al cincuenta por ciento (50%), así como las entidades descentralizadas indirectas y las demás personas jurídicas en las que exista dicha participación pública mayoritaria, cualquiera sea la denominación que ellas adopten, en todos los órdenes y niveles, deberán garantizar la contratación de prestación de servicios a celebrar con personas naturales, se celebre con padres y madres cabeza de familia que reúnan las condiciones de experiencia e idoneidad y que acrediten que tienen uno o más hijos en condición de discapacidad que no les permite la inserción al sistema laboral y que los hace dependientes económicamente.

Artículo 3°. *Provisión de cargos de carrera y de libre nombramiento y remoción o de gerencia pública.* El Departamento Administrativo de la Función Pública, incorporará dentro de los criterios de desempate para la asignación de cargos de carrera, la calidad de padre o madre cabeza de familia que acredite que tiene uno o más hijos en condición de discapacidad que no les permite la inserción al sistema laboral y que los hace dependientes económicamente.

El mismo criterio se aplicará en toda entidad pública, para los cargos de libre nombramiento y remoción o de gerencia pública, para cuya designación ha de aplicarse el procedimiento previsto en el artículo 49 de la Ley 909 de 2004.

Artículo 4°. *Acreditación.* El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social, reglamentará el porcentaje de contratación y los requisitos de acreditación que tratan los artículos anteriores, dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.

Artículo 5°. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las normas que les sean contrarias.

Cordialmente,

Amanda Ricardo de Páez,
Representante a la Cámara.

**SUSTANCIACIÓN AL PROYECTO DE LEY
NÚMERO 019 DE 2009 CÁMARA**

por medio de la cual se otorgan beneficios a madres y padres cabeza de familia, con hijos en condiciones de discapacidad que les impide la inserción laboral y los hace dependientes económicamente.

En la Sesión Ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes del día 9 de junio de 2010, de conformidad con las prescripciones constitucionales y legales, especialmente las contenidas en la Ley 5ª de 1992 (Reglamento del Congreso), se dio inicio a la discusión del Proyecto de ley número 019 de 2009 Cámara, *por medio de la cual se otorgan beneficios a madres y padres cabeza de familia, con hijos en condiciones de discapacidad que les impide la inserción laboral y los hace dependientes económicamente.* Autores: honorables Senadores *Alexandra Moreno Piraquive, Manuel A. Virgüez P.* y la honorable Representante *Gloria Stella Díaz Ortiz.*

La Mesa Directiva de esta Comisión designó como ponente para primer debate del Proyecto de ley número 019 de 2009 Cámara a la honorable Representante *Amanda Ricardo de Páez.*

El proyecto en mención fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 604 de 2009 y la ponencia para primer debate de Cámara, en la *Gaceta del Congreso* número 198 de 2010. El Proyecto de ley número 019 de 2009 Cámara fue anunciado en la sesión del día 8 de junio de 2010, Acta número 9.

Una vez leída la proposición con la que termina el informe de ponencia para primer debate del Proyecto de ley número 019 de 2009 Cámara, firmada por la honorable Representante *Amanda Ricardo de Páez,* es aprobada por unanimidad, con votación positiva de 10 honorables Representantes.

La Presidencia de la Comisión somete a consideración y aprobación el articulado del Proyecto de ley número 019 de 2009 Cámara, para primer debate, que consta de (5) cinco artículos, se aprobó votar en bloque por unanimidad, con votación positiva de 10 honorables Representantes.

Posteriormente se somete a consideración el título de la iniciativa, el cual fue aprobado de la siguiente *por medio de la cual se otorgan beneficios a madres y padres cabeza de familia, con hijos en condiciones de discapacidad que les impide la inserción laboral y los hace dependientes económicamente,* con votación positiva de 10 honorables Representantes.

Finalmente, el Presidente pregunta a los honorables Representantes si quieren que este proyecto de ley tenga segundo debate y contestan afirmativamente siendo designada como Ponente para se-

gundo debate la honorable Representante *Amanda Ricardo de Páez.* La Secretaria deja constancia que este proyecto de ley fue votado por la mayoría que la ley establece.

El proyecto en mención, viene de la Legislatura 2006-2010, es originario de esta célula legislativa y se encuentra sin ponentes para segundo debate, ya que la anterior designada no funge como Representante a la Cámara. La Mesa Directiva de la Comisión designa como ponentes a los honorables Representantes *Rafael Romero Piñeros y Juan Manuel Valdés Barcha,* quienes rindieron ponencia para segundo debate.

La relación completa de la aprobación en primer debate del Proyecto de ley número 019 de 2009 Cámara, *por medio de la cual se otorgan beneficios a madres y padres cabeza de familia, con hijos en condiciones de discapacidad que les impide la inserción laboral y los hace dependientes económicamente* consta en el Acta número 10 del (9-06-2010) nueve de junio de dos mil diez de la Sesión Ordinaria del Segundo Periodo de la Legislatura 2009-2010.

El Presidente,

Diela Liliana Benavides Solarte.

La Vicepresidenta,

Alba Luz Pinilla Pedraza.

El Secretario Comisión Séptima,

Rigo Armando Rosero Alvear.

CONTENIDO

Gaceta número 1.055 - Martes, 7 de diciembre de 2010
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Págs.

PONENCIAS

Ponencia negativa para segundo debate al Proyecto de ley número 106 de 2010 Cámara, 01 de 2010 Senado, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones; y sus acumulados, Proyecto de ley número 95 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 147 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 160 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 161 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 182 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 111 de 2010 Cámara y Proyecto de ley número 126 de 2010 Cámara, Proyecto de ley número 035 de 2010 de iniciativa gubernamental y Proyecto de ley número 087 de 2010 Cámara.....	1
Ponencia para segundo debate, pliego de modificaciones, texto propuesto y texto al Proyecto de ley número 019 de 2009 Cámara, por medio de la cual se otorgan beneficios a madres y padres cabeza de familia con hijos en condiciones de discapacidad que les impide la inserción laboral y los hace dependientes económicamente.....	18