



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

ISSN 0123 - 9066

AÑO XIII - Nº 269

Bogotá, D. C., viernes 11 de junio de 2004

EDICION DE 40 PAGINAS

DIRECTORES:

EMILIO RAMON OTERO DAJUD

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

ANGELINO LIZCANO RIVERA

SECRETARIO GENERAL DE LA CAMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

SENADO DE LA REPUBLICA

LEYES SANCIONADAS

LEY 882 DE 2004

(junio 2)

por medio de la cual se modifica el artículo 229 de la Ley 599 de 2000.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. El artículo 229 de la Ley 599 de 2000 quedará así:

Violencia Intrafamiliar. El que maltrate física o psicológicamente a cualquier miembro de su núcleo familiar, incurrirá, siempre que la conducta no constituya delito sancionado con pena mayor, en prisión de uno (1) a tres (3) años.

La pena se aumentará de la mitad a las tres cuartas partes cuando el maltrato, del que habla el artículo anterior recaiga sobre un menor, una mujer, un anciano, una persona que se encuentre en incapacidad o disminución física, sensorial y psicológica o quien se encuentre en estado de indefensión.

Artículo 2°. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Germán Vargas Lleras.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Ramón Otero Dajud.

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

Alonso Acosta Osio.

El Secretario de la honorable Cámara de Representantes,

Angelino Lizcano Rivera.

REPUBLICA DE COLOMBIA – GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y ejecútese.

Dada en Bogotá, D. C., a 2 de junio de 2004.

ÁLVARO URIBE VÉLEZ

El Ministro del Interior y de Justicia,

Sabas Pretelt de la Vega.

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NUMERO 242 DE 2004 SENADO

por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Disposiciones Generales

TITULO I

NORMAS GENERALES

Artículo 1°. *Principios.* La presente ley modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como un servicio público de carácter obligatorio, garantizado por el Estado, el cual se presta bajo la dirección, coordinación y control de este, encargándose de desarrollar en forma armónica y coherente los principios establecidos en la Constitución Nacional en los artículos 1°, 48, 49 y 366, bajo el precepto

constitucional de Estado Social de Derecho, a través de los siguientes principios:

a) **UNIVERSALIDAD:** Es la garantía del derecho a la protección para todas las personas en el territorio Nacional en las fases de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación sin ninguna discriminación;

b) **EQUIDAD:** El sistema proveerá servicios de salud de igual calidad, a todos los pobladores independientemente de su capacidad de pago o de riesgo. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para garantizar su derecho fundamental a la salud en igualdad de condiciones para todos los habitantes en el territorio Nacional;

c) **SOLIDARIDAD:** Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte al más débil; en desarrollo de auténticos mecanismos de equidad.

d) **INTEGRALIDAD:** Es la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones en Salud;

e) **UNIDAD:** Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimiento y prestaciones para alcanzar los objetivos del sistema;

f) **CALIDAD:** El sistema garantizará las mejores y óptimas condiciones en atención en salud a todos los habitantes del territorio Nacional, en atención oportuna, personalizada, humana, integral y continua;

g) **PARTICIPACION:** Es la garantía del ejercicio del derecho de los habitantes del territorio Nacional, de manera autónoma y organizada en la planeación, dirección, organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto;

h) **COMPLEMENTARIEDAD:** Las instituciones públicas se integrarán funcionalmente para garantizar las redes de prestación de servicios y el acceso a la afiliación de la población en los aspectos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad;

i) **IRRENUNCIABILIDAD:** Es la garantía al derecho fundamental a la Salud, independientemente a que el ciudadano lo exija o no;

j) **ACCESIBILIDAD:** Entendido como la garantía estatal para que todos los habitantes del territorio Nacional puedan hacer uso de los servicios de salud en todas sus fases, indistintamente de su ubicación geográfica, condición socioeconómica o cualquier otro aspecto que pueda determinar barreras para la atención en salud;

k) **GRATUIDAD:** Entendido como la inexistencia de restricciones económicas para el acceso sin que ello signifique que quien tenga capacidad de pago no le cueste.

Artículo 2°. *Objetivos.* Serán objetivos de la presente ley los siguientes:

a) Alcanzar la cobertura Universal, mediante un Plan Unico e Integral de Salud, independiente al régimen al que pertenezca la población;

b) Fundamentar el SGSSS en los principios establecidos en el presente artículo, centralizado políticamente y descentralizado administrativamente y financieramente hasta el nivel departamental, distrital y de las ciudades capitales. Esto con el fin de ampliar la cobertura, en términos de real prestación de servicios en todos los niveles de atención y a todos los habitantes del territorio nacional;

c) Asegurar la óptima calidad científica, técnica y ética de la atención de la salud fortaleciendo el profesionalismo del recurso humano en Salud promoviendo su enriquecimiento intelectual;

d) Crear el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud para simplificar, reunir y actualizar todas las normas existentes en materia de Seguridad Social en Salud;

e) Implementar y adoptar el sistema de Registro Unico definido en el artículo 15 de la Ley 797 de 2003 con el objeto de controlar la evasión, elusión y duplicidades en afiliación del SGSSS;

f) Fortalecer el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, para que cumplan su función de ser los organismos rectores y directores del Sistema, tanto en el orden nacional como en el territorial;

g) Garantizar la atención de la salud como un servicio público a cargo del Estado, a todas las personas permitiendo el acceso a los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación y rehabilitación, en todos los niveles de atención mediante la superación de la crisis hospitalaria nacional y garantizando el flujo oportuno y equitativo de recursos en el régimen subsidiado, mediante el giro directo de los mismos;

h) Desarrollar las políticas de dirección, financiación, operación, control y vigilancia, de la Salud Pública del país;

i) Organizar la prestación de los servicios de Salud, mediante la integración y constitución de redes;

j) Crear el Fondo Nacional de Aseguramiento de las Enfermedades Catastróficas o de Alto costo (FEAC) como una quinta subcuenta del FOSYGA;

k) Crear el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

TITULO II

ORGANIZACION Y ADMINISTRACION

Artículo 3°. *Dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* La dirección, coordinación, control y administración del SGSSS corresponde al Estado a través del Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), las Secretarías de Salud y los Consejos Territoriales (CTSSS).

Artículo 4°. *Organización y niveles de operación del SGSSS.* El Ministerio de la Protección Social es el nivel administrativo y ejecutivo de las políticas públicas de salud orientadas por el CNSSS. Acorde con lo establecido en la presente ley, la organización y el funcionamiento del Sistema se desarrollará a través de los siguientes niveles:

- **Nivel Nacional:** Ministerio de la Protección Social, el CNSSS y la Superintendencia Nacional de Salud.

- **Nivel Departamental:** Gobernadores, Secretarios Departamentales de Salud, Consejos Departamentales de Seguridad Social en Salud, y la Superintendencia Nacional de Salud.

- **Nivel Distrital:** Alcaldes Distritales, Secretarios Distritales de Salud, Consejos Distritales de Seguridad Social en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

- **Nivel Capital:** Alcaldes Municipales de las ciudades capitales, Secretarios Municipales de Salud, Consejos Municipales de Seguridad Social en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

- **Nivel Municipal:** no serán descentralizados para los efectos de la presente ley y dependerán del nivel departamental respectivo.

Artículo 5°. *Integración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.* A partir de la vigencia de la presente Ley se modifica la conformación y se asignan nuevas funciones al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), como el máximo órgano directivo del SGSSS, encargado de definir las políticas de la Nación Colombiana en materia de Política Pública y Seguridad Social en Salud.

La composición del CNSSS será tripartita, constituida por quince (15) miembros, así:

- Cinco (5) representantes del Gobierno Nacional: el Ministro de la Protección Social, quien lo presidirá, el Ministro de Hacienda o su delegado, un (1) representante de las entidades departamentales de salud,

un (1) representante de las entidades municipales y distritales de salud y, el Presidente del ISS o el Vicepresidente de la EPS del ISS como su delegado.

- Cinco (5) representantes del sector empresarial: un (1) representante de la gran industria, un (1) representante de la pequeña y mediana industria, un (1) representante de los comerciantes u otras formas asociativas como las Cajas de Compensación Familiar, dos (2) representantes del sector prestador de los servicios de salud (IPS) y dos (2) representantes de las EPS del sector privado.

- Cinco (5) representantes de los trabajadores y usuarios: (1) representante de las profesiones de la salud, (1) un representante de los trabajadores no profesionales de la salud, un (1) representante de la confederación de pensionados, un (1) representante de los usuarios y un (1) representante de las Centrales Obreras.

Parágrafo 1°. *Invitados*. El CNSSS tendrá la libertad de invitar a las asociaciones académicas, gremiales, sindicales Nacionales e internacionales, de acuerdo con sus requerimientos para cada sesión.

Parágrafo 2°. *Selección y período de los representantes al CNSSS*. Los representantes no gubernamentales tendrán un período de dos (2) años y serán elegidos directamente por las instituciones que representen mayor número de afiliados, según lo establecido en las normas vigentes. Los representantes gubernamentales lo serán en razón del ejercicio de sus cargos, mientras posean la investidura legal. Los representantes de los trabajadores y usuarios serán elegidos de manera autónoma por estas, a través de la organización que demuestre tener la mayoría de afiliados a nivel nacional

Artículo 6°. *Presupuesto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*. Para garantizar la operación y realización de sus funciones, a partir de la vigencia de la presente Ley, el CNSSS realizará un ejercicio presupuestal anual de gastos ajustados a sus necesidades proyectadas al siguiente año fiscal, el cual deberá ser aprobado de manera unánime en sesión que realice para dicho fin el CNSSS dispondrá de presupuesto propio, el cual se obtendrá de las subcuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), en la proporción que defina el CNSSS.

El monto del Presupuesto será fijado por el CNSSS en la misma reunión que apruebe el Presupuesto del Fosyga; incluirá el valor de los honorarios de los representantes no gubernamentales, el valor de los pasajes, hoteles y viáticos de los consejeros que residan fuera de la ciudad donde se lleve a cabo la respectiva reunión, el valor de los estudios y soporte técnico que requieran los consejeros, publicaciones y demás soporte logístico.

Parágrafo 1°. *Honorarios de los miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*. Los honorarios de los miembros no gubernamentales del CNSSS serán fijados por Acuerdo y se pagarán a cargo del Presupuesto del mismo. Dichos honorarios no excederán el equivalente a un salario mínimo legal vigente por sesión.

Artículo 7°. *Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*. Además de las funciones establecidas en el artículo 172 de la Ley 100 de 1993, el CNSSS tendrá las siguientes funciones:

- a) Definir el Plan Unico Integral de Salud, para los habitantes del territorio nacional;

- b) Determinar la distribución de los recursos de la subcuenta de solidaridad, orientándolos a la obtención de la cobertura universal mediante el Plan Unico Integral de Salud;

- c) Definir el manual de tarifas mínimas para la prestación de servicios de salud;

- d) Definir el salario mínimo legal profesional en salud de acuerdo a los parámetros establecidos en la presente ley;

- e) Dar concepto al Congreso de la República sobre el Plan de Salud para cada cuatrienio incluido en el Proyecto del Plan Nacional de Desarrollo dirigido a formular, adoptar, dirigir y coordinar la política nacional sobre Salud y Seguridad Social en Salud, estableciendo metas de cobertura y reducción de tasas de morbilidad y mortalidad;

- f) Revisar, estudiar y dar concepto favorable al Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Sistema Unico de Afiliación, Registro Unico de Aportantes y del Fondo de Enfermedades de Alto Costo (FEAC), presentado por el Gobierno Nacional;

- g) Discutir, analizar y aprobar o no los proyectos de Acuerdo presentados por el Gobierno Nacional o por iniciativa de los miembros del CNSSS;

- h) Aprobar los proyectos de ampliación de cobertura del SGSSS, para mantener la universalidad de la afiliación a los habitantes del territorio nacional si el crecimiento vegetativo de la población del país lo amerita así como su ampliación a nuevas contingencias acciones y patologías;

- i) Presentar al Gobierno Nacional proyectos de desarrollo legal y reglamentario de la presente ley;

- j) Aprobar el proyecto de presupuesto anual de funcionamiento del CNSSS;

- k) Aprobar el reglamento interno de honorarios y viáticos del CNSSS;

- l) Asignar y delegar funciones a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS);

- m) Establecer cada año los criterios de distribución de los excedentes de la Subcuenta ECAT del Fosyga;

- n) Contratar estudios que sirvan de soporte técnico para las decisiones del CNSSS;

- o) Constituir comisiones técnicas permanentes o temporales que generen la información necesaria para la definición de políticas y la toma de decisiones por el CNSSS;

- p) Las demás que le asignen la ley y los reglamentos.

Artículo 8°. *Secretaría Técnica del CNSSS*. El CNSSS dispondrá de una secretaría técnica, cuya función la cumplirá el Viceministro de Salud y Bienestar Social, con funciones específicas, la cual se encargará de obtener, preparar, clasificar, procesar y archivar la información y documentación requerida para las deliberaciones y funciones del CNSSS. Así mismo, servirá de enlace entre el Ministerio y los consejeros, de apoyo técnico y logístico a los miembros del Consejo y será el encargado de la publicación de sus decisiones.

TITULO III

DE LOS CONSEJOS TERRITORIALES

Artículo 9°. *Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS)*. A partir de la vigencia la presente ley, los CTSSS en salud serán obligatorios en los niveles departamental, distrital y en las ciudades capitales; por tanto, las entidades territoriales de estos niveles que no lo hayan hecho tendrán que constituirlos y convocarlos en un plazo no mayor a tres meses de acuerdo con lo establecido en la presente ley y en las normas vigentes. Estos Consejos Territoriales tendrán, análoga composición tripartita a la del CNSSS, pero con la participación de las entidades o asociaciones del orden departamental, distrital o capital.

Los CTSSS serán organismos de dirección del sistema de seguridad social en salud en su respectiva jurisdicción y actuarán como consejo de administración de los fondos territoriales de salud.

El CNSSS definirá las funciones de los Consejos Territoriales, tomando en cuenta que a los Consejos Territoriales les corresponde en el nivel territorial de su zona de influencia, adoptar y adaptar a su región las políticas nacionales e implementar las propias que consideren necesarias para la buena marcha de las instituciones y el desarrollo adecuado de las políticas públicas de salud, en armonía con el Plan Nacional de Salud.

Artículo 10. *Selección, período, carácter, honorarios y funciones de los representantes a los Consejos Territoriales de Seguridad Social.* La selección, período, carácter, honorarios y funciones de los CTSSS, serán definidos por el CNSSS en forma semejante a los establecidos para el Consejo Nacional, aplicados al nivel seccional, la financiación de dicho presupuesto estará a cargo de la dirección de salud territorial correspondiente.

CAPITULO II
TITULO IV
SALUD PUBLICA

Artículo 11. *Definición.* La salud pública es el conjunto de políticas que buscan garantizar la salud de la población por medio de acciones dirigidas a la colectividad, al individuo y al entorno, siendo uno de los componentes e indicador de las mejores condiciones de vida y bienestar del desarrollo del país, bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de todos los sectores y de la comunidad.

Son componentes de la salud pública, la atención integral a la población en sus fases de educación, información, promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Artículo 12. *Plan de Atención en Salud Pública Colectiva.* Créase el plan de salud pública colectiva como un conjunto óptimo de intervenciones básicas, de atención de enfermedades de interés en salud pública y algunas actividades, procedimientos e intervenciones para protección específica y para detección temprana las cuales determinará el CNSSS.

El PAS colectivo se orientará al mejoramiento del perfil epidemiológico de la población y de la situación sanitaria de los municipios que se integran en una región denominada de salud pública.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la protección social en coordinación con el Instituto Nacional de Salud pública, previo concepto del CNSSS reglamentará lo relativo a contenidos, operación y control del PAS-colectivo y definirá las regiones de salud pública.

Parágrafo 2°. El PAS-colectivo deberá incorporar como mínimo las acciones y programas contenidos hasta la vigencia de esta ley en el plan de atención básico PAB y además serán programas de obligatoria inclusión y cumplimiento en el PAS Colectivo lo siguientes: el plan ampliado de vacunación PAI, prevención de enfermedades crónicas y degenerativas, prevención de enfermedades emergentes y reemergentes, prevención de accidentes, promoción de salud sexual y reproductiva, planificación familiar incluido DIU, pomey y vasectomía, prevención del embarazo en adolescentes, promoción de la salud materno-infantil, prevención de ETS y VIH-SIDA, prevención del cáncer de cuello uterino, seno y cáncer gástrico, prevención y control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, promoción de vida saludable en tercera edad, fomento y prevención en salud mental, promoción y prevención en salud oral, salud visual y auditiva, control acorde a la situación epidemiológica de fiebre amarilla, dengue, malaria, TBC, lepra, leishmaniasis y cólera; programas de control de factores de riesgo del consumo, físicos, biológicos y químicos.

Artículo 13. *De la operación del PAS-colectivo.* La prestación del PAS-colectivo será gratuita y obligatoria para todos los habitantes del territorio nacional y se ajustará en su composición de acuerdo al perfil epidemiológico de cada entidad territorial, su planeación y dirección operará de la siguiente manera:

a) **Nivel nacional:** A cargo del Ministerio de la Protección Social, del Consejo Nacional de seguridad Social, el INSAP, quienes determinarán la estructura y composición del Plan Nacional de Salud Colectiva, tomando como insumo los planes territoriales de salud colectiva;

b) **Nivel departamental, distrital y capital:** Compuesto por el CTSSS, las direcciones seccionales del Distrito o Capital quienes serán

los encargados de elaborar el plan de Salud de su respectiva jurisdicción con fundamento en el perfil epidemiológico del departamento, distrito o Capital. En el caso de los departamentos estos integrarán los planes locales de salud colectivos y con el Consejo Departamental de Salud determinarán la asignación de los recursos a las Instituciones Públicas de la prestación de servicios encargadas de atender dichos planes;

c) **Nivel municipal:** Para cada trienio los municipios del país elaborarán su plan local de salud que tendrá en lo fundamental la misma composición del plan nacional adaptado al perfil epidemiológico del respectivo municipio y la enviará al Consejo Departamental de Salud para que sea incorporado en el plan departamental.

Artículo 14. *De la prestación del PAS colectivo.* El PAS-colectivo se prestará a través de la red pública de hospitales, siguiendo un modelo de salud familiar, por el sistema de presupuestos prospectivos cuyos adelantos no podrán ser inferiores al 60% del monto total del servicio cuyo presupuesto se proyecta, y el monto restante se cancelará en doceavas partes sobre la base de cumplimiento de las metas establecidas. Las instituciones públicas de la prestación de servicios de salud ejecutarán el PAS-colectivo mediante la conformación de equipos de atención familiar, los cuales como mínimo estarán conformados por: (1) un médico general, una (1) enfermera jefe, una (1) auxiliar de enfermería, una (1) auxiliar de higiene oral y cuatro (4) promotores de salud. Cada equipo deberá atender como máximo 800 familias.

Artículo 15. *Del pago por la prestación del PAS-colectivo.* El CNSSS definirá una unidad de pago por capitación (UPC) la cual se ajustará a cada región de salud pública con base en un factor numérico y de dispersión geográfica de la población y del perfil y situación de riesgo epidemiológico.

Artículo 16. *De la financiación del PAS-colectivo.* La financiación del PAS-colectivo estará a cargo de los recursos de la subcuenta de salud pública colectiva definidos en el artículo 51 de la presente ley.

TITULO V
DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA

Artículo 17. *Creación del Instituto Nacional de Salud Pública, Insap.* Créase la Empresa Industrial y Comercial del Estado para la investigación, vigilancia y control de la salud pública adscrita al Ministerio de la Protección Social, bajo la denominación Instituto Nacional de Salud Pública, Insap, en el cual quedarán integrados el Actual Instituto Nacional de Salud, INS, y el Instituto de Vigilancia y Control de Medicamentos y Alimentos, Invima.

El Insap asumirá las funciones que actualmente cumplen tanto el INS como el Invima, más las derivadas de esta ley y las establecidas en el siguiente artículo.

Parágrafo. El Gobierno Nacional queda facultado para que en un plazo de seis meses expida la reglamentación, estructura del Insap y su presupuesto, obligándose a integrar en esta Empresa al actual Instituto Nacional de Salud, INS, y el Instituto Nacional de Medicamentos y Alimentos, Invima

Artículo 18. *Funciones del Insap.* Además de las funciones que a la fecha vienen asumiendo el INS y el Invima, el Insap tendrá las siguientes funciones:

a) Constituirse en la máxima Instancia técnica de la salud pública del país y ser referente obligatorio para que el Ministerio de la Protección Social trace las políticas, programas y estrategias de salud pública, y en materia de medicamentos y alimentos, garantice su operación y control en forma descentralizada;

b) Vigilar y controlar la ejecución del plan de salud pública colectiva señalado por el Ministerio de la Protección Social y direcciones territoriales de Salud;

c) Definir las estrategias para implementar las políticas de salud pública colectiva determinadas por el Ministerio de la Protección Social;

d) Vigilar y controlar la ejecución del Plan de Salud Pública Colectiva señalado por el Ministerio de la Protección Social;

e) Realizar la monitoria de la ejecución de las estrategias incluidas en la política de salud pública colectiva;

f) Ejecutar la investigación básica, epidemiológica y económica sobre las condiciones de salud de acuerdo con los lineamientos sobre las prioridades identificadas por el Ministerio de la Protección Social;

g) Coordinar y vigilar la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública;

h) Establecer estrategias para prevenir, detectar e intervenir los riesgos que conducen a lesiones y enfermedades de origen común, ambientales y psicosociales que afectan a las personas o a las comunidades;

i) Dirigir la evaluación, seguimiento, asistencia, asesoría y control de gestión de las entidades territoriales en relación con el Plan de Salud Colectiva y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

j) Establecer y determinar los factores de riesgo que inciden en la salud y la calidad de vida;

k) Desarrollar las políticas, los programas y los proyectos tendientes a la protección de la salud para prevenir, detectar e intervenir los riesgos del ambiente, físicos, químicos y de consumo que afectan la salud y la calidad de vida;

l) Coordinar y orientar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y de control de enfermedades de obligatorio registro;

m) Producción de medicamentos genéricos de acuerdo con las necesidades del país;

n) Desarrollar, en forma articulada con las entidades territoriales, las Entidades Promotoras de Salud y las Administradoras del Nuevo Régimen Subsidiado, la evaluación, seguimiento, asistencia, asesoría y control de gestión de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de otras de interés en salud pública, contenidas en los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Nuevo Subsidiado;

o) Desarrollar las políticas y normas relacionadas con la salud sexual y reproductiva;

p) Vigilar y controlar las acciones que en materia de prevención y control de enfermedades y vigilancia en salud pública ejecuten las entidades del sector y del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

q) Emitir concepto toxicólogo sobre clasificación toxicológica y evaluación del riesgo de toxicidad de los productos que vayan a ser utilizados en el país;

r) Desarrollar, ejecutar y apoyar proyectos o labores de control e investigación de problemas de salud pública en el país, en coordinación con las instituciones involucradas;

s) Desarrollar y mantener estrategias que permitan el suministro y producción oportuna de los productos biológicos necesarios para la ejecución del Programa Ampliado de Inmunizaciones y el control de enfermedades de importancia para la salud pública;

t) Las demás que le sean asignadas y que correspondan a la naturaleza de la dependencia.

CAPITULO III

Modelo de administración

TITULO VI

REGIMEN SUBSIDIADO

Artículo 19. *Regionalización*. La operación del Régimen Subsidiado se organizará por regiones siguiendo criterios administrativos, financieros,

de oferta de servicios de salud y características geográficas, buscando respetar los límites departamentales, excepto en regiones en las cuales el servicio se optimase de otra manera, adjudicándolo mediante concurso público. El Ministerio de la Protección Social definirá las regiones que cumplan con estos objetivos, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 20. *Contenido del Plan de Salud Subsidiado*. Con base en estudios técnicos realizados por el Ministerio de la Protección Social y con los nuevos recursos establecidos en la presente Ley, el CNSSS establecerá las medidas necesarias para ampliar progresivamente tanto el contenido del POS subsidiado, hasta equiparlo con los contenidos del actual POS Contributivo, como la cobertura de dicho plan, hasta obtener una cobertura Universal de toda la población habitante del país. Antes del 1° de enero del año 2006. El CNSSS reajustará proporcionalmente el valor de la UPC respectiva.

Artículo 21. *Beneficiarios del régimen subsidiado*. Se beneficiará del Régimen Subsidiado toda la población habitante del territorio nacional que no pueda acceder al régimen contributivo.

Artículo 22. *De la administración del régimen subsidiado*. Adicionalmente a lo establecido en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, las Entidades Promotoras de Salud podrán habilitarse para afiliar personas tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado.

Solo podrán habilitarse para operar como Entidades Promotoras de Salud en el Régimen Subsidiado las entidades públicas, las entidades privadas sin ánimo de lucro, las cajas de compensación familiar, las EPS Indígenas y las empresas solidarias de salud.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará en los noventa días siguientes a la expedición de la presente ley los criterios de habilitación de las Entidades Promotoras de Salud de que trata el presente artículo. Estos criterios deben garantizar para la operación del Régimen Subsidiado los mínimos de capital, solidez y solvencia, incluyendo reservas, patrimonio, sistema de información, y red de servicios.

Artículo 23. *Selección de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado*. La selección de las Entidades Promotoras de Salud que sirven al Régimen Subsidiado se hará con base en un concurso público de competencias, que se realizará cada dos años por convocatoria del Ministerio de la Protección Social, donde se seleccionará a aquellas que operarán en cada región, según sus capacidades técnicas, administrativas y resolutivas de acuerdo con las características de la región de aseguramiento en donde se proponen operar.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social definirá y reglamentará el proceso de calificación a utilizar en estos concursos de competencias dentro de los tres meses siguientes a la promulgación de la presente ley.

Artículo 24. *Contratación con la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado*. Cada Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado suscribirá un contrato de prestación de servicios con el Fosyga con el objeto de prestar el plan de beneficios a los afiliados del Régimen Subsidiado. Este contrato cobijará a todos aquellos afiliados que han elegido a esa Entidad Promotora de Salud por el proceso de selección individual en la respectiva región.

El Fosyga girará directamente y en forma mensual a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación multiplicada por el número de afiliados que la hayan seleccionado dentro de un proceso de libre escogencia.

Parágrafo. Si se declara la caducidad de algún contrato con las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado que incumplan las condiciones de calidad y cobertura, la entidad territorial asumirá la prestación de los servicios mientras se selecciona una nueva Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado.

Artículo 25. *Porcentaje de administración del régimen subsidiado.* Las entidades que afilien población del Régimen Subsidiado podrán disponer por costos de administración como máximo hasta el 3% del valor de las Unidades de Pago por Capitación Subsidiada que le correspondan.

Artículo 26. *De los recursos no invertidos efectivamente en la prestación del POS.* Una vez finalizado el periodo fiscal correspondiente al año inmediatamente anterior, las EPS deberán girar al Fosyga subcuenta de Solidaridad, la diferencia resultante de restar los valores efectivamente causados por prestación del POS del valor de las Unidades de Pago por Capitación Subsidiada que le correspondan, previo descuento del porcentaje de administración establecido en el artículo 25 de la presente ley.

TITULO VII REGIMEN CONTRIBUTIVO

Artículo 27. *De la administración del régimen contributivo.* Solo podrán habilitarse para operar como Entidades Promotoras de Salud en el Régimen Contributivo las entidades públicas y las entidades privadas sin ánimo de lucro.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará en los noventa días siguientes a la expedición de la presente ley los criterios de habilitación de las Entidades Promotoras de Salud de que trata el presente artículo. Estos criterios deben garantizar tanto para el Régimen Contributivo los mínimos de capital, solidez y solvencia, incluyendo reservas, patrimonio, sistema de información, y red de servicios.

Artículo 28. *Porcentaje de administración del régimen contributivo.* Las Entidades Promotoras de Salud habilitadas para afiliar población del Régimen Contributivo podrán disponer por costos de administración como máximo hasta el 5% del valor de las Unidades de Pago por Capitación Contributiva que le correspondan.

Artículo 29. *De los recursos no invertidos efectivamente en la prestación del POS.* Una vez finalizado el periodo fiscal correspondiente al año inmediatamente anterior, las EPS deberán girar al Fosyga subcuenta de Compensación, la diferencia resultante de restar los valores efectivamente causados por prestación del POS del valor de las Unidades de Pago por Capitación Contributiva que le correspondan, previo descuento del porcentaje de administración establecido en el artículo 27 de la presente ley.

Artículo 30. *Cotización de contratistas.* Las personas vinculadas mediante contrato de trabajo, de prestación de servicios, consultoría, asesoría o contrato de obra, cotizarán el 12% del valor pactado en el contrato. Estos aportes obligatorios al Sistema serán retenidos por el Contratante y girados a la EPS que haya escogido libremente el contratista. El periodo de giro de esta cotización será mensual, independientemente con los periodos de pago pactados en el contrato. En ningún caso la cotización podrá liquidarse por debajo de un (1) salario mínimo mensual vigente smmlv.

Artículo 31. *Cotización de trabajadores de la economía informal.* A fin de facilitar que las personas vinculadas a la economía informal puedan afiliarse al régimen contributivo se posibilitará que como mínimo tengan como base de cotización un (1) salario mínimo mensual legal vigente, smmlv, según presunción de ingresos que para el efecto realice cada EPS.

Artículo 32. *Cotización de los pensionados.* A fin de propiciar la equidad en los pensionados y favorecer la capacidad adquisitiva del mismo, el CNSSS de los excedentes de la subcuenta de compensación del Fosyga, destinará el 30%, con el fin de subsidiar parcialmente las cotizaciones de estos.

Artículo 33. *Fondo Nacional de Aseguramiento de las Enfermedades de Alto Costo (FEAC).* Una vez definidas por el CNSSS cada una de las

patologías reconocidas como de alto costo, dentro del término de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley; el Ministerio de la Protección Social pondrá en funcionamiento el Fondo Nacional de Enfermedades de Alto Costo (FEAC), como una quinta subcuenta del Fosyga, que se encargará de asegurar el valor de los tratamientos de dichas patologías a todos los afiliados al SGSSS.

El CNSSS hará los ajustes correspondientes del valor de la UPC y del POS. En todo caso las EPS responderán por el aseguramiento de las patologías de alto costo y cobrarán al FEAC los costos de los tratamientos, según las tarifas definidas por el CNSSS del proyecto presentado por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 34. *De la solidaridad de la medicina prepagada, los planes complementarios y las pólizas de salud.* A partir de la vigencia de la presente ley, todo plan de medicina prepagada, plan complementario en salud y pólizas de salud, aportarán como solidaridad del sistema el 10% de su valor, el cual deberá ser girado por la entidad que expida el respectivo plan o seguro al Fosyga subcuenta de solidaridad.

CAPITULO IV

TITULO

RED PUBLICA DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 35. *Organización de la prestación de servicios por medio de redes.* Las instituciones prestadoras del servicio de salud se deberán organizar en redes, las cuales serán reglamentadas por el Ministerio de la Protección Social en los cuatro meses siguientes a la expedición de la presente ley, teniendo en cuenta los siguientes lineamientos:

- a) La red de prestación de servicios deberá corresponder a las áreas de operación de una EPS, dentro de la cual se deben integrar IPS de diferentes niveles de complejidad;
- b) Se deberá partir de una red de primer nivel basada en un modelo orientado a obtener resultados positivos en el perfil epidemiológico de la región donde opere;
- c) Los profesionales independientes podrán adscribirse o integrarse en redes para prestar servicios ambulatorios;
- d) La red deberá operar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes;
- e) Las redes de servicio podrán ser de origen público, privado o mixto.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo relativo a redes de servicios, en los cuatro meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Artículo 36. *Habilitación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.* En consonancia con lo establecido en el artículo 42, incisos 10 y 14 de la Ley 715 de 2001 y en el Decreto 2309 de 2002 la habilitación de instituciones prestadoras del servicio de salud nuevas, deberán ser adoptadas por el Ministerio de la Protección Social, previa presentación de evidencia de la necesidad de los servicios propuestos en las redes de prestación de servicios de salud, en la potencial área de influencia de la institución prestadora de servicio nueva.

Artículo 37. *Manual de tarifas.* El Gobierno Nacional establecerá un sistema de tarifas mínimas para la prestación de servicios de salud en los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley. Para ello desarrollará un sistema único de códigos de procedimientos de salud.

Artículo 38. *Salario mínimo profesional en salud.* El Gobierno Nacional determinará un salario mínimo legal para los profesionales de la Salud con base en los niveles de formación y experiencia, que hayan adquirido los mismos; los cuales serán de obligatorio cumplimiento para la contratación de este recurso para todos los actores del sistema.

Artículo 39. *Régimen presupuestal de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.* Con el objeto de fortalecer la autonomía

de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud e incentivar la eficiencia en la gestión de sus recursos, estas adoptarán un régimen presupuestal dirigido a la promoción de los ingresos y el control del gasto.

Artículo 40. *Recursos para hospitales públicos.* En cada vigencia se destinará el 60% de los excedentes de las Subcuenta de ECAT del Fosyga, para fortalecer la red nacional de urgencias y la red pública de servicios, con énfasis en los hospitales universitarios y docentes, de acuerdo con los criterios de distribución que establezca el CNSSS. De estos recursos, como mínimo, el 20% se destinará a inversión, modernización y actualización tecnológica.

CAPITULO V

Financiamiento

TITULO VIII

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA

Artículo 41. *Operación del Fondo de Solidaridad y Garantía.* El Fondo de Solidaridad y Garantía es un fondo independiente del presupuesto general de la Nación, que opera como una cuenta especial adscrita al CNSSS, quien será su consejo de administración, manejado por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública de que trata el artículo 150 de la Constitución Política. Los recursos, para todos los efectos hacen parte de la seguridad social en salud y por tanto no podrán destinarse a fines diferentes. Los gastos generados por este fondo serán contabilizados dentro del gasto público social al que hace referencia el artículo 350 de la Constitución política.

Artículo 42. *De la estructura del Fondo de Solidaridad y Garantía.* La estructura del Fondo de Solidaridad y Garantía tendrá las siguientes subcuentas independientes:

- De compensación Interna del régimen contributivo.
- De solidaridad del régimen subsidiado en salud.
- De salud pública colectiva.
- De seguros de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, según artículo 167 de la Ley 100 del 1993.
- Del Fondo Nacional de Aseguramiento de Enfermedades de Alto Costo.

Artículo 43. *Financiamiento de la cuenta de compensación.* Los recursos que financian la compensación en el régimen contributivo provienen de las siguientes fuentes:

a) De la diferencia de ingresos por cotización de los afiliados y el valor de la Unidades de Pago por Capitación, UPC, que le serán reconocidas por el sistema a cada Entidad Promotora de Salud. Las entidades cuyos ingresos por cotización sean mayores que las Unidades de Pago por Capitación reconocidas trasladarán estos recursos a la subcuenta de compensación, para financiar a las entidades en las que aquéllos sean menores que las últimas;

b) La diferencia entre el porcentaje de UPC de obligatoria inversión en prestación efectiva de servicios de salud y la realmente causada por cada EPS en cada vigencia fiscal.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud realizará el control de las sumas declaradas y tendrá la facultad de establecer las multas que defina la reglamentación del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

Artículo 44. *Financiación de la subcuenta de solidaridad.* Harán parte de esta cuenta los siguientes recursos:

a) El punto de cotización obligatoria que deben aportar los trabajadores al régimen contributivo;

b) El aporte de las cajas de compensación de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993. Estos recursos serán ejecutados directamente por

las cajas de compensación, sin situación de fondos, cuando dicha entidad sea contratada para la administración del régimen subsidiado según lo dispuesto en la presente ley;

c) Un aporte del presupuesto Nacional que será equivalente al monto que generan los recursos de que tratan los literales a) y b) del presente artículo;

d) Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la atención de la población pobre que no es elegible para pertenecer al régimen contributivo;

e) Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de las zonas petroleras de Cusiana y Cupiagua así como la de nuevos proyectos de hidrocarburos que se exploten a partir de la presente ley;

f) Los recursos de rentas cedidas de los territorios;

g) Los aportes de recursos de los entes territoriales como se define en la presente ley;

h) La diferencia entre el porcentaje de UPC de obligatoria inversión en prestación efectiva de servicios de salud y la realmente causada por cada EPS en cada vigencia fiscal;

i) El aporte de solidaridad del 10% por concepto de medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud de que trata el artículo 35 de la presente ley;

j) Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos.

Parágrafo 1°. Los recursos de que trata el presente artículo se destinarán a financiar los subsidios para la prestación de los servicios de salud a la población no elegible para el régimen contributivo en los territorios. El Fondo de Solidaridad y Garantía asignará los recursos por distrito, municipio o corregimiento departamental con base en el número de afiliados de cada distrito, municipio y corregimiento departamental y el valor de la UPC del Régimen Subsidiado. Los recursos los ejecutará por cuenta de dichas entidades territoriales, sin situación de fondos, directamente del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Parágrafo 2°. Anualmente, en el Presupuesto General de la Nación, se incluirá la partida correspondiente a los aportes que debe hacer el Gobierno Nacional a la subcuenta de Solidaridad de subsidios en salud. Para definir el monto de las apropiaciones se tomará como base lo reportado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en la vigencia inmediatamente anterior al de preparación y aprobación de la ley de presupuesto ajustados con base en la variación del índice de precios al consumidor, certificado por el DANE. El Congreso de la República se abstendrá de dar trámite al proyecto de presupuesto que no incluya las partidas correspondientes. Los funcionarios que no dispongan las apropiaciones y los giros oportunos incurrirán en causal de mala conducta que será sancionada con arreglo al régimen disciplinario vigente.

Parágrafo 3°. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público preparará un plan de pagos a 5 años de los recursos del Régimen Subsidiado vigente.

Artículo 45. *Recursos de las cajas de compensación.* Los recursos de que trata al artículo 217 de la Ley 100 de 1993 se aumentarán al 10 y al 15% respectivamente, según la fórmula contenida en el mencionado artículo.

Artículo 46. *Financiación de la subcuenta de salud pública del Fondo de Solidaridad y Garantía.* En esta cuenta concurrirán los recursos de:

a) Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud pública de que trata el artículo 52 de la Ley 715 de 2001;

b) El impuesto social a las armas de fuego y municiones de que trata el artículo 224 de la Ley 100 de 1993;

c) El aporte del Régimen Contributivo a las acciones colectivas de salud pública, equivalente al 3% de las UPC efectivamente compensadas;

d) Recursos del Presupuesto Nacional para la compra de insumos necesarios para programas verticales nacionales como el Plan Ampliado de Inmunizaciones PAI, y los programas de Tuberculosis, Malaria, Leishmaniasis, Fiebre Amarilla, SIDA;

e) Siete puntos (7%) porcentuales de los efectivos recaudos realizados por las Administradoras de Riesgos Profesionales en la vigencia fiscal inmediatamente anterior;

f) Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos.

Parágrafo. Los puntos porcentuales de que trata los literales C y E del presente artículo, las EPS y las ARP los podrán incluir dentro del costo efectivo en salud causado.

Artículo 47. *El impuesto social a las armas de fuego y municiones.* A partir de la vigencia de la presente ley el impuesto social a las armas de fuego creado mediante el artículo 224 de la Ley 100 de 1993 será equivalente al 20% de un salario mínimo mensual mientras que el impuesto social a las municiones y explosivos que se cobrará como un impuesto ad valorem tendrá una tasa del 10%.

Artículo 48. *Financiamiento de la subcuenta del Fondo Nacional de Aseguramiento de Enfermedades de Alto Costo.* La subcuenta de aseguramiento de enfermedades de alto costo contará con los siguientes recursos:

a) El porcentaje de la UPC del régimen contributivo determinado por el CNSSS en la misma reunión que se establezca el valor de la UPC para cada vigencia; porcentaje que se descontará mensualmente por el administrador fiduciario de la Subcuenta de Compensación;

b) El porcentaje de la UPC del régimen subsidiado determinado por el CNSSS en la misma reunión que se establezca el valor de la UPC respectiva para cada vigencia; porcentaje que se descontará mensualmente por el administrador fiduciario de la Subcuenta de Solidaridad;

c) Los rendimientos financieros que produzca la administración de los citados recursos.

CAPITULO VI

Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Seguridad Social en Salud

Artículo 49. *Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Seguridad Social en Salud.* Créase el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control como un conjunto de agentes normas y procesos, articulados entre sí, para permitir el ejercicio eficaz y eficiente de las funciones de inspección, vigilancia y control del sector salud. El órgano director de este sistema será la Superintendencia Nacional de Salud la cual será un organismo adscrito a la Presidencia de la República, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

Parágrafo. Sus funciones serán las que define el artículo 233 de la Ley 100 de 1993.

Artículo 50. *Reglamentación del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de la Seguridad Social en Salud.* El Gobierno Nacional en un período no superior a tres (3) meses reglamentará el sistema de inspección, vigilancia y control de la seguridad social en Salud, tanto en lo colectivo como en lo individual.

Artículo 51. *Direcciones territoriales de inspección, vigilancia y control del Sistema de la Seguridad Social en Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud descentralizará sus funciones de inspección vigilancia y control; para tal efecto creará las direcciones respectivas en cada departamento o distrito, las cuales se financiarán con el 60% de los recursos establecidos en el artículo 98 de la Ley 488 de 1998.

Las direcciones territoriales de inspección vigilancia y control actuarán como primera instancia en los procesos administrativos desarrollados a las entidades vigiladas, quienes podrán acudir en segunda instancia ante el nivel central de la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPITULO VII

Disposiciones finales

Artículo 52. *Facultades al Ejecutivo.* Facúltase al Presidente de la República y al Ministerio de la Protección Social (MPS) para que en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la fecha de publicación en el *Diario Oficial* de la presente ley, previa revisión en todos los casos y concepto favorable del CNSSS y teniendo en cuenta los principios y objetivos contemplados en los artículos 1º y 2º de la presente ley:

a) **Expida el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud** que unifique, simplifique y compile todas las normas existentes en materia de Seguridad Social en Salud;

b) **Implemente y adopte**, el sistema de registro único definido en el artículo 15 de la Ley 797 de 2003 con el objeto de controlar la evasión, elusión y duplicidades en afiliación del SGSSS;

c) **Cree el Registro Unico de Aportantes (RUA)** al Sistema General de Seguridad Social en pensiones, salud y protección laboral;

d) **Ordene al administrador Fiduciario del Fosyga** que una vez termine el último período de contratación vigente con las actuales Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), posterior a la publicación en el *Diario Oficial* de la presente ley, gire los recursos de la Subcuenta de Solidaridad directamente y de acuerdo con los contratos realizados a las Entidades Promotoras que operen el Régimen subsidiado, las cuales contratarán la prestación de los servicios a Redes constituidas para dicho fin, cuyo origen podrá ser público, privados o mixtos. En adelante esta contratación de servicios con la red integrada de origen público no será inferior al 60%;

e) **Cree el Fondo Nacional de Aseguramiento de las Enfermedades Catastróficas o de Alto Costo (FEAC).** Una vez definidas por el CNSSS cada una de las patologías reconocidas como de alto costo y con base en estudios técnicos que correlacionen el costo relativo de estas patologías, su frecuencia y riesgo, el Ministerio de la Protección Social pondrá en funcionamiento el Fondo Nacional de Enfermedades de Alto Costo del SGSSS (FEAC), como una quinta subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.

Artículo 53. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación, deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

De los honorables Congresistas

Luis Carlos Avellaneda, Piedad Córdoba, Bernardo Alejandro Guerra, Jesús Bernal Amorochó, Antonio Javier Peñalosa, Senadores de la República.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Propósito del proyecto

Colombia es un Estado Social de Derecho según lo consagrado en el artículo 1º de la Constitución Nacional y siendo la atención en salud un servicio público a cargo del Estado y cuyo acceso debe ser garantizado a todas las personas en los niveles de promoción, protección y recuperación de la salud bajo los principios de Universalidad, solidaridad y eficiencia, se hace necesario reformar el sistema General de Seguridad Social en Salud establecido en el libro segundo de la Ley 100 de 1993 con el objetivo de cumplir con los preceptos constitucionales anteriormente mencionados.

De la cobertura universal

Por tanto el presente proyecto busca alcanzar la cobertura universal en salud para toda la población colombiana sin ninguna clase de diferenciación

por condición económica, social o de raza, mediante la búsqueda de nuevos recursos y mejor distribución de los existentes, para lo cual se plantea las siguientes estrategias:

- Consolidación de todas las fuentes de recursos que financian el régimen subsidiado, en la subcuenta de solidaridad del Fosyga.
- Establecer un margen de administración para las entidades que operen tanto el régimen contributivo como el subsidiado.
- Reingresar a las subcuentas de solidaridad o compensación, los recursos que las EPS que operen el régimen contributivo como el subsidiado no inviertan en la prestación efectiva de los servicios de salud.
- Aplicar el principio de solidaridad a la medicina prepagada, planes complementarios y póliza de salud mediante aportes a la subcuenta de solidaridad.
- Modificación de las proporciones de los recursos para subsidios a la demanda y subsidios a la oferta del Sistema General de Participaciones en los artículos 48 y 49 de la Ley 715 de 2001.
- Reducir la elusión y la evasión y aumentar la afiliación al régimen contributivo mediante la retención directa de los aportes en Salud de los contratistas por parte de las personas naturales y jurídicas contratantes.
- Permitir la afiliación de los trabajadores de la economía informal desde un salario mínimo mensual legal vigente de cotización.
- Aumentar los aportes de las cajas de compensación familiar a la subcuenta de solidaridad establecidos en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

Salud pública

De igual forma en desarrollo de los principios Constitucionales mencionados y teniendo en cuenta el incremento de enfermedades emergentes y reemergentes se hace necesario el establecimiento de un plan de salud público colectivo cuya responsabilidad estará a cargo del Estado, con ejecución principalmente por la red pública de servicios de salud, debidamente financiado por fuentes claras de recursos con cobertura universal y orientado a la obtención de resultados que modifiquen de manera positiva los perfiles epidemiológicos de los habitantes del territorio Nacional. Para cumplir con esto se generarán las siguientes estrategias:

- Trasformar la subcuenta de promoción y prevención del Fosyga en la denominada subcuenta de salud pública colectiva.
- Financiar la mencionada subcuenta con aportes de las entidades promotoras de salud que operan el régimen contributivo y el régimen subsidiado.
- Aumentar los recursos para salud pública del Sistema General de Participaciones establecido en el artículo 52 de la Ley 715 de 2001.
- Incrementar los aportes por concepto de armas de fuego y municiones establecido en el artículo 224 de la Ley 100 de 1993.
- Trasladar por parte de las administradoras de riesgos profesionales el siete por ciento de sus recaudos totales a esta subcuenta.
- Tomar como estrategia de intervención comunitaria y aplicación de estos recursos un modelo de atención en salud familiar.
- Trasformar el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos, en una sola Empresa Industrial y Comercial del Estado con capacidad productora de medicamentos, biológicos, sueros antiofidicos, reactivos y demás elementos afines a su objeto social.

Teniendo en cuenta que la atención de las patologías de alto costo se han convertido en un elemento desequilibrante financieramente del sistema y que en algunas ocasiones ha llevado a prácticas de barrera de acceso para estos pacientes, el presente proyecto propone la creación del Fondo Nacional de Aseguramiento de las Enfermedades de Alto Costo, como una quinta subcuenta adscrita al Fosyga, cuya financiación estará dada por los siguientes recursos:

- Un porcentaje de las UPC del régimen contributivo.
- Un porcentaje de las UPC del régimen subsidiado.
- Rendimiento financiero de estos recursos.

Prestación de los servicios de salud

Con el objetivo de lograr una óptima y eficiente aplicación de los recursos en la prestación de los servicios de salud lo que permitiría reducción en costos de operación, para que estos recursos liberados faciliten la cobertura universal, se plantea la conformación de redes de servicios de salud las cuales se integrarán de manera obligatoria para poder contratar con las Entidades Promotoras de Salud. De otra parte para garantizar la digna contratación por parte de las redes de servicios se establece un salario mínimo profesional de salud y un manual de tarifas, los cuales serán de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores. Con el fin de fortalecer la red de urgencias y la red pública de servicios se destina un porcentaje de la subcuenta ECAT del Fosyga con dicho fin.

Vigilancia y control

Una de las principales falencias diagnosticadas en el sistema actual es la débil presencia de las instancias de vigilancia y control, lo que ha permitido el abuso por parte de algunos actores de sus posiciones dominantes dentro del sistema, es por ello que se propone la creación de un Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Seguridad Social en Salud cuyo rector será la Superintendencia Nacional de Salud como órgano adscrito a la Presidencia de la República con el fin de garantizar mayor grado de independencia y operando de manera descentralizada mediante direcciones territoriales que permitan el cumplimiento de su objetivo.

Metas de afiliación régimen contributivo

Con base en las estrategias planteadas las metas de afiliación para el régimen contributivo son las contenidas en el siguiente cuadro, las cuales fueron calculadas teniendo como base la UPC promedio del régimen contributivo establecida en el Acuerdo 259 del CNSSS, la densidad familiar y el promedio salarial con el cual cotizan actualmente los afiliados al régimen contributivo, según estudio adelantado por la Fundación Corona de mayo de 2004.

TIPO AFILIACION	COTIZANTES	BENEFICIARIOS	TOTAL AFILIADOS	VALOR UPC	COMPENSACION
RC ACTUAL	4,935,622	6,564,378	11,500,000	\$ 3,967,189,500,000	\$ 4,961,603,114,208
RC CONTRAT.	1,480,687	1,969,314	3,450,001	\$ 1,190,157,194,973	\$ 1,488,481,336,368
R. ESPEC.	549,589	730,954	1,280,543	N.A.	
R. ECON. INF.	1,500,000	1,995,000	3,495,000	\$ 1,205,680,635,000	\$ 773,280,000,000
TOTAL	8,465,898	11,259,646	19,725,544	\$ 6,363,027,329,973	\$ 7,223,364,450,576

Metas de afiliación régimen subsidiado y vinculado

Teniendo en cuenta el resultado proyectado de afiliados al régimen contributivo y partiendo de la base que la población colombiana para el año 2005 se estima en 45.000.000 de habitantes y que por problemas de identificación un diez por ciento de esta población no se podrá incorporar al Régimen Subsidiado, a esta se le atenderá el servicio de urgencia como vinculado al sistema.

TIPO AFILIACION	AFILIADOS	VALOR UPC
R. SOLIDARIO	20.774.456	\$ 4.154.891.200.000
R. VINCULADOS	4.500.000	\$ 270.000.000.000
TOTAL	25.274.456	\$ 4.424.891.200.000

Financiación régimen subsidiado

Los requerimientos de recursos calculados para la cobertura proyectada del régimen subsidiado se financiarán por las siguientes fuentes:

FUENTES	VALORES
SOLIDARIDAD	\$ 601,947,037,548
SOLI R.E.	\$ 73,084,482,417
CCF	\$ 135,044,000,000
PARYPASU	\$ 810,075,519,965
SGP	\$1,553,152,000,000
OFERTA	\$ 700,000,000,000
CONT. M.P.	\$ 110,333,634,700
DEV. REC.	\$ 600,000,000,000
TOTAL	4,583,636,674,629

Metas Cobertura Esperadas

Con base en los cálculos estimados, la siguiente es la proyección de afiliación a lograr el 1° de enero de 2006:

Regímen	Afiliados
Contributivo	19.725.544
Subsidiado	20.774.456
Vincu. Cont.	4.500.000
Total	45.000.000

Operación de Salud Pública Colectiva

El costo del programa, personal requerido, número de equipos necesarios a nivel nacional para el programa de salud pública colectiva por el modelo familiar será el siguiente:

	Atención Familiar
Población	45.000.000
Familias por grupo	800
Personas por grupo	3.200
N° R.H. por equipo	8
N° Equipos	14.063
Toatal R.H.	112. 500
Valor prom. equipo	\$72.000.000
Valor total	1.012.500.000.000

Por todo lo anterior ponemos en consideración del honorable Senado de la República el presente proyecto de ley, con la seguridad de que será aprobado por esta honorable corporación.

PONENCIAS

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 105 DE 2003 SENADO

por medio de la cual se crea el Sistema Nacional de Cooperación Internacional, se reestructura la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional y se dictan otras disposiciones.

Y EL PROYECTO DE LEY 126 DE 2003

por la cual se implementa el control y la veeduría ciudadana a la ejecución de recursos provenientes de la ayuda oficial al Desarrollo y Cooperación Internacional Descentralizada.

Bogotá, D. C., junio 9 de 2004

Doctor

JAIRO CLOPATOFISKY GHISAYS

Presidente Comisión Segunda Constitucional

Senado de la República

Señor Presidente, honorables Senadores:

Me ha correspondido estudiar y rendir ponencia para primer debate sobre el Proyecto de ley número 105 de 2003 Senado, por medio de la cual se crea el Sistema Nacional de Cooperación Internacional, se reestructura la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional y se dictan otras disposiciones, y el Proyecto de ley 126 de 2003, por el cual se implementa el control y la veeduría ciudadana a la ejecución de recursos provenientes de la ayuda oficial al Desarrollo y Cooperación Internacional

De los honorables Congresistas,

Luis Carlos Avellaneda T., Piedad Córdoba, Bernardo Alejandro Guerra, Jesús Bernal Amorocho, Antonio Javier Peñalosa, Senadores de la República.

SENADO DE LA REPUBLICA

SECRETARIA GENERAL

Tramitación de Leyes

Bogotá, D. C., junio 10 de 2004

Señor Presidente:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de ley número 242 de 2004 Senado, *por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones*, me permito pasar a su Despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General. La materia de que trata el mencionado proyecto de ley, es competencia de la Comisión Séptima Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE SENADO

DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., junio 10 de 2004

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

Cúmplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Germán Vargas Lleras.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

Descentralizada proyectos que se acumulan por referirse al mismo tema, al tenor de lo ordenado por el artículo 151 de la Ley 5ª de 1992, motivo por el cual me permito someter a consideración de la honorable Comisión Segunda Constitucional Permanente del Senado de la República, el presente informe de ponencia.

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 105 DE 2003 SENADO ACUMULADO

CON EL PROYECTO DE LEY NUMERO 126 DE 2003

por medio de la cual se crea el Sistema Nacional de Cooperación Internacional, se reestructura la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional y se dictan otras disposiciones.

Antecedentes del proyecto

Estos sendos proyectos fueron presentados en los meses de septiembre y octubre pasados y durante dicha legislatura los autores y el ponente hicieron citación de funcionarios del alto Gobierno Nacional, miembros de la confederación de organizaciones no gubernamentales y voceros de fuentes cooperantes, de los cuales se recibieron conceptos, propuestas y recomendaciones que se tuvieron en cuenta en el espíritu y contenido del articulado del presente proyecto de ley.

El Proyecto de ley número 105 Senado, de autoría del honorable Senador Manuel Ramiro Velásquez, fue radicado en la Comisión Segunda del Senado de la República el día 16 de septiembre de 2003 y se asigna al Senador Fuad Char Abdala.

El Proyecto de ley número 126 Senado, de autoría de la honorable Senadora Alexandra Moreno Piraquive, fue radicado en la Comisión Segunda del Senado de la República, después de haber sido asignado y estudiado por el honorable Senador Juan Fernando Cristo, miembro de la comisión primera, quien mediante oficio de fecha 5 de noviembre de 2003, lo remite al honorable Senador Luis Humberto Gómez Gallo, Presidente de la honorable Comisión Primera, para que surtiera los trámites pertinentes, considerando que la temática principal y el grueso de su articulado no era afín con los temas que la Ley 5ª de 1992 asignan a la Comisión Primera, y por lo tanto no era de competencia de dicha Comisión.

De la Comisión Primera, mencionado proyecto es remitido a la Mesa Directiva del honorable Senado de la República, para su reasignación en la Comisión Constitucional permanente y que atiende política Internacional. Mediante oficio, el honorable Senador Germán Vargas Lleras, Presidente del Senado acoge la recomendación del Senador Juan Fernando Cristo, ponente designado en la Comisión Primera que expresa en su misiva: “Considero que por el principio de especialidad su competencia corresponde a la Comisión Segunda Constitucional del Senado de la República” y “así mismo solicito muy respetuosamente se tenga en cuenta los artículos 151 y 152 de la Ley 5ª de 1992, para que curse su respectivo trámite el mencionado proyecto”.

De igual forma el Presidente del Senado entra a decidir y considera: “De los 18 artículos que está compuesto el proyecto de ley, diez (10) corresponden a desarrollar el sistema y las oficinas de Cooperación Internacional, y solamente tres (3) a las Veedurías Ciudadanas, por lo que por esta vía, la meramente de cantidad, la especialidad sería el tema de la Cooperación Internacional”.

Igualmente el Senador Germán Vargas sienta posición jurídica al definir, “este proyecto de ley no puede desarrollar el tema de las Veedurías Ciudadanas, que sería el tema que le daría competencia a la Comisión Primera, porque: este tema concreto ya ha sido desarrollado por el Proyecto de ley 022 de 2001 Senado, 149 de 2001 Cámara, titulado “por medio de la cual se reglamentan las Veedurías Ciudadanas”; proyecto de ley que por ser estatutaria ya ha sido revisado por la honorable Corte Constitucional en Sentencia C-292 del 8 de abril de 2003, y que en su núcleo central ha sido declarado Constitucional, y que en este momento está para ser remitido del Congreso Nacional a la Presidencia de la República para lo pertinente.

Lo anterior quiere decir que el Proyecto de ley 126 no puede hacer referencia a las Veedurías Ciudadanas, porque en el proyecto de ley ya revisado por la Corte, se encuentra desarrollado hasta el extremo la figura de las veedurías, y es a ella a la que se debe referir cualquier ley que toque la figura de las Veedurías.

Por lo mismo, el Proyecto de ley 126 no puede referirse a las Veedurías Ciudadanas. En consecuencia el único tema objeto de la ley en cuestión es el de la Cooperación Internacional, y él corresponde, de conformidad con la Ley 5ª de 1992, a la Comisión Segunda Constitucional del Senado, a donde se remitirá el presente expediente.

Con estos trámites y conceptos el proyecto de ley 126 de 2003 Senado, titulado “Por la cual se implementa el control y la veeduría ciudadana a la ejecución de recursos provenientes de la ayuda oficial al desarrollo y Cooperación Internacional Descentralizada” es remitido a la Comisión Segunda, en el cual se le asigna al honorable Senador Fuad Char Abdala, quien ya tenía bajo su atención y estudio el Proyecto de ley número 105 Senado de 2003, “por la cual se crea el Sistema Nacional de Cooperación Internacional, se reestructura la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional y se dictan otras disposiciones” el cual procede según lo ordenado en la Ley 5ª de 1992 artículos 151, y 152, y acumula los dos proyectos.

Hechos

Acumulación de proyectos. Cuando a una comisión llegare un proyecto de ley que se refiere a un mismo tema de un proyecto que esté en trámite, el Presidente lo remitirá, con la debida fundamentación, al ponente inicial para que proceda a su acumulación, si no ha sido aún

presentado informe respectivo como lo indica el artículo 151 de la Ley 5ª de 1992.

Así las cosas y teniendo en cuenta que en este caso procede la acumulación de los Proyectos 105 y 126 Senado para que se configure la unidad de materia, se procede a acumular los dos proyectos de ley.

Estructura del proyecto

El proyecto de ley está constituido por 27 artículos, comprendidos dentro de 4 capítulos, así:

* El Capítulo Primero denominado Sistema Nacional de Cooperación Internacional No Reembolsable abarca los artículos 1º al 7º. En él se crea el Sistema Nacional de Cooperación Internacional, como medio articulador de los múltiples actores de la cooperación internacional no reembolsable que reciba y otorgue el país; se determina su primordial objetivo de fomentar e invertir en forma eficaz y eficiente de los recursos provenientes de la Cooperación Internacional para el Desarrollo; se define su composición en el cual se le da cabida y representatividad igualitaria a las:

- a) Las organizaciones públicas, privadas y mixtas relacionadas de una u otra forma, con actividades de cooperación internacional no reembolsable;
- b) Las oficinas o instancias de cooperación internacional de entidades públicas nacionales, de las entidades territoriales, departamentales, distritales y municipales y de las instituciones privadas;
- c) Las fuentes y los cooperantes internacionales de carácter bilateral y multilateral de carácter oficial y privado;
- d) Las normas, procesos, procedimientos y la información, inherentes al desarrollo de la cooperación internacional no reembolsable.

* El Capítulo Segundo denominado Agencia Colombiana de Cooperación Internacional, comprende los artículos 8º al 17. En él se establece la naturaleza jurídica, adscripción, sede, objetivos, funciones, dirección y administración, la integración del Consejo Directivo, las funciones de este, la designación del director, sus funciones, y el patrimonio, rentas y administración de recursos de la Agencia.

* El Capítulo tercero, denominado Fondo de Cooperación y Asistencia Internacional, comprende los artículos 18 al 22. En él se crea este Fondo, siguiendo los lineamientos que contenía la Ley 318 de 1996 a ese respecto. El Capítulo Cuarto, denominado Disposiciones varias, abarca los artículos 23 al 27.

Consideraciones generales

El proyecto de ley en consideración tiene como propósito integrar todos los actores y procedimientos legales relacionado con el ámbito de la Cooperación Internacional no reembolsable, desde y hacia nuestro país, ya sea oficial o privada, debido a que la actual legislación es muy escasa y dispersa. La regulación de los procedimientos entre cooperante y cooperado proviene básicamente de los tratados públicos que Colombia a celebrado con otros Estados y con los Organismos Internacionales, como también de las disposiciones consagradas en la Ley 318 de 1996 con la que se creó la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional, ACCI, el Comité Intersectorial y el Fondo de Cooperación y Asistencia Internacional.

Este proyecto pretende igualmente fortalecer el accionar de la ACCI, acatando lo dispuesto en la Ley 489 de 1998, frente a la denominación y función de sus órganos de dirección y administración, así como en lo relacionado con la coordinación de sus actuaciones, propiciando un manejo coherente, ordenado y coordinado del tema mediante la creación del Sistema Nacional de Cooperación Internacional generando bases para que con el apoyo de la ACCI se obtengan acciones sinérgicas y complementarias entre las organizaciones, dependencias e instancias de Cooperación Internacional de entidades públicas nacionales de las entidades territoriales departamentales, distritales, municipios y de las instituciones privadas, mayores resultados en el impacto de los proyectos de desarrollo social financiados con recursos internacionales y un mejor y claro manejo de los recursos financieros recibidos por el país a partir de los convenios internacionales de Cooperación.

Es importante resaltar que a través del espíritu y el articulado del presente proyecto de ley no se pretende establecer limitaciones a la recepción y entrega de la Cooperación Internacional a nuestro país, como tampoco crear los medios y escenarios para la intromisión del Estado en la actividad autónoma de las organizaciones privadas relacionadas con la Cooperación Internacional no reembolsable, ni la injerencia oficial en la actividad autónoma de los particulares garantizado por la Constitución Nacional.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Durante el mes de agosto del año 2003, tuvo lugar en Cartagena de Indias, el Encuentro del Sistema Nacional de Cooperación Internacional convocado por la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional y la Agencia Española de Cooperación.

En este encuentro, en el que participaron los responsables de cooperación internacional de todas las entidades nacionales, así como representantes de Gobiernos Locales y de organizaciones de sociedad civil, se efectuó un importante diagnóstico de las principales falencias que enfrenta la gestión de la cooperación internacional en Colombia, y que necesariamente deben ser superadas para lograr una mayor eficiencia e impacto de los aportes internacionales tanto técnicos como financieros que recibe el país.

Como fruto de este ejercicio, se identificaron una serie de acciones que resultan prioritarias para mejorar la calidad y cantidad de la cooperación que se gestiona, y sobre los cuales el Gobierno Nacional ha venido trabajando en los últimos 8 meses:

1. Establecimiento de criterios y directrices que orientan la Cooperación Internacional coherente y predictibles, que permitan definir derroteros a mediano y largo plazo, de forma lo suficientemente flexible para responder a las dinámicas de cambio tanto nacionales como internacionales.

Entre los temas debatidos para la consecución de este resultado se planteó la apertura de espacios de participación territorial y de la sociedad civil en la definición de políticas, la potenciación del desarrollo académico (investigación-reflexión) sobre Cooperación Internacional, la divulgación entre los actores sobre los alcances y naturaleza de la Cooperación al desarrollo y una mayor articulación entre los actores que formulan los criterios de política.

2. Demanda de Cooperación Internacional sistematizada concertada y ordenada, principalmente mediante la exploración de mecanismos de coordinación entre los actores e instancias nacionales (coordinación intersectorial, nivel central y descentralizado, organizaciones no gubernamentales y sector privado) que permita alinear dicha demanda con las prioridades de desarrollo nacional.

3. Promover una estructura organizacional incluyente, flexible y descentralizada en la toma de decisiones, privilegiando las funciones de facilitación sobre las de control, promoviendo estructuras horizontales y representativas de los distintos sectores, delimitando el papel de las unidades de cooperación de cada entidad y definiendo lineamientos uniformes sobre la cooperación al interior de las entidades.

4. Disponer de procedimientos efectivos de gestión de la Cooperación, principalmente a través de la adecuación del marco jurídico y normativo, el fortalecimiento de las capacidades de gestión de la Cooperación Internacional en las distintas instancias del sistema (programación y negociación con las fuentes, seguimiento y evaluación, conocimiento de las líneas de financiación, etc.) o la revisión de determinados procedimientos en el marco de la Cooperación Internacional (Presupuesto, Contratación, Tributarios).

5. Contar con información accesible, de calidad, oportuna y pertinente, a través de la identificación de todos los actores emisores y

receptores de información, la homologación de la información pertinente, el establecimiento de criterios para el flujo de información entre actores del sistema, la utilización de herramientas tecnológica adecuadas y la elaboración de estadísticas de la Cooperación Internacional armonizadas con las de las organizaciones Internacionales.

6. Aumentar la Coordinación de la oferta de Cooperación en las entidades donantes, complemento necesario al esfuerzo nacional que se propone para adecuar la Cooperación en calidad y cantidad a las necesidades de desarrollo del país.

Un Sistema de Cooperación Internacional es el resultado de un conjunto de sinergias y articulaciones que permitan generar un mejor y mayor impacto de la Cooperación Internacional que recibe y otorga el país, que permita y facilite la coherencia entre los requerimientos y la oferta de la cooperación, la pertinencia y oportunidad de las acciones de Cooperación, integralidad del sector y respuesta de gran impacto a las necesidades de desarrollo regional.

En efecto un sistema conformado por los actores públicos y privados nacionales y regionales, se constituye en un mecanismo que facilita y permite ordenar la demanda nacional, priorizarla y focalizarla para lograr resultados de impacto y desarrollo integral.

Una de las principales falencias que hoy se detectan de la cooperación en el país, es la dispersión de esfuerzos que conllevan no sólo a un bajo impacto sino incluso, en algunos casos, a duplicidad de esfuerzos.

Es por ello que se hace imperioso consolidar la institucionalidad nacional en alianza con el sector privado, para mejorar los procesos de planificación, gestión, ejecución e impacto de la cooperación. Esto es lo que ofrece un Sistema de Cooperación Internacional como el propuesto en el presente proyecto de ley.

En este sentido disponer de un marco normativo que formalice la existencia de un Sistema Nacional de Cooperación Internacional, se constituye en un factor facilitador y promotor de una mejor y más eficiente y efectiva gestión de la Cooperación internacional para el país.

PLIEGO DE MODIFICACIONES

Teniendo como referencia el Proyecto de ley 105 de 2003 Senado, “por la cual se crea el Sistema Nacional de Cooperación Internacional, se reestructura la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional y se dictan otras disposiciones”, el ponente define hacerle las siguientes modificaciones:

Artículo 5º. Integración del Consejo Nacional.

A los integrantes del Consejo Nacional se adicionarán nuevos integrantes como son:

El Ministro de Educación

El Ministro de Cultura

El Representante legal de la Asociación Nacional de Acciones Comunes.

El Director de la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional con voz y sin voto y cumplirá las funciones de secretaría técnica.

Artículo 6º. Reuniones, decisiones y quórum. Se modifica en el aspecto de la toma de decisiones ya que estas no se tomarán por consenso sino por mayoría simple.

Artículo 7º. Funciones del Consejo Nacional de Cooperación Internacional.

Numeral 5. Se complementa el numeral 5 adicionándole el texto, con la colaboración de la Confederación de Organizaciones no Gubernamentales, la Federación Nacional de Municipios y la Confederación Nacional de Gobernadores.

Numeral 10. Se incorpora como numeral nuevo.

Artículo 9º. Objetivo:

Segundo inciso, dentro del objetivo se le adiciona como función también ejercer la Secretaría técnica

Artículo 10. Funciones.

- Se incorpora el literal C. Coordinar y articular todas las acciones de cooperación internacional, técnica y financiera no reembolsables que reciba y otorgue el país bajo la modalidad de ayuda oficial para el desarrollo destinado a entidades públicas, así como de los recursos que se obtengan como resultado de operaciones de condonación de deuda con naturaleza de contenido social o ambiental.

- Se incorpora el literal G. Apoyar técnicamente a las oficinas o instancias de Cooperación Internacional de entidades públicas nacionales, de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, que lo soliciten.

- Se incorpora el literal H. Actuar como Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Cooperación Internacional.

- Se incorpora el literal L. Negociar, con la colaboración del Ministerio de Relaciones Exteriores, los acuerdos complementarios de cooperación internacional, técnica o financiera no reembolsable, derivados o no de los acuerdos marco a que se refiere el literal anterior.

- Se incorpora el literal R. Apoyar en la preparación de los planes, programas y proyectos de Cooperación Internacional técnica o financiera no reembolsable a las oficinas departamentales, municipales y distritales de Cooperación Internacional.

- Se incorpora el literal T. Rendir cuentas anualmente sobre los programas y proyectos de Cooperación Internacional bajo la modalidad de ayuda oficial no reembolsable para el desarrollo, ante las comisiones de Asuntos Internacionales del Congreso de la República.

Artículo 12. Integración del Consejo Directivo.

Modificación: El Consejo Directivo de la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional, lo presidirá el director del departamento administrativo de la Presidencia de la República más no el Ministro de Relaciones Exteriores.

En cuanto al Capítulo 3 este se anula para no crear una duvidad de trámites e inscripciones, ya que en la actualidad existe un registro de obligatorio cumplimiento en el Ministerio del Interior y Justicia en el cual se obliga la inscripción de las organizaciones no gubernamentales internacionales que desarrollan actividades en Colombia. Para el caso de las ONG internacionales estas se registran en las Cámaras de Comercio de las diferentes ciudades, en la Alcaldía Mayor de Bogotá y en las alcaldías capitales quienes son los entes que expiden las personerías jurídicas respectivas, de conformidad con lo preceptuado en los Decretos números 2150 de 1995 y 0497 de 1996.

En cuanto al Proyecto número 126 de 2003 Senado, “por la cual se implementa el control y la Veeduría Ciudadana a la ejecución de recursos provenientes de ayuda oficial al Desarrollo y Cooperación Internacional Descentralizada”, este se asimila en su espíritu y temática por que sus contenidos versan sobre el mismo tema y sus objetivos se logran en los artículos ya enunciados en el Proyecto de ley 105 de 2003. Se exceptúa de lo anterior el capítulo de Veedurías Ciudadanas por que este tema en su totalidad ha sido desarrollado por la Ley 850 de 2003.

Proposición

Dese primer debate al Proyecto de ley número 105 de 2003 Senado acumulado con el Proyecto de ley número 126 de 2003 Senado con el articulado adjunto en el pliego de modificaciones.

José Consuegra Bolívar,
Senador de la República.

ARTICULADO DE LA PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 105 DE 2003 SENADO, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NUMERO 126 DE 2003

por la cual se crea el Sistema Nacional de Cooperación Internacional, se reestructura la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Sistema Nacional de Cooperación Internacional

Artículo 1°. *Creación.* Créase el Sistema Nacional de Cooperación Internacional como el mecanismo de articulación permanente y abierta de los diferentes actores y modalidades de la cooperación internacional no reembolsable que reciba u otorgue el país bajo la modalidad de Ayuda Oficial y colaboración Internacional para el Desarrollo.

Parágrafo. Para efectos de la presente ley, se adopta el siguiente concepto de Ayuda Oficial para el Desarrollo, AOD: Los recursos humanos, económicos, científicos y técnicos entregados por gobiernos, organismos públicos o multilaterales con el fin de apoyar la ejecución de políticas, planes, programas y proyectos del país receptor.

Artículo 2°. *Objetivo.* El Sistema Nacional de Cooperación Internacional tendrá como objetivo el fomento y aplicación eficaz y eficiente de la cooperación no reembolsable que reciba u otorgue el país bajo la modalidad de Ayuda Oficial para el Desarrollo, en términos de enlace y apoyo interinstitucionales e intercambio de información y experiencias.

Artículo 3°. *Composición del sistema.* El Sistema Nacional de Cooperación Internacional estará compuesto por los siguientes actores:

a) Las organizaciones públicas, privadas y mixtas relacionadas de una u otra forma, con actividades de cooperación internacional no reembolsable;

b) Las oficinas o instancias de cooperación internacional de entidades públicas nacionales, de las entidades territoriales, departamentales, distritales y municipales y de las instituciones privadas;

c) Las fuentes y los cooperantes internacionales de carácter bilateral y multilateral de carácter oficial y privado;

d) Las normas, procesos, procedimientos y la información, inherentes al desarrollo de la cooperación internacional no reembolsable.

Artículo 4°. *Dirección y coordinación del sistema.* La Dirección del Sistema Nacional de Cooperación Internacional, estará a cargo del Consejo Nacional de Cooperación Internacional, quien actuará como organismo asesor del Gobierno Nacional, de acuerdo con las políticas y lineamientos del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República y el Ministerio de Relaciones Exteriores.

La coordinación funcional del Sistema Nacional de Cooperación, estará a cargo de la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional, ACCI, entidad que además ejercerá la Secretaría Técnica del Consejo.

Artículo 5°. *Integración del Consejo Nacional.* El Consejo Nacional de Cooperación Internacional estará integrado por:

- El Ministro de Relaciones Exteriores, quien lo presidirá.

- El Ministro del Interior.

- El Ministro de Comercio Exterior.

- El Ministro de Educación.

- El Ministro de Cultura.

- El Director del Departamento Nacional de Planeación.

- El Director del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República

- El Representante legal de la Federación Nacional de Municipios.
- El Representante Legal de la Confederación de Organizaciones No Gubernamentales.
- El Representante Legal de la Confederación Nacional de Gobernadores.
- El Representante Legal de la Asociación Colombiana de Universidades, Ascun.
- El Representante Legal de la Asociación Nacional de Acciones Comunales.
- El Director de la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional con voz y sin voto y cumplirá las funciones de Secretaría Técnica del Consejo.

Parágrafo. También participarán en el Consejo los Ministros que sean convocados cuando se consideren asuntos específicos de cooperación internacional no reembolsable de competencia de su sector.

Igualmente, a las deliberaciones del Consejo podrán ser invitados, con derecho a voz, representantes de la sociedad civil, los grupos étnicos y cooperantes internacionales, en caso que así se requiera.

Artículo 6°. *Reuniones, decisiones y quórum.* El Consejo se reunirá por lo menos una vez al año. Podrá sesionar válidamente con la asistencia de una tercera parte de sus miembros y sus decisiones se tomarán por mayoría simple.

Parágrafo. Las decisiones del Consejo se denominarán Recomendaciones del Consejo Nacional de Cooperación Nacional.

Artículo 7°. *Funciones del Consejo Nacional de Cooperación Internacional.* El Consejo Nacional de Cooperación Internacional ejercerá las siguientes funciones:

1. Actuar como organismo asesor del Gobierno Nacional en materia de cooperación internacional no reembolsable.
2. Propiciar la formación de consensos y la constitución de alianzas estratégicas sobre los grandes temas que compone la cooperación internacional no reembolsable que se reciba u otorgue.
3. Asesorar al Gobierno Nacional en la formulación y adopción de las políticas de operación del Sistema Nacional de Cooperación Internacional.
4. Determinar los mecanismos de interacción entre distintos actores y modalidades del Sistema Nacional de Cooperación Internacional.
5. Promover estrategias de descentralización de la cooperación internacional, con la cooperación de la Confederación de Organizaciones no gubernamentales, la Federación Nacional de Municipios y la Confederación Nacional de Gobernadores.
6. Recomendar la adopción de las medidas necesarias para el seguimiento y evaluación de la gestión del Sistema Nacional de Cooperación Internacional.
7. Elaborar con el apoyo de la Secretaría Técnica proyectos de ley y de decretos necesarios para el desarrollo del Sistema Nacional de Cooperación Internacional y someterlos a consideración de las instancias gubernamentales y legislativas para el trámite que consideren pertinente.
8. Apoyar a la Secretaría Técnica en el montaje, la puesta en marcha y el mantenimiento de la información nacional sobre cooperación internacional no reembolsable.
9. Resaltar a las instituciones y organismos que sobresalgan en las mejores prácticas de cooperación internacional no reembolsable.
10. Promover la Unidad Sistemática funcional de la totalidad de actores responsables de los proyectos de desarrollo social en el país, que sustenten su gestión y funcionamiento con recursos económicos provenientes de Cooperación Internacional no reembolsable.
11. Adoptar su propio reglamento.

CAPITULO II

Agencia Colombiana de Cooperación Internacional, ACCI

Artículo 8°. *Naturaleza jurídica, adscripción y sede.* La Agencia Colombiana de Cooperación Internacional, ACCI, creada por la Ley 318 de 1996, continuará siendo un Establecimiento público del Orden Nacional, adscrito al Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, como determina el Decreto 1540 del 6 junio de 2003, dotado de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, con domicilio legal en el Distrito Capital de Bogotá.

Artículo 9°. *Objetivo.* La Agencia Colombiana de Cooperación Internacional, ACCI, tendrá como objetivos esenciales:

- Coordinar, administrar y promover la cooperación internacional técnica y financiera no reembolsable que reciba u otorgue el país bajo la modalidad de Ayuda Oficial para el Desarrollo.
- Ejercer la coordinación funcional y la Secretaría Técnica del Sistema Nacional de Cooperación Internacional.

Artículo 10. *Funciones.* La Agencia Colombiana de Cooperación Internacional, ACCI, cumplirá, en concordancia con los lineamientos de política exterior y el Plan Nacional de Desarrollo, las siguientes funciones:

- a) Proponer al Departamento Administrativo de la Presidencia de la República y al Ministerio de Relaciones Exteriores lineamientos que puedan hacer parte de la formulación de la política de cooperación internacional no reembolsable;
- b) Actuar como órgano técnico de interlocución entre el Gobierno, los cooperantes Internacionales y los receptores de la cooperación;
- c) Coordinar y articular todas las acciones de cooperación internacional, técnica y financiera no reembolsables que reciba y otorgue el país bajo la modalidad de ayuda oficial para el desarrollo destinado a entidades públicas, así como de los recursos que se obtengan como resultado de operaciones de condonación de deuda con naturaleza de contenido social o ambiental;
- d) Promover el conocimiento sobre cooperación internacional no reembolsable en el ámbito nacional y territorial, y con los organismos públicos y privados;
- e) Promover la participación y el concurso del sector privado en programas y proyectos de cooperación internacional no reembolsable, así como el suministro e intercambio de información con dichas organizaciones;
- f) Promover, coordinar y apoyar la conformación de instancias de cooperación internacional no reembolsable en las instituciones públicas que lo soliciten y prestar asistencia para su fortalecimiento;
- g) Apoyar técnicamente a las oficinas o instancias de Cooperación Internacional de entidades públicas nacionales, de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, que lo soliciten;
- h) Actúa como Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Cooperación Internacional;
- i) Establecer con el Ministerio de Relaciones Exteriores y las Representaciones Diplomáticas, contactos con los potenciales aportantes y receptores de la cooperación internacional no reembolsable;
- j) Organizar y llevar a cabo las reuniones preparatorias, la negociación, el seguimiento y la evaluación de la cooperación internacional no reembolsable que se reciba u otorgue, bajo la coordinación del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República y el Ministerio de Relaciones Exteriores;
- k) Apoyar técnicamente al Ministerio de Relaciones Exteriores en los procesos de negociación de los tratados o acuerdos internacionales o los derivados o complementarios relacionados con la cooperación internacional no reembolsable, que le sean autorizados por el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República;

l) Negociar, con la colaboración del Ministerio de Relaciones Exteriores, los acuerdos complementarios de Cooperación internacional, técnica o financiera no reembolsable, derivados o no de los acuerdos marco a que se refiere el literal anterior;

m) Analizar y conceptuar sobre las solicitudes de cooperación internacional no reembolsable que presenten a la ACCI;

n) Brindar capacitación y asistencia técnica sobre Cooperación Internacional no reembolsable a las entidades públicas y privadas nacionales y de otros países que lo soliciten;

o) Orientar, cuando sea requerido, las solicitudes de cooperación internacional no reembolsable que requieran presentar las Organizaciones No Gubernamentales ante instancias internacionales de carácter oficial;

p) Establecer y administrar un subsistema de información de las Organizaciones No Gubernamentales, Nacionales, Internacionales y extranjeras que obtengan y concedan recursos de cooperación internacional no reembolsable, coordinando con las instancias territoriales su implementación y ejecución, a tono con los planes de desarrollo de las entidades territoriales respectivas;

q) Apoyar las instituciones nacionales, del nivel central y descentralizado, en la preparación de los planes, programas y proyectos de Cooperación Internacional técnica o financiera no reembolsable;

r) Apoyar en la preparación de los planes, programas y proyectos de Cooperación Internacional Técnica o Financiera no reembolsable a las oficinas departamentales, municipales y distritales de Cooperación Internacional;

s) Canalizar y coordinar la información que sobre los proyectos desarrolle el sector público y privado ante las diferentes fuentes de cooperación internacional no reembolsable;

t) Rendir cuentas anualmente sobre los programas y proyectos de Cooperación Internacional bajo la modalidad de ayuda oficial no reembolsable para el desarrollo, ante las comisiones de Asuntos Internacionales del Congreso de la República;

u) Realizar el seguimiento de los proyectos de cooperación internacional no reembolsable y coordinar la evaluación de los mismos a través de las entidades ejecutoras.

Las demás que le asignen la ley o los reglamentos.

Artículo 11. *Dirección y administración.* La dirección y administración de la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional estará a cargo de un Consejo Directivo y de un Director.

Artículo 12. *Integración del Consejo Directivo.* El Consejo Directivo de la ACCI estará integrado por:

- El Ministro de Relaciones Exteriores o su delegado.
- El Ministro del Interior o su delegado.
- El Director del DNP, o su delegado.
- El Director del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, quien lo presidirá.
- Un Representante del Presidente de la República.
- El Director de Colciencias.

Parágrafo 1°. El Director de la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional hará parte de las sesiones del Consejo con voz pero sin voto.

Parágrafo 2°. En las deliberaciones del Consejo Directivo podrán participar, con derecho a voz pero sin voto, las personas que el Consejo considere necesario invitar, cuando los temas lo requieran.

Artículo 13. *Funciones del Consejo Directivo.* Además de las señaladas en el artículo 76 de la Ley 489 de 1998 el Consejo Directivo de la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional, de acuerdo con los lineamientos de política exterior y el Plan Nacional de Desarrollo, ejercerán las siguientes:

1. Formular los lineamientos generales y definir las prioridades que guíen la cooperación internacional no reembolsable que reciba u otorgue el país bajo la modalidad de ayuda oficial para el desarrollo.

2. Estudiar y aprobar los planes, proyectos y programas de cooperación internacional no reembolsable que se presente a la ACCI.

3. Estudiar y aprobar los proyectos y acciones de cooperación internacional no reembolsable que se otorgue a países de menor o igual desarrollo.

4. Definir el uso de los recursos del Fondo de Cooperación y Asistencia Internacional.

5. Adoptar los criterios que deberá observar la ACCI para llevar a cabo el análisis, seguimiento y evaluación de los programas y proyectos de cooperación internacional no reembolsable.

6. Estudiar proyectos de ley o de decretos o las disposiciones de otra índole que hayan de proponerse al Consejo Nacional y posteriormente a las instancias competentes, necesarias para el desarrollo del Sistema.

7. Definir la política administrativa de la ACCI, orientar y aprobar sus planes y programas.

8. Adoptar el presupuesto anual de ingresos, gastos e inversiones de conformidad con las disposiciones presupuestales vigentes.

9. Delegar funciones en el Director de la ACCI, conforme a las disposiciones estatutarias.

10. Aprobar la adquisición o disposición de los bienes inmuebles de la Agencia.

11. Dictar el reglamento interno.

Parágrafo. Las decisiones del Consejo Directivo se denominarán Acuerdos.

Artículo 14. *Designación del Director.* El Director de la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional será funcionario de libre nombramiento y remoción del Presidente de la República.

Artículo 15. *Funciones del Director.* Además de las señaladas en el artículo 78 de la Ley 489 de 1998, el Director de la ACCI, tendrá las siguientes:

1. Cumplir y hacer cumplir las decisiones y normas expedidas por el Consejo Nacional de Cooperación Internacional y el Consejo Directivo de la Agencia.

2. Dirigir, controlar y coordinar la acción administrativa de la Agencia y ejercer su representación legal.

3. Dirigir la preparación del proyecto de reglamento interno de la Agencia y someterlo a la aprobación del Consejo Directivo.

4. Presentar a la consideración final del Consejo Directivo y de acuerdo con la valoración y recomendación previa de la Agencia, los programas y proyectos de cooperación internacional no reembolsable que reciba u otorgue el país bajo la modalidad de ayuda oficial para el desarrollo.

5. Delegar en funcionarios de la Agencia el ejercicio de alguna de sus funciones, acorde con las normas vigentes.

6. Ejercer las funciones que le delegue el Consejo Directivo.

7. Ordenar el gasto de los recursos de Cooperación Internacional no reembolsable cuya administración sea de responsabilidad de la Agencia.

8. Ordenar el gasto del fondo de cooperación y asistencia internacional, previa autorización del uso de los recursos por parte del Consejo Directivo.

9. Velar por la ejecución y control de los contratos que se celebren con recursos del Fondo de Cooperación y Asistencia Internacional.

10. Orientar la preparación de proyectos de ley y de decreto o normas de otra índole, necesarias para el desarrollo del Sistema Nacional de

Cooperación Internacional y someterlos a consideración de los Consejos Directivo y Nacional del Sistema.

11. Dirigir, controlar las acciones de apoyo de la Agencia como entidad coordinadora del Sistema y Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Cooperación Internacional.

12. Las demás que le asignen la ley o los reglamentos.

Artículo 16. *Patrimonio.* El patrimonio de la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional estará conformado por:

- Las sumas apropiadas en el Presupuesto General de la Nación.
- Los bienes muebles e inmuebles que adquiera o reciba a cualquier título.
- Las rentas propias que se generen por la venta de bienes o servicios, previa determinación de su valor por el Director, quien tendrá para ello en cuenta las directrices que le imparta el Consejo Directivo.
- Las donaciones y contribuciones de terceros, y los intereses y el diferencial cambiario, derivados de las mismas, cuando sea del caso.
- La cuenta especial del Fondo de Cooperación y Asistencia Internacional.
- Los demás bienes y recursos que, con destino a la Agencia, se adquieran a cualquier título de conformidad con la ley.

Artículo 17. *Administración de recursos.* La Agencia Colombiana de Cooperación Internacional podrá administrar los siguientes recursos de cooperación internacional:

- Los que por convenio o por acuerdo con los cooperantes internacionales, o por voluntad expresa de los donantes internacionales, o de las entidades públicas beneficiarias o receptoras de la cooperación, se canalicen a través de la Agencia.
- Los que se obtengan o se destinen al apoyo de la cooperación horizontal y triangular.
- Los que resulten de operaciones de condonación o disminución de deuda o donaciones que se deriven de estas y que se utilicen en cooperación internacional no reembolsable, los cuales se destinarán a los fines acordados con la fuente.
- La ejecución de los recursos de cooperación financiera no reembolsable que recibe el país y que sean administrados por la ACCI se sujetarán a las normas de contratación del cooperante.

Parágrafo. Los contratos que se celebren con dichos recursos mantendrán las exenciones y privilegios previstos en los convenios internacionales, acuerdos, convenios básicos o en la ley.

CAPITULO III

Fondo de Cooperación y Asistencia Internacional

Artículo 18. *Naturaleza.* El Fondo de Cooperación y Asistencia Internacional continuará funcionando como cuenta especial de la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional, ACCI, sin personería jurídica, con el objeto de apoyar las acciones de cooperación y de asistencia internacional que Colombia destine preferentemente a otros países de igual o menor grado de desarrollo, o demande de ellos.

Artículo 19. *Recursos del Fondo.* El Fondo de Cooperación y Asistencia Internacional contará con los siguientes recursos:

- Las sumas apropiadas en el Presupuesto General de la Nación. El monto total mínimo anual será el equivalente a tres mil salarios mínimos mensuales legales (3.000 smml) con incremento de acuerdo con lo aprobado por el Congreso de la República a través de la ley de presupuesto general de la Nación.
- Las donaciones que para apoyo a la cooperación entre países en desarrollo, reciba de fuentes bilaterales y multilaterales, salvo que esos recursos correspondan a programas y proyectos de cooperación en los cuales el beneficiario único sea Colombia.

- Los recursos generados por operaciones triangulares orientadas a la cooperación hacia terceros países en desarrollo.

- Los demás bienes y recursos que con destino a este Fondo se adquieran a cualquier título, de conformidad con la ley.

Artículo 20. *Destinación de los recursos del Fondo.* Los recursos del Fondo de Cooperación y Asistencia Internacional se destinarán a financiar de acuerdo con las prioridades de la política exterior y la conveniencia nacional, planes, programas, proyectos y actividades de cooperación que Colombia adelante con otros países de similar o menor grado de desarrollo, previa aprobación del Consejo Directivo de la ACCI.

Artículo 21. *Manejo de los recursos.* El manejo y destino de los recursos del Fondo será definido por el Consejo Directivo de la ACCI.

Parágrafo. Por decisión del Consejo Directivo, los recursos del Fondo podrán ser entregados en administración a terceros, de acuerdo con las normas que regulen la materia.

Artículo 22. *Ordenador del gasto.* El Director de la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional será el ordenador del gasto de los recursos del Fondo y tendrá a su cargo la ejecución y control de los contratos que celebren con los mismos.

CAPITULO IV

Disposiciones varias

Artículo 23. *Aval o no objeción.* En los casos en los cuales la Agencia Cooperante requiere el aval o la no objeción del Gobierno para aprobar y entregar cooperación a una entidad del sector privado, dichas solicitudes de cooperación deberán ser canalizadas a través de la ACCI.

Artículo 24. *Régimen jurídico de los contratos.* Cuando la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional reciba, ejecute o sea beneficiaria de cooperación, asistencia o ayuda internacional, celebrará los contratos con los organismos multilaterales de crédito, personas extranjeras de derecho público u organismos de cooperación, asistencia o ayuda internacional conforme a las normas que establecen para el efecto dichos cooperantes, en todo lo relacionado con los procedimientos de formación, adjudicación, cláusulas especiales de ejecución, cumplimiento, pagos y ajustes, o conforme al derecho privado.

Artículo 25. *Informes a las entidades de control y vigilancia.* La Agencia Colombiana de Cooperación Internacional, en cumplimiento de las disposiciones legales vigentes, presentará a las entidades de control y vigilancia los informes periódicos de gestión y los que le soliciten, copia de los cuales serán enviados en forma oportuna al Presidente de la República a través del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.

Artículo 26. *Seguridad jurídica.* La ejecución de los proyectos de cooperación y los convenios o contratos celebrados bajo la vigencia de la Ley 318 de 1996, continuarán rigiéndose por lo establecido en la mencionada norma y en las vigentes al momento de su celebración.

Artículo 27. *Derogatoria y vigencia.* Esta ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias, en especial la Ley 318 de 1996, con excepción del Capítulo I, artículos 1º al 4º.

José Consuegra Bolívar,
Senador Ponente.

* * *

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 124 DE 2003 SENADO

por la cual se adoptan normas de seguridad social para las personas no protegidas y se dictan otras disposiciones.

En cumplimiento de la honrosa designación que nos hiciera la honorable Mesa Directiva, de la Comisión VII del Senado de la República, nos

permitimos presentar informe de ponencia para primer debate del Proyecto de ley número 124 de 2003 Senado, *por la cual se adoptan normas de seguridad social para las personas no protegidas y se dictan otras disposiciones*, de quien es autora la honorable Senadora María Isabel Mejía Marulanda.

Al respecto nos permitimos entregar a la honorable Comisión la siguiente ponencia para primer debate, con las siguientes:

Consideraciones

El presente proyecto de ley tiene como objeto adoptar medidas de seguridad social para aquellas personas que no están protegidas por los sistemas existentes y que carecen de recursos económicos, especialmente los ancianos sin amparo familiar, los desempleados y los desplazados por la guerra. Para ello define la seguridad social como el nivel mínimo de bienestar social del individuo atendiendo a los preceptos de la Constitución Nacional y a los Tratados Internacionales.

La autora del proyecto busca aplicar esas medidas de seguridad social especialmente en el área de la salud. La protección de estas personas, estaría a cargo de los Hospitales Universitarios y a su vez las Instituciones Públicas ejecutarían programas especiales para atender a la población objeto del presente proyecto de ley.

En cuanto a la financiación, el proyecto establece que el Gobierno Nacional creará, reglamentará y emitirá solidariamente bonos para la seguridad social, el producto de estos bonos se destinará para cubrir los costos de los programas de seguridad social que plantea el proyecto.

Las instituciones tanto públicas como privadas, como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Banco Agrario y el Instituto de los Seguros Sociales, podrán aportar y asociarse para la emisión, distribución y colocación de estos Bonos para cuyos efectos el Gobierno Nacional podrá crear un Fondo Financiero Social con participación del Banco de la República, el cual será constituido a manera de cuenta vigilada por la Superintendencia Bancaria. Estos Bonos serán títulos a la orden, se reembolsarán en un 60% en un plazo de tres (3) años y jugarán en sorteos semanales realizados de acuerdo con las normas legales sobre la materia. En cuanto a las características de estos bonos para la Seguridad Social, así como la venta al público, serán establecidos en los decretos reglamentarios de la presente ley. Se utilizarán para el pago de los servicios de salud que presten los Hospitales Universitarios a las personas que no estén vinculados al régimen de Seguridad Social. Como otra forma de obtener recursos, las Asambleas Departamentales podrán crear y reglamentar sendas estampillas Pro-Hospitales Universitarios cuyo producido se destinará al funcionamiento de tales entidades hospitalarias.

En relación con la Seguridad Social y basados en la normatividad existente en el país, encontramos que el artículo 48 de la Constitución Nacional, establece que la Seguridad Social, “es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social”.

Como desarrollo a este aspecto, la Ley 100 de 1993 en su artículo 157 establece que todos los colombianos podrán participar del servicio público de salud mediante el Sistema de Seguridad Social en Salud. Para ello, establece dos regímenes, el contributivo y el subsidiado. En el primer caso se afilian todas aquellas personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago; mientras que en el segundo régimen el subsidiado, incluye a todas las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. La población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana, será subsidiada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este régimen les otorga el derecho a acceder a la atención en Salud, es decir,

al Plan Obligatorio de Salud, a través de instituciones públicas o privadas que tengan contrato con el Estado.

En cuanto a la protección de los desplazados por la violencia, se promulgó la Ley 387 de 1997, la cual adopta medidas relacionadas con la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia. Para su atención se crea el Sistema Nacional de Atención Integral, el cual está constituido por entidades públicas, privadas y comunitarias, las cuales realizan planes, programas, proyectos y acciones específicas. Al Gobierno Nacional, le corresponde la atención humanitaria de emergencia de los desplazados, y mientras persista la situación de emergencia se auspiciará la permanencia de equipos interinstitucionales conformados por entidades estatales y gubernamentales del orden nacional, departamental, y municipal, con el fin de proteger al desplazado y sus bienes patrimoniales. A su turno, el artículo 19 numeral 4, contempla que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, implementará mecanismos expeditos para que la población afectada por el desplazamiento acceda a los servicios de asistencia médica integral, quirúrgica, odontológica, psicológica, hospitalaria y de rehabilitación, de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993.

Corresponde de igual manera a la Red de Solidaridad Social, permitir el acceso de la población desplazada a programas sociales tales como: Adjudicación y titulación de tierras, líneas especiales de crédito, programas especiales de vivienda, atención de viudas y mujeres cabezas de familia, de lactantes y menores de edad, programas educativos especiales de educación, formación y capacitación técnica.

Como una forma de apoyo al desempleado, la Ley 812 de 2003, por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, contempla en su Capítulo II en lo referente a la Descripción de los Principales Programas de Inversión, el establecimiento de programas de apoyo directo al empleo, mediante el otorgamiento de subsidios y apoyo para la creación de micro, pequeñas y medianas empresas.

Complemento de lo anterior, la Ley 100 de 1993, creó el Fondo de Solidaridad Pensional, el cual fue modificado por la Ley 797 de 2003, estableciendo la Subcuenta de Subsistencia, con el propósito de otorgar subsidios económicos a aquellas personas en estado de indigencia o de pobreza extrema.

Revisando la evolución histórica de los Hospitales Universitarios en Colombia, no se conoce desde el punto de vista jurídico un concepto expreso de lo que se puede considerar o denominar “Hospital Universitario”. Sin embargo, desde el punto de vista del proceso de formación de personal en salud, existían algunos hospitales que servían de escenario de enseñanza-aprendizaje, es decir, como campos para las prácticas y el entrenamiento de personal de salud pero advirtiendo, con énfasis, para los estudiantes en formación en programas académicos de medicina.

Por este motivo en los hospitales de la época, se encontraban permanentemente las escuelas de medicina. Estas escuelas no sólo intervenían en las áreas de salud, sino que además apoyaban y controlaban el área administrativa. Los hospitales eran unos verdaderos campos de formación con intervención directa de las universidades. Esta situación llevó a que algunos Hospitales se autodenominaran universitarios.

En Colombia a mediados de los años 50 existían ocho (8) Facultades de Medicina, que establecieron, mediante diversas formas de alianza, una relación de trabajo conjunto con hospitales generales, conocidos como de “caridad”. Estas relaciones adquirieron algún grado de consolidación sólo hasta los años sesenta, cuando se iniciaron los Programas de Residencias Clínicas para la formación de especialistas, como un programa conjunto de las Facultades, Escuelas de Medicina y los hospitales aliados.

En 1962, el Congreso de la República expide la Ley 14, la cual regula el ejercicio de la medicina en Colombia, en ella se empieza a mencionar en el orden jurídico del país el “Hospital Universitario”; ella dispone que para obtener la autorización del ejercicio de la medicina en Colombia, se podía acreditar el hecho de haber adelantado estudios de especialización o realizado entrenamiento básico en ellos, en cualquier rama de la medicina o en la carrera de profesorado dentro de un Hospital Universitario.

Es aquí donde aparece en el país el concepto de Hospital Universitario, ligado con la formación de postgrado en Medicina, aunque no existe para la época, ninguna norma que defina o establezca dicha condición. La iniciación de los Programas de Residencias clínicas dio origen al primer esfuerzo de Acreditación Hospitalaria, el cual fue impulsado en forma conjunta por el Ministerio de Salud y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame).

Posteriormente, el Gobierno Nacional mediante Decreto 056 de 1975, definió el Sistema Nacional de Salud, Organización básica para su dirección a nivel nacional, seccional y local, cuya característica principal era la asistencia pública. En este modelo a nivel Nacional la dirección la ejerce el Ministerio de Salud y a nivel Seccional, la ejercen los Servicios Seccionales de Salud, como dependencias técnicas de Ministerio de Salud, dividiendo además el nivel Seccional en Unidades Regionales de Salud y Unidades Operativas Locales.

En el artículo 26 del mencionado decreto, se asignó la Dirección del Sistema en el nivel Seccional a uno de los hospitales de la región denominado Hospital Sede de la Unidad Regional, y asigna a los Hospitales Universitarios como sede de Unidades Regionales de Salud, quienes actuarían además, como centros de referencia de un conjunto de Unidades Regionales para servicios altamente especializados.

Este Sistema Nacional de Salud, diseñó la red de servicios de salud de abajo hacia arriba y determinó que los servicios se deberían ordenar por su grado de complejidad, otorgando al primer nivel de atención (700 hospitales locales, 3.000 centros y puestos de salud) la vocación de resolver el 80% o más de los problemas de salud. En el segundo peldaño se crearon los Hospitales de II Nivel, con 140 unidades regionales desarrolladas sobre la base de las cuatro especialidades médicas más importantes y, con la misión de resolver por la vía de la referencia de pacientes al menos el 15% de los problemas de salud; en la cúpula se reservó el espacio para los hospitales de III nivel y en ocasiones hasta para el IV nivel, los cuales estaban asociados al concepto de Hospitales Universitarios. En estos Hospitales se practicaba y se hacía docencia con todas las especialidades y subespecialidades, pero con una capacidad resolutoria asignada en la teoría de solo el 5% de los casos de alta severidad.

Se crearon entonces 11 Hospitales Universitarios, encabezados por el San Juan de Dios de Bogotá, y organizados por lo general sobre la base de viejas fundaciones o entidades sin ánimo de lucro, de origen privado, algunas con más de 100 años. Algunos como por ejemplo el de Bucaramanga, eran realmente de origen público, por lo general se les consideró como tal, debido a que su financiación poco a poco dejó de tener origen en la caridad privada y fue sustituida por asignación del gasto en el presupuesto público (situado fiscal nacional y rentas cedidas departamentales). Dichos Hospitales llegaron a tener tanta importancia y poder que en 1990, gastaban el 25% del presupuesto total del sector público de salud y solamente entre 11 hospitales. En tanto que los 140 regionales gastaban el 35% y los 700 hospitales locales y sus 3.000 puestos y centros de salud debían repartirse el 20% restante del presupuesto, después de sacar el 10% de funcionamiento de los servicios seccionales.

Era ilógico entonces que al primer nivel no se le diera la importancia que se merecía pues cubría acciones de bajo costo unitario, con muy alta frecuencia, gran cobertura y gran impacto y sin embargo, era el que

menos recursos recibía. Caso contrario ocurría con el Tercer Nivel, que supuestamente no solucionaba más del 5% de los problemas, pero concentraba el 25% de la financiación atendiendo casos de alto costo unitario, pero de muy baja frecuencia, poca cobertura y de muy bajo impacto en la salud colectiva.

Los Decretos 350 y 356, determinaron la organización y funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud y las Unidades Regionales, dispusieron que para la organización de los niveles de atención médica, los hospitales funcionarían como entidades adscritas o vinculadas al Sistema Nacional de Salud, en las categorías de Hospital Universitario, Hospital Regional y Hospital Local.

En la medida en que las Escuelas de Medicina aumentaron, se hizo necesario crear nuevas relaciones entre los Hospitales y las Universidades. Para ello el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1210 de 1978, el cual reglamentó las actividades Docente-Asistenciales en el Sistema Nacional de Salud, disponiendo específicamente que cuando una Universidad o Entidad Formadora de Recursos Humanos, contrate con un Hospital Universitario que no sea sede de Unidad Regional, deberá celebrar además con una Unidad Regional, como mínimo, el contrato correspondiente, y estipulando de otra parte, que en cada Unidad Regional y en cada Hospital Universitario en los cuales se desarrollen actividades Docente-Asistenciales, existirá un Comité de Coordinación.

Es importante destacar que el Decreto 1210 de 1978, se actualizó con el 190 de 1996, que regula la integración Docencia-Asistencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, norma que se encuentra vigente y que seguramente será objeto de nuevas adecuaciones, dadas las actuales condiciones de oferta en el mercado Educativo, demanda en la prestación de servicios de salud, oferta y demanda de personal de salud y mercado laboral.

El Congreso de la República expidió la Ley 10 de 1990, la cual reorganizó el Sistema Nacional de Salud, bajo el esquema de descentralización y la desconcentración de funciones y competencias. La reorganización se hace separando las funciones de Dirección del Sistema de Salud a nivel Local y Seccional, y la Prestación de Servicios de Salud, se hará entre otras a través de Entidades Públicas, con la denominación de Establecimientos Públicos, categoría de Entidad Descentralizada con Personería Jurídica, Patrimonio Propio y Autonomía Administrativa. Prácticamente se obligó a las Unidades Regionales y Unidades Operativas Locales-Públicas, como forma organizativa de prestar servicios de Salud, en el viejo Sistema Nacional de Salud, a transformarse en Establecimientos Públicos. En su artículo 19, exigió que todos los Hospitales Públicos incluidos los Universitarios se deberían convertir en personas jurídicas autónomas y que estarían dirigidos por una Junta Tripartita integrada por funcionarios del Estado, la comunidad y el sector científico. Esto hizo que las Universidades se hicieran presentes en las Juntas Directivas de los Hospitales de primer, segundo y tercer nivel. Con esto se crearon nuevos convenios docente-asistenciales, pudiéndose decir que hoy en día casi todos los hospitales son Universitarios, porque son espacio de práctica docente.

Con esta ley, se intentó evitar la desviación de los recursos de salud hacia el sector privado por medio de fundaciones fantasmas, como lo contempla el artículo 23, prohibiendo las transferencias incondicionales de recursos públicos hacia las fundaciones privadas y entidades sin ánimo de lucro, aunque se aceptó el principio según el cual el Estado podía prestar servicios de salud mediante la red privada pero contratando la compraventa de servicios a las tarifas oficiales. Este principio está acogido en el Artículo 355 de la Constitución Nacional. Sin embargo, estas regulaciones legales y constitucionales se obviaban y en la práctica se continuaba manejando el sistema de auxilios disfrazados con contratos, que en realidad encubrían la compra estatal de servicios de salud con sobreprecio, bien fuera un sobreprecio justificado en el costo docente de un

Hospital Universitario, pero también había sobrecostos que explicaban por convenciones colectivas demasiado dadas, además de dobles pagos docentes y asistenciales de algunos funcionarios y en algunos casos en sobrecostos creados por acuerdos internos dentro de las fundaciones que permitían la apropiación privada de los recursos públicos en forma indebida mediante microempresas de profesionales que intermediaban la prestación de algunos servicios por la vía del “outsourcing” con fraudes, sobrefacturación y exceso de costos.

Solo hasta cuando se aprueba la Ley 100 de 1993, se generaliza la forma de contratación entre el sector público y privado, pero ya no solo con fundaciones y entidades sin ánimo de lucro sino con empresas privadas comerciales de servicios de salud, aparece entonces la libre competencia y se desarrolla la auditoría médica de los contratos y queda más difícil encubrir sobrecostos con contratos disfrazados, que no se cumplen.

Con la expedición de la Ley 100 de 1993, el cual crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se ordena que la prestación de servicios de salud en forma directa, le corresponde al Estado o a las Entidades Territoriales y este se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por ley, asambleas o concejos. Como consecuencia de ello obligó una vez más a los Establecimientos Públicos que prestan servicios de Salud en cualquier de los niveles de complejidad, a transformarse en Empresas Sociales del Estado.

Los mayores cambios se han dado en el área administrativa y financiera. En cuanto a la financiera, las modificaciones en las formas de canalización y el flujo de las becas, créditos consagrados en el parágrafo 1º del artículo 193 de la Ley 100 de 1993, estos serán entregados conforme las necesidades prioritarias de formación del recurso humano en las áreas clínicas y de investigación del sector salud, focalizando de acuerdo con la capacidad de financiamiento de los beneficiarios, las necesidades regionales y los recursos disponibles, conforme a las condiciones que establezca el Reglamento Universitario en aquellas entidades que aceptan rotaciones de residentes en programas de formación como especialistas, a través de convenios docente-asistenciales, cuenten con la tecnología apropiada para la formación de personal en salud, y desarrollen procesos de investigación clínica y de servicios de salud. Se incorporan a esta categoría un buen número de hospitales generales y especializados de segundo y tercer nivel de que dispone el país.

A lo largo de marco histórico del Sistema de Salud en el país, no se menciona específicamente la denominación Hospitales Universitarios, sin embargo ello no indica que en la realidad hayan desaparecido o que hayan dejado de operar, sólo que los Hospitales de la Red Pública lo hacen bajo la denominación de Empresas Sociales del Estado, y algunos de ellos en los actos de creación los han denominado Hospitales Universitarios.

Vale la pena destacar también que los Hospitales Universitarios, por sus características, han recibido el impacto del crecimiento incontrolado del número de programas de formación de personal en el área de las Ciencias de la Salud, como resultado de la expedición de la Ley 30 de 1992, que Organiza el Servicio Público de Educación Superior, en particular de Facultades y Escuelas de Medicina.

De 21 Facultades de Medicina existentes en el país en 1992, se ha llegado a 47 en la actualidad. Un incremento del 100% en una década, implica una mayor demanda de campos de práctica de servicios clínicos en los cuales se puedan desarrollar las actividades de formación de personal. Las formas de relación de estas Instituciones Educativas y de prestación de servicios, se ha distorsionado incluso desde su base conceptual, y hoy lo que se encuentra es una profunda dicotomía de las

funciones de docencia y atención de salud, cuya integralidad es reconocida en todas las latitudes como un componente esencial de las relaciones de estas instituciones y una condición básica para el óptimo desarrollo de los programas de formación de personal de salud.

Las universidades deben generar unas Unidades Administrativas Especiales para que coordinen la estrategia docente asistencial y su red de contratos, como además coordinar la investigación científica que se realicen en esa red de servicios. Además los profesionales de la salud deberían recibir una formación integral en la administración de temas como la afiliación y financiación de la Seguridad Social en Salud, el diseño de los planes de salud obligatorios y complementarios, las diversas formas de contratación y pago de los servicios médico-hospitalarios, las técnicas de auditoría y control de costos, las estrategias micro empresariales y empresariales para el ejercicio de la profesión médica, odontológica y en general de las profesionales de la salud.

Se puede apreciar por lo manifestado que es indiscutible la importancia dentro del SGSSS, de la existencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la denominación o categorización de Hospitales Universitarios, razón por la cual surge en el panorama legislativo la Ley 645 de 2001, autorizando a las Asambleas Departamentales en cuyo territorios funcionen Hospitales Universitarios para que ordenen la emisión de la estampilla Pro-Hospitales Universitarios, cuyo producido se dirige a la inversión y mantenimiento de la planta física, dotación, compra y mantenimiento de equipo requeridos para el desarrollo de la misión, así como también compra y mantenimiento de equipos para poner en funcionamiento áreas de laboratorio, científicas, tecnológicas y otras que requieran para su cabal funcionamiento e inversión en personal especializado. Una vez que las Asambleas Departamentales expidan sus providencias, estas deben ser llevadas a conocimiento del Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. La tarifa con que se gravan los distintos actos, no podrán exceder del dos por ciento (2%) del valor de los hechos a gravar. En dicha ley se autoriza una suma anual por departamento y hasta por diez por ciento (10%) del valor del presupuesto del respectivo departamento. Estarán a cargo de los recaudos de esta estampilla, las Secretarías de Hacienda Departamentales y las Tesorerías Municipales de acuerdo a las ordenanzas que los reglamenten y su control estará a cargo de las respectivas Contralorías Departamentales.

Finalmente, como quiera que no existe disposición legal que definiera la caracterización de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, para ser considerada Hospital Universitario, la Ley 735 de 2002, que declaró monumentos nacionales, el Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil, dispone por otra parte que continuarán funcionando como centro especial para la educación universitaria que imparta, en las ciencias de la salud, las Universidades oficiales y privadas, es decir, como Hospitales Universitarios. Agrega la citada norma: “Para los efectos del inciso anterior, se considera Hospital Universitario aquella institución prestadora de servicios de salud que mediante un Convenio Docente-Asistencial, utiliza sus instalaciones para las prácticas de los estudiantes de las universidades oficiales y privadas en el área de la salud; adelanta trabajos de investigación en este campo; desarrolla programas de fomento de la salud y medicina preventiva; y presta, con preferencia, servicios médico-asistenciales a las personas carentes de recursos económicos en los distintos niveles de atención y estratificación”.

El artículo 4º, aduce que los Hospitales Universitarios que tengan las características definidas en el artículo anterior, gozarán de la especial protección del Estado para el buen desarrollo de sus actividades bajo la responsabilidad de los Ministerios de Salud y Educación Nacional, quienes están autorizados para asignar en los presupuestos anuales, los recursos económicos necesarios, para que el Ministerio de Salud, atendiendo a la facultad que le otorga el 355 de la Constitución Política,

contrate servicios con los hospitales universitarios para las personas que no estén vinculadas a ninguno de los sistemas que amparan su derecho constitucional a la salud, y para que el Ministerio de Educación, incluya en su presupuesto, las partidas indispensables para las investigaciones que en el área de la salud, realicen tales entidades.

Se resalta en esta ley, que los Hospitales Universitarios atenderán con preferencia a las personas no cubiertas por los regímenes establecidos, de acuerdo con el artículo 48 de la Constitución Política, por tanto cuando el valor de los servicios supere el presupuesto destinado para ello por el Ministerio de la Salud, este pagará a la respectiva entidad el costo del excedente. Para la prestación de los servicios a las personas no cubiertas, no se requerirá la remisión. De igual manera, se debe estipular en los convenios docentes asistenciales que realicen los hospitales universitarios con las universidades del Estado o privadas, el valor de la utilización de sus instalaciones para las prácticas de los estudiantes en las distintas áreas de la salud.

Cabe resaltar que las Asambleas Departamentales pueden crear y reglamentar la emisión de bonos para las estampillas Pro-Hospitales, con el único objetivo del funcionamiento de los Hospitales de su departamento.

Si bien es cierto nuestra Constitución y leyes existentes, pretenden cubrir la atención en salud a la población colombiana, especialmente a la más vulnerable por sus condiciones de pobreza, no podemos desconocer que la actual situación que vive el país en materia de orden público, ha generado un mayor número de desplazados, sin distinción de edad y sexo, como son los ancianos, niños y familias que en su gran mayoría han perdido un miembro que es quien se constituía en cabeza de hogar y los hace vulnerables especialmente en el aspecto económico.

No son suficientes los esfuerzos que hasta el momento se han intentado para cubrir la seguridad social, por lo cual se hace necesario apoyar los Hospitales Universitarios, para que ellos puedan brindar la cobertura a esta población especial y vulnerable.

Conclusión

En mérito de lo expuesto en las anteriores consideraciones, nos permitimos presentar a la honorable Comisión Séptima del Senado de la República, en sesión, la siguiente:

Proposición

Dese primer debate al Proyecto de ley número 124 de 2003 Senado, *por la cual se adoptan normas de seguridad social para las personas no protegidas y se dictan otras disposiciones.*

De los honorables Senadores,

Flor M. Gnecco Arregocés, Alfonso Angarita Baracaldo,

Senadores Ponentes.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los nueve (9) días del mes de junio del año dos mil cuatro (2004). En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República.

El Presidente,

Alfonso Angarita Baracaldo.

El Secretario,

Germán Arroyo Mora.

* * *

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE

AL PROYECTO DE LEY NUMERO 218 DE 2004 SENADO

por la cual se autoriza provisionalmente la circulación de Bicitaxis o Tricimóviles en el territorio nacional, como medio de transporte público de pasajeros alternativo.

Honorables Congressistas;

Me ha correspondido rendir ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 218 de 2004 Senado, *por la cual se autoriza provisionalmente la circulación de Bicitaxis o Tricimóviles en el territorio nacional, como medio de transporte público de pasajeros alternativo;* por designación que me hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Sexta del honorable Senado de la República.

Origen del proyecto y contenido

El siguiente proyecto de ley fue presentado por el honorable Senador Carlos Moreno de Caro, radicado en Secretaría General del Senado de la República 20 de abril 2004 y tramitado en la Comisión Sexta permanente el 21 de abril.

El proyecto consta de dos (2) artículos, los cuales buscan modificar el artículo 95 de la Ley 769 de 2002, creando normas específicas para las bicicletas, y triciclos; adicionando un párrafo transitorio el cual pretende que las autoridades de tránsito de los departamentos, municipios y distritos podrán expedir reglamentaciones y permisos especiales para que presten el servicio de transporte de pasajeros.

De la Ponencia

Es importante destacar del proyecto de ley presentado por el honorable Senador Moreno de Caro, su intención de apoyar los derechos fundamentales de los colombianos, como es el derecho al trabajo, ya que es conocido que este sistema de servicio de transporte se presta como medio de trabajo informal, y ha sido hace muchos años fundamental para muchos municipios del país no solamente solucionando la falta de servicio público, sino el apoyo a miles de familias colombianas en su sustento laboral, y no podemos seguir dejando que este sistema siga siendo prestado en muchos casos clandestinamente y de esta manera creando conflictos legales y sociales.

También debemos hacer referencia que servicios de tracción humana, han prestado históricamente este servicio en otros países como España, República Dominicana, Bolivia, Brasil, Japón, Venezuela, Holanda, México entre otros, utilizados como mecanismo de transporte no contaminantes para el medio ambiente.

Es importante que el Congreso de Colombia y el Gobierno Nacional busquen fórmulas para ofrecer soluciones de empleo para todos los colombianos, y es bueno recordar que este sistema existe en las ciudades grandes y pequeñas tanto por falta de empleo, como por la falta, en algunos casos, del servicio de transporte en pequeños recorridos.

Pliego de modificaciones

Como Ponente y reconociendo la gran importancia de esta iniciativa, es mi deseo incluir una modificación para que sea tenida en cuenta en la discusión y aprobación del proyecto de ley, donde se propone que las autoridades de tránsito departamentales, municipales, y distritos expidan permisos provisionales a los bicitaxis o tricimóviles, para prestar el servicio en zonas donde no exista transporte público, hasta tanto se expida la reglamentación Nacional respectiva.

TEXTO PROPUESTO A LA PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 218 DE 2004 SENADO

por la cual se autoriza provisionalmente la circulación de bicitaxis o tricimóviles en el territorio nacional, como medio de transporte público de pasajeros alternativo.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. El artículo 95 de la Ley 769 de 2002, quedará así:

“**Artículo 95.** Normas específicas para bicicletas y triciclos. La bicicletas y triciclos se sujetarán a las siguientes normas específicas:

No podrán llevar acompañante, excepto mediante el uso de dispositivos diseñados especialmente para ello, ni transportar objetos que disminuyan la visibilidad o que los incomoden en la conducción.

Cuando circulen en horas nocturnas, deben llevar dispositivos en la parte delantera que proyecten luz blanca, y en la parte trasera que reflecte luz roja.

Parágrafo. Los alcaldes municipales podrán restringir temporalmente los días domingos y festivos el tránsito de todo tipo de vehículos por las vías nacionales o departamentales que pasen por su jurisdicción, a efectos de promover la práctica de actividades deportivas tales como el ciclismo, el atletismo, el patinaje, las caminatas y similares, así como la recreación y el esparcimiento de los habitantes de su jurisdicción, siempre y cuando haya una vía alterna por donde dichos vehículos puedan hacer su tránsito normal.

Parágrafo transitorio. Las autoridades de tránsito de los departamentos, municipios y distritos podrán expedir la reglamentación y el permiso provisional para la circulación de bicitaxis o tricimóviles prestando este medio de transporte en zonas donde no se preste el servicio de Transporte Público, hasta tanto se expida la reglamentación Nacional respectiva.

Artículo 2°. La presente ley rige a partir su sanción y promulgación y deroga todas aquellas que le sean contrarias.

Proposición

Por lo anteriormente expuesto y con el pliego de modificaciones propuesto, solicito a la honorable Comisión Sexta dese primer debate al Proyecto de ley número 218 de 2004 Senado, *por la cual se autoriza provisionalmente la circulación de bicitaxis o tricimóviles en el territorio nacional, como medio de transporte público de pasajeros alternativo.*

Cordialmente,

Vicente Blel Saad,

honorable Senador de la República.

* * *

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE

AL PROYECTO DE LEY NUMERO 117 DE 2003 CAMARA, 219 DE 2004 SENADO

por la cual se modifica la Ley 60 de 1982 y se dictan otras disposiciones.

Destino

Honorables Senadores Comisión VI:

Cumplo con la señalada responsabilidad que nos ha encomendado la Mesa Directiva de la Comisión Sexta del Senado de la República, de conformidad con la Ley 5ª de 1992, de rendir ponencia para primer debate al Proyecto de ley 117 de 2003 Cámara, 219 de 2004 Senado, *por la cual se modifica la Ley 60 de 1982 y se dictan otras disposiciones.*

Motivación

Desde la Reforma Constitucional de 1968, el tema de la autonomía universitaria, o mejor de la “independencia universitaria”, como la suelen llamar algunos, ha tenido múltiples obstáculos. En ese entonces, se había previsto que los rectores fueran elegidos por el presidente de la República o por los gobernadores. Este tema generó diversas reacciones encontradas, teniendo el entonces Presidente de la República, doctor Carlos Lleras Restrepo anunciar que el Gobierno Nacional, no intervendría en la elección del rector de la Universidad Nacional, en una especie de pacto de caballeros. El Gobierno se limitó a expedir el decreto correspondiente, una vez el Consejo Superior de la Universidad ratificará en su cargo al doctor Mario Latorre. Pues la reforma constitucional se consideraba por los académicos como una vulneración al principio de la autonomía universitaria.

El tema de la autonomía universitaria es ratificado en la Carta Política de 1991 en su artículo 69 se establece: “(...) *Se garantiza la autonomía universitaria. Las universidades podrán darse sus directivas* y regirse por sus propios estatutos, de acuerdo con la ley. La ley establecerá un régimen especial para las universidades del Estado (...)” **(Subrayado y cursiva fuera de texto).**

Por su parte la Ley 60 de 1982 en su artículo 7º, establece en uno de sus apartes que: “(...) *De acuerdo con las necesidades de la universidad y a su desarrollo interno, el Consejo Superior podrá crear los cargos y organismos de dirección que autoriza el Decreto-ley 80 de 1980 artículo 62 (...)*”.

Con la expedición de la Ley 30 de 1992, en su artículo 144 se deroga el Decreto-ley 80 de 1980, y es precisamente la nueva norma general de educación la que en sus artículos 28 y 29, retoma el tema de la autonomía universitaria. Expresan las normas citadas: La autonomía universitaria consagrada en la Constitución Política de Colombia y de conformidad con la presente ley, reconoce a las universidades el derecho a darse y modificar sus estatutos, ***designar sus autoridades académicas y administrativas***, crear, organizar y desarrollar sus programas académicos, definir y organizar sus labores formativas, académicas, docentes, científicas y culturales, otorgar los títulos correspondientes, seleccionar a sus profesores, admitir a sus alumnos y adoptar sus correspondientes regímenes y establecer, arbitrar y aplicar sus recursos para el cumplimiento de su misión social y de su función institucional. **(Negrilla y cursiva fuera de texto).**

El artículo 29 reitera: La autonomía de las instituciones universitarias o escuelas tecnológicas y de las instituciones técnicas profesionales estará determinada por su campo de acción y de acuerdo con la presente ley en los siguientes aspectos (...).

b) Designar sus autoridades académicas y administrativas. (...) (negrilla y cursiva fuera de texto).

Por estos motivos, considero improcedente vulnerar el principio de la autonomía universitaria establecido en nuestra Constitución Política. Designando a través de este proyecto de ley, cuáles han de ser las autoridades administrativas con las que cuente la Universidad de la Amazonia. Cuando esta institución se rige por la Constitución Política, las orientaciones del Consejo Superior Universitario y por las disposiciones generales de la Ley 30 de 1992.

Por otra parte el proyecto busca que se actualicen algunas normas expedidas en la Ley 60 de 1982, en las cuales se hace alusión expresa a las intendencias y comisarías existentes con anterioridad a la expedición de la Constitución Política de 1991.

La organización del Estado en la Constitución de 1886, se fundó en la fórmula según la cual, la República de Colombia se reconstituiría como una República Unitaria, centralizada políticamente y descentralizada administrativamente. La descentralización en dicha Constitución era un sistema o técnica de administración que daba prevalencia a lo nacional sobre lo regional y local.

La Constitución de 1991 introdujo un cambio profundo y cualitativo en dicho esquema al dotar a las entidades territoriales de una autonomía tanto objetiva como subjetiva para el manejo de sus asuntos. En tal virtud, su artículo 1º dispuso:

“Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales...”.

La Corte Constitucional, en Sentencia número C-478 del 6 de agosto de 1992, con ponencia del Magistrado Eduardo Cifuentes Muñoz; expresó sobre el punto lo siguiente:

“La autonomía y la descentralización encauza sus mecanismos de acción en múltiples aspectos. Sin embargo, responden a ópticas diferentes:

Mientras la descentralización busca una mayor libertad de las instancias periféricas –territoriales y funcionales– en la toma de decisiones y, como consecuencia de ello una mayor eficiencia en el manejo de la cosa pública, la autonomía encauza sus propósitos hacia la mayor libertad de los asociados en aras de un mayor bienestar y control de sus propios intereses”.

Por voluntad expresa del Constituyente de 1991, la descentralización y la autonomía constituyen hoy elementos fundamentales de nuestra “*República Unitaria*”.

En la ponencia para primer debate sobre ordenamiento territorial, el Constituyente Gustavo Zafra Roldán identificó con precisión algunas ideas dominantes; entre las cuales está presente en lugar destacado la “*descentralización*”, como se infiere del siguiente texto:

“La multiplicación de entidades territoriales ha generado un esquema de ordenamiento territorial que no muestra claramente una visión integral. Sin embargo, del articulado aprobado se desprende que hubo cinco (5) ideas dominantes: la autonomía de las entidades territoriales, la profundización de la descentralización, el fortalecimiento económico de los entes territoriales, la consagración del municipio como eje fundamental del Estado y la democracia participativa.

Estas cinco ideas rectoras constituyen la filosofía del nuevo ordenamiento territorial colombiano que se propone, sin que me comprometa en la afirmación sobre integralidad y coherencia del modelo finalmente propuesto por la mayoría de la Comisión”¹.

Este gran debate sobre las entidades territoriales, entregó al país como departamentos las antiguas Intendencias de Arauca, Casanare, Putumayo y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, y las antiguas Comisariías de Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada. El mismo constituyente, delega al Presidente de la República las facultades especiales como las del artículo 150-10 y las que se le otorgaron por el artículo 39 transitorio de la Constitución, para expedir decretos con fuerza de ley. Es así como expide el Decreto 2274 de octubre 4 de 1991. “Por el cual se dictan normas tendientes a asegurar la debida organización y funcionamiento de las entidades territoriales erigidas como departamentos en la constitución política y se dictan otras disposiciones”. Decreto expedido como consecuencia de la norma superior, de la Constitución Política en su artículo 309. *Erígense en departamento las Intendencias de Arauca, Casanare, Putumayo, el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, y las Comisariías del Amazonas, Guaviare, Guainía, Vaupés y Vichada. Los bienes y derechos que a cualquier título pertenecían a las intendencias y comisariías continuarán siendo de propiedad de los respectivos departamentos.*

El término Erígense, aplicado en este artículo significa: *Constituir algo con un carácter que antes no tenía.*² Es así como se constituyen entonces en departamentos las intendencias y comisariías. Esta norma Superior, al introducir este cambio a las entidades territoriales, no les suprimió derechos ni obligaciones, que ameritaran reformar toda la legislación expedida con anterioridad a la vigencia de la Nueva Carta. Sería entonces interminable reformar todas aquellas disposiciones en donde se encontrase alusión a las antiguas intendencias o Comisariías. Sin embargo el Decreto 2274 de octubre 4 de 1991 al organizar como departamentos las antiguas intendencias o Comisariías, hace esa transición de la denominación anterior a la actual. Por lo cual no se hace necesario las modificaciones presentadas en el proyecto que nos ocupa.

Para finalizar propone el autor en el artículo primero del proyecto, eliminar el artículo 5° de la Ley 60 de 1982, el cual fue instaurado para

acompañar el proceso de transformación, creación y estructuración y el desarrollo de la antigua Regional Florencia Universidad Sur Colombiana creada por Acuerdo 032 de 1979, creada por la Ley 13 de 1976, denominada por la Ley 60 de 1982 como Universidad de la Amazonia. El artículo 5° pretende entonces que el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, Icfes, realice el mencionado asesoramiento por un término de cinco (5) años desde la expedición de la norma, pues se pide es el apoyo y supervisión por parte de este organismo a la planeación de la nueva Universidad. Es decir que este proceso debió terminar en el año de 1987 una vez cumplidos los 5 años que refiere la norma, o cinco años después del reconocimiento que se le entregará la Universidad. Por lo tanto esta norma ha perdido su vigencia.

Proposición

Archívese Proyecto de ley 117/03 Cámara, 219/04 Senado, *por la cual se modifica la Ley 60 de 1982 y se dictan otras disposiciones.*

Cordialmente,

Alvaro Sánchez Ortega,
Senador Ponente.

* * *

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE

AL PROYECTO DE LEY NUMERO 225 DE 2004 SENADO

por la cual se establecen algunos beneficios para la población de adultos mayores.

1. Objeto del proyecto

El honorable Senador Mario Varón Olarte expresa como fundamento del proyecto la circunstancia de “...que las actuaciones a favor del bienestar de los mayores pretenden la igualdad de oportunidades en el acceso a los bienes y servicios de que dispone la sociedad, de manera que se posibilite el logro de sus objetivos vitales y de sus aspiraciones personales. Se trata de oferta de oportunidades a toda la población de *adultos mayores*, donde se les brinde atención privilegiada sin discriminación en especial a las personas más vulnerables en razón de su pobreza; descuentos y oportunidades especiales en tarifas de transporte aéreo, turismo social y espectáculos públicos.....”, tal como expresa en la exposición de motivos.

2. Antecedentes

Este proyecto fue presentado por el honorable Senador en la Secretaría General del Senado el 4 de mayo de 2004. El Presidente de la Corporación lo envió a la Comisión VII y su Presidente me designó como ponente para primer debate. El proyecto fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 172 de 2004.

Dado que incorpora aspectos de política gubernamental en materia social y quizás de inversión de recursos, se sometió a consulta del Ministerio de Transporte, mediante oficio del día 20 de mayo de 2004, sin haber recibido respuesta hasta la fecha.

3. Ponencia

Actualmente en el mundo se ha comenzado a tomar conciencia de la importancia social que representan los adultos mayores, en razón del creciente prolongamiento de la vida por los avances tecnológicos y científicos.

Sin embargo, preocupación mayor es garantizar una calidad de vida que dignifique a los adultos mayores, que tradicionalmente con frecuencia han venido siendo abandonados, ignorados y en muchos casos considerados una incomodidad para sus familias, justamente cuando sus necesidades de reconocimiento son mayores.

Por eso, la Organización de las Naciones Unidas ha venido asumiendo una postura severa respecto de esta situación, que obligue a los países miembros, a sus dirigentes y ciudadanos a reflexionar sobre la condición

¹ Corte Constitucional *Diario Oficial*. AÑO CXXVII. N° 40078.4, octubre, 1991, pág. 28.

² Diccionario de la Lengua Española. Pág. 254 Madrid. Edición 1998.

de sus adultos mayores, recordando que la gran mayoría de ellos será en futuro cercano integrante de ese sector de la población.

Así fue como fueron aprobados por Resolución 46 de 1991 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de fecha 16 de diciembre de 1991, los siguientes “Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad”.

Independencia
Participación
Cuidados
Autorrealización
Dignidad

Dentro de ellos, en particular sobre el principio de “cuidados” dispuso:

1. *“Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.*

2. *Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de enfermedades.*

3. *Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.*

4. *Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.*

5. *Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.”*

Y por consiguiente dispuso las siguientes “4. Obligaciones generales de los Estados Partes:

Las personas de edad conforman un grupo tan heterogéneo y variado como los demás grupos de población. [Las personas de edad se encuentran] entre los grupos más vulnerables, marginales y desprotegidos. En épocas de recesión y reestructuración de la economía, las personas de edad son un grupo especial de riesgo. Incluso en momentos de graves limitaciones de recursos, los Estados Partes tienen el deber de proteger a los miembros vulnerables de la sociedad. [...] Los métodos que los Estados Partes utilizan para cumplir las obligaciones asumidas en virtud del Pacto con respecto a las personas de edad [...] incluyen la necesidad de determinar la naturaleza y alcance de los problemas dentro de un Estado mediante una vigilancia regular, así como la necesidad de adoptar políticas y programas adecuadamente diseñados para cumplir los requisitos, promulgar leyes cuando sea necesario y eliminar toda legislación discriminatoria, y garantizar el apoyo presupuestario pertinente o requerir la cooperación internacional cuando sea procedente. [...] En 1992, la Asamblea General hizo un llamamiento para la creación de infraestructuras de apoyo nacional encaminadas a promover políticas y programas sobre el envejecimiento en los planes y programas de desarrollo nacionales e internacionales.”¹

Siendo Colombia miembro de las Naciones Unidas esta resolución le resulta imperativa, por lo que el proyecto sometido a consideración del

honorable Senado de la República es simplemente el desarrollo normativo de uno de los muchos deberes que le corresponden, relacionado con su atención en asistencia y recreación, para facilitar que tengan una vida digna.

En el artículo 1° el proyecto define el objeto de la ley, señalándolo como “*la regulación de estímulos y beneficios para la población denominada de ADULTOS MAYORES, en consonancia con los artículos 46 y 52 de la Constitución Política*”, determinado su alcance y destinatarios.

En el artículo 2° dispone el límite de edad, de 65 años, de las personas que para los efectos de la ley se consideran mayores adultos y por ende beneficiarios de los beneficios. Se observa que no efectúa discriminación alguna, lo que permite garantizar que todas las personas que alcancen esa edad son destinatarias de la ley.

En el artículo 3° del proyecto se definen los conceptos de “beneficios, estímulos, y especial asistencia geriátrica” para los efectos de la ley, determinándolos como el acopio de las actuaciones de las instituciones públicas y privadas o de entidades sin ánimo de lucro que adelantan las acciones previstas en ella y las enumera, difiriendo al reglamento las condiciones de acceso y disfrute, para facilitar su ejecución:

1. Asistencia Social Domiciliaria
2. Descuentos en Tarifas de Transportes Aéreos
3. Descuentos en Turismo Social
4. Descuentos en Espectáculos Públicos
5. Cualquiera otra que pueda establecerse en orden o mejorar la calidad de vida de los beneficiarios de esta ley.

En los artículos 4°, 5°, 6° y 7° desarrolla el concepto de tales acciones. Así, señala que con la asistencia social domiciliaria se busca evitar el desarraigo de su núcleo social y familiar, prestándole el apoyo psicosocial en lo posible en su propio hogar, para lo cual se acude al mecanismo de prácticas académicas de estudiantes de último año de carreras afines como terapia ocupacional, trabajo social, psicología y fisioterapia, a quienes se les garantiza optar por esta labor social a cambio de otros requisitos existentes para obtener su título, conforme al reglamento que al efecto adopte el Ministerio de Educación, con lo cual se logra cumplir el objetivo de la ley y, simultáneamente, facilitar lugares de práctica a los estudiantes, con un alto contenido social y de solidaridad.

En cuanto a los descuentos en tarifas de transporte aéreo, propone adoptar un mecanismo empleado en muchos países actualmente para facilitar los desplazamientos de sus adultos mayores por vía aérea, en reconocimiento de sus limitaciones que le dificultan hacerlo por otra vía. Se propone, conforme al reglamento, una reducción del 25% sobre las tarifas económicas para los adultos mayores, solo dentro del territorio nacional, lo que resulta razonable.

De la misma manera se ocupa de la recreación de los adultos mayores mediante los mecanismos de los descuentos en turismo social y en espectáculos públicos, como existe ya en muchos países.

En cuanto al primero, busca facilitar, mediante convenios con el sector turístico, que puedan acceder, dentro del país, a planes turísticos a bajos costos que incluyan alojamiento y alimentación, conforme al reglamento que adopte el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial.

En relación con los espectáculos públicos prevé la adopción por las alcaldías municipales de medidas tendientes a reducir el costo de la boletería en espectáculos culturales, musicales y artísticos, para los mayores adultos, hasta en un 50% desde el día lunes hasta el día Viernes y en hasta un 25% en los fines de semana, con lo que pueden acceder a ellos sin tener que sacrificar una parte importante de sus, generalmente, limitados recursos económicos.

En el artículo 8° para facilitar la identificación plena de los beneficiarios se prevé la carnetización, conforme al reglamento, de los adultos mayores

¹ “DERECHOS HUMANOS Y PERSONAS DE EDAD”, Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Comentario General N° 6.

que deseen acogerse a estas prerrogativas a través de las Oficinas de Cultura y Turismo o quien haga sus veces, de cada municipio, permitiendo su clasificación de acuerdo a los ingresos de los adultos mayores, para regular los descuentos a que se harán acreedores.

Finalmente, buscando que en todos los municipios se organicen hogares para la población de adultos mayores que lo requieran, en el artículo 9º se faculta a los municipios para suscribir acuerdos con los organismos y gremios económicos de carácter privado para la creación de fondos con esa finalidad.

El objetivo que se busca con esta ley tiene como fundamento la solidaridad social con una parte importante de la población y su contenido tiene respaldo constitucional suficiente. No obstante, como se dejó consignado al inicio, su texto fue consultado con el Gobierno Nacional no habiendo obtenido respuesta aún, lo que impone dejar optativas las decisiones que le comprometen, por lo que fue preciso introducirle modificaciones en su redacción.

Por las razones expuestas es preciso presentar un pliego de modificaciones que anexo al presente escrito.

4. **Proposición**

Conforme con lo expuesto, con las pequeñas correcciones de forma sugeridas me permito rendir informe de ponencia favorable, para primer debate en el honorable Senado de la República del Proyecto de ley 225 de 2004 Senado, *por la cual se establecen algunos beneficios para la población de adultos mayores* y por consiguiente recomiendo que se le dé primer debate.

Atentamente,

Angela Victoria Cogollos Amaya,
Senadora de la República.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE

DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los diez (10) días del mes de junio del año dos mil cuatro (2004). En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República.

El Presidente,

Alfonso Angarita Baracaldo.

El Secretario,

Germán Arroyo Mora.

PLIEGO DE MODIFICACIONES PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 225 DE 2004

*por la cual se establecen algunos beneficios para la población de
adultos mayores.*

El Congreso de la República de Colombia, en ejercicio de las facultades consagradas en el artículo 150 de la Constitución Política,

DECRETA:

DISPOSICIONES PRELIMINARES PRINCIPIOS GENERALES

Objeto y ámbito de aplicación

Artículo 1º. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto la regulación de estímulos y beneficios para la población denominada de ADULTOS MAYORES, en consonancia con los artículos 46 y 52 de la Constitución Política.

Artículo 2º. *Beneficiarios.* Para efectos de la obtención de los beneficios determinados en la presente ley, se considerarán como ADULTOS MAYORES las personas de más de sesenta y cinco (65) años de edad, residentes en el país y debidamente acreditados.

TITULO I

DE LA ASISTENCIA, ESTIMULOS Y BENEFICIOS

Artículo 3º. Se entiende por beneficios, estímulos, y especial asistencia geriátrica, el conjunto de las actuaciones de las instituciones públicas y privadas o de entidades sin ánimo de lucro que conllevan al mejoramiento de la calidad de vida de la población de la tercera edad.

Se consideran beneficios y estímulos para la población de ADULTOS MAYORES las siguientes actuaciones y asistencias especiales:

6. Asistencia Social Domiciliaria.

7. Descuentos en Tarifas de Transportes Aéreos.

8. Descuentos en Turismo Social.

9. Descuentos en Espectáculos Públicos.

10. Cualquiera otra que pueda establecerse en orden o mejorar la calidad de vida de los beneficiarios de esta ley.

El Gobierno Nacional podrá reglamentar las condiciones de acceso y disfrute a los anteriores beneficios y estímulos.

Artículo 4º. *Asistencia social domiciliaria.* Se denomina asistencia social domiciliaria a la prestación que se desarrolla en el domicilio de los beneficiarios en atención al apoyo psicosocial, favoreciendo así el mantenimiento de la población de la tercera edad en su medio habitual evitando así el posible desarraigo de su núcleo familiar y social.

El mencionado apoyo psicosocial será prestado a elección de los estudiantes de último año de las facultades de terapia ocupacional, trabajo social, psicología y fisioterapia, y será optativo con los otros requisitos establecidos para obtener el respectivo título profesional.

Parágrafo. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Educación reglamentará lo concerniente para la implementación de dicho servicio.

Artículo 5º. *Descuentos en tarifas de transporte aéreo.* Se denomina descuentos en tarifas de transporte aéreo a la reducción en el precio de los pasajes de transporte aéreo hasta en un 25% sobre las tarifas económicas, los cuales sean adquiridos por las personas beneficiadas con la presente ley, siempre que los trayectos tengan principio y fin en el territorio nacional.

El Gobierno Nacional a través del Ministerio del Transporte podrá reglamentar lo pertinente para hacer efectivo este beneficio.

Artículo 6º. *Descuentos en turismo social.* Se denomina descuentos en turismo social a la ejecución de medidas destinadas a facilitar a los beneficiarios de la presente ley a bajos costos la realización de actividades turísticas; a concretar mediante convenios con establecimientos hoteleros dentro del territorio nacional, tarifas especiales de alojamiento y alimentación, con el fin de crear una oferta específica para este sector de la población.

Parágrafo. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial podrá reglamentar las tarifas especiales del sector hotelero así como los procedimientos idóneos para acceder a los diversos descuentos otorgados a los beneficiarios de la presente ley.

Artículo 7º. *Descuentos en espectáculos públicos.* Se denomina descuentos en Espectáculos Públicos a la ejecución de medidas que conlleven a la reducción en los precios de la boletería para los espectáculos culturales, musicales y artísticos hasta en un 50% desde el día lunes hasta el día Viernes y en hasta un 25% en los fines de semana.

Parágrafo. Las Alcaldías Municipales establecerán lo concerniente a efectos de adoptar los procedimientos idóneos para materializar este beneficio a la población de ADULTOS MAYORES en sus respectivos municipios.

Artículo 8º. *Carnetización.* La población de ADULTOS MAYORES podrá ser inscrita y carnetizada previo el lleno de los requisitos exigidos por el Gobierno Nacional a través de la Registraduría Nacional o quien

haga sus veces, de cada municipio, previa presentación de los documentos que acrediten tal condición.

Artículo 9°. Facúltase a los municipios para suscribir acuerdos con los organismos y gremios económicos de carácter privado para la creación de fondos a fin de construir hogares para la población de ADULTOS MAYORES en los municipios que a la fecha de la sanción de la presente ley carezcan de los mencionados hogares.

Artículo 10. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Cordial saludo,

Angela Victoria Cogollos Amaya,
Senadora.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los diez (10) días del mes de junio del año dos mil cuatro (2004). En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República.

El Presidente,

Alfonso Angarita Baracaldo.

El Secretario,

Germán Arroyo Mora.

* * *

**INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE
AL PROYECTO DE LEY NUMERO 240 DE 2004 SENADO**

por la cual se adicionan unos artículos a la Ley 745 de 2002.

Señor doctor

LUIS HUMBERTO GOMEZ GALLO

Presidente Comisión Primera Constitucional

Honorable Senado de la República.

Bogotá, D. C.

Por cuanto he sido designado como ponente al Proyecto de ley número 240 de 2004 Senado, titulado *por la cual se adicionan unos artículos a la Ley 745 de 2002*, cuyo autor es el honorable Senador Rodrigo Rivera Salazar, cumplo con la obligación reglamentaria de rendirle informe de ponencia, a fin de que por su conducto sea sometido a consideración de los miembros que conforman la Célula congresual por usted presidida.

1. La Ley 745 de 2002. La ley que se pretende adicionar con este proyecto, tipificó como contravenciones el consumo de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia en presencia de menores, en establecimientos educativos, en lugares aledaños al mismo o en los domicilios de los menores, consagrando como consecuencia unas sanciones proporcionalmente a la entidad de la infracción, consistente en multa.

En la misma ley, en su artículo 5° se estableció que para efectos de investigar y juzgar dichos comportamientos, se debía agotar el procedimiento consagrado en los artículos 21, 22, 23, 24 y 26 de la Ley 228 de 1995.

2. Sentencia C-101 de 2004 de la Corte Constitucional. A raíz de una acción de inconstitucionalidad instaurada contra el artículo 5° de la Ley 745 de 2002, la Corte concluyó que por haberse remitido parcialmente al procedimiento establecido en la Ley 228 de 1995, el artículo 5° era inconstitucional, concretamente por violentar el debido proceso y por esa razón, a partir de dicho pronunciamiento, la situación es que hay unas contravenciones, con unas consecuencias jurídicas, vigentes, pero que por el pronunciamiento de la honorable Corte no pueden ser sancionadas, toda vez que no hay un procedimiento para investigar y decidir la responsabilidad.

3. En este sentido, el autor de lo que posteriormente se convirtió en la Ley 745 de 2002, hoy con el proyecto objeto de este informe, aspira a llenar el vacío dejado con el pronunciamiento referido, y por lo mismo propone adicionar a esa ley, la 745, seis (6) artículos, del siguiente contenido:

El primero un referido a indicar que esa ley va a tener un procedimiento concreto, con el que nos encontramos de acuerdo.

El segundo en donde se indican cuáles son los principios que informan dicho procedimiento, a saber oralidad, legalidad, celeridad, contradicción, debido proceso y juez natural, con el que igualmente estamos conformes.

En los artículos tercero a sexto se desarrolla el procedimiento, sólo que al respecto nos asaltan muchas inquietudes sobre su contenido, porque por ejemplo cómo entender que una investigación se pueda iniciar de oficio o por querrela, en qué eventos se iniciaría de oficio, y si es por querrela, cómo hacer para enterar al querrellado. Cómo entender que el proceso termina con una sentencia en donde se declara la responsabilidad y sin embargo nada se dice sobre si puede ser apelada o no.

Por esas razones, es por las que estamos proponiendo catorce (14) artículos nuevos, aglutinados en tres (3) secciones, una primera sección de aspectos generales, donde se clarifica en qué eventos hay iniciación de oficio y cuándo por querrela, otro referido a caducidad y prescripción, y la participación del Ministerio Público.

A reglón seguido se desarrolla el procedimiento que se adelanta cuando la investigación es oficiosa y finalmente se fija el procedimiento para el evento en que la investigación se inicie por querrela de parte. En uno y otro evento se desarrollan los principios legalidad, oralidad, contradicción, intermediación y demás principios propios de un debido proceso democrático.

Así las cosas proponemos los siguientes nuevos artículos:

Procedimiento Especial.

Sección 1

Aspectos generales

Querrela y Oficiosidad. La iniciación del proceso a que se refiere esta ley, requiere querrela de parte para su iniciación, a menos que el autor o partícipe sea capturado en flagrancia, caso en el cual la actuación se iniciará de oficio.

Cuando el sujeto activo de la conducta no sea conocido, la querrela debe formularse ante el funcionario que ejerza funciones de policía judicial, quien conservará las diligencias con el fin de individualizar a los autores y/o partícipes. Una vez se logre tal individualización, remitirá las diligencias al Juez Penal Municipal para que inicie el trámite correspondiente.

Transcurridos seis (6) meses sin que se logre la individualización o identificación del imputado, la actuación se remitirá al Juez Penal Municipal para que archive las diligencias.

El retiro de la querrela significa desistimiento.

Caducidad y prescripción de la acción contravencional. La acción contravencional caduca dentro de los dos (2) meses siguientes a la realización de la conducta si no se presenta la querrela respectiva. La prescripción de la acción derivada de la conducta contravencional será de dos (2) años.

Indemnización integral. La contravención a que se refiere esta ley admiten la cesación de procedimiento por indemnización integral, la cual no podrá aplicarse al mismo contraventor dentro de los cinco (5) años siguientes.

Ministerio Público. Con el fin de garantizar el debido proceso tanto de la víctima como del contraventor, el Ministerio Público podrá intervenir en cada una de las actuaciones que se lleven a cabo. En los eventos de captura en flagrancia su intervención será obligatoria.

Sección 2

Procedimiento en caso de querella

Presentación de la querella. En la querella indicará los hechos objeto de la misma y manifestará bajo la gravedad del juramento, que se entenderá prestado con la suscripción del escrito, que no ha iniciado procedimiento alguno por razón de los mismos hechos ante otra autoridad judicial.

En la presentación de la querella se deben relacionar o manifestar todas las pruebas que se pretendan solicitar o aportar al proceso, respecto de las cuales se decidirá en la audiencia preliminar.

Al momento de presentarse la querella, el funcionario judicial le señalará al querellante la fecha y la hora en la que se celebrará la audiencia preliminar.

La fecha de esa audiencia se fijará dentro del período comprendido entre los treinta (30) días y los cuarenta y cinco (45) días calendarios siguientes contados a partir de aquel en que se radique la querella.

Audiencia preliminar. Una vez presentada la querella, se notificará personalmente de la misma al querellado dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de su recibo, velando porque de acuerdo con las circunstancias y el medio que se utilice se asegure la eficacia de la misma y la posibilidad del ejercicio del derecho de defensa.

Si la persona a notificar comparece, previa identificación, se extenderá acta en la cual se le hará entrega de la copia de la querella y se le indicará la fecha y la hora de la audiencia, para que acuda con su defensor a la audiencia preliminar, en la que por intermedio de este, deberá solicitar todas las pruebas que quiera hacer valer y manifestar la totalidad de aquellas que van a ser aportadas a la audiencia de juzgamiento. Dicha acta debe ser firmada por el querellado y el funcionario que haga la notificación.

Si el notificado no sabe, no quiere o no puede firmar, se expresará esa circunstancia en el acta, cuyo informe se entiende rendido bajo la gravedad del juramento.

En la audiencia preliminar, el Juez decidirá en forma oral la pertinencia y conducencia de las pruebas solicitadas y aportadas, tanto por el querellante como por el querellado, decisión contra la cual sólo procede el recurso de reposición, el cual se interpondrá y resolverá allí mismo y de manera oral.

Si la persona no comparece, se libra en su contra orden de captura con el fin de escuchar su versión sobre los hechos.

Si transcurridos diez (10) días calendario a partir de la fecha en que la orden de captura fue recibida por las autoridades que deban ejecutarla, no se ha obtenido información sobre su efectividad, se fijará edicto por tres (3) días hábiles, vencidos los cuales se le declarará persona ausente y se le designará defensor de oficio para vincularlo al proceso. Una vez cumplido este trámite se continuará con el proceso.

Fecha para audiencia de juzgamiento. En la audiencia preliminar, el Juez fijará fecha para la audiencia de juzgamiento, la cual deberá realizarse a más tardar dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a la presentación de la querella.

Audiencia de juzgamiento. En la audiencia de juzgamiento se identificará a las partes, se le dará la palabra al querellante para que ratifique su querella, se interrogará al imputado, se practicarán las pruebas decretadas a que haya lugar, se surtirá traslado en audiencia al defensor para que de forma oral lleve a cabo los alegatos respectivos, se revisará la conciliación o el arreglo directo si es que se presentaren y se dictará sentencia.

Salvo lo dispuesto en el inciso final de este artículo, la audiencia de juzgamiento no podrá suspenderse.

Si atendiendo a la naturaleza de la prueba no puede practicarse durante la audiencia, esta se realizará antes de la misma en un término no superior

a sesenta (60) días calendario desde la presentación de la querella y de la misma se surtirá traslado por tres (3) días calendario a la víctima y al imputado.

En esta audiencia las partes podrán aportar o solicitar nuevas pruebas, siempre y cuando se acredite que estas se desconocían o que no se contaba con ellas en la audiencia preliminar. El juez determinará su conducencia y en caso de que no puedan ser controvertidas allí mismo dará traslado de la prueba por un término de tres (3) días calendario y al día siguiente de su vencimiento se reanudará la audiencia de juzgamiento. En esta nueva sesión no se aceptará la presentación de nuevas pruebas.

Sentencia. En la misma audiencia el Juez proferirá la sentencia con la motivación y la dosificación respectivas.

Apelación. La apelación de la sentencia tendrá que interponerse en la misma audiencia de juzgamiento y se concederá en el efecto suspensivo.

Trámite de la impugnación. Recibidas las diligencias, el Juez que conozca del recurso citará para dentro de los cinco (5) días siguientes, contados a partir del recibo de la actuación, para realizar la audiencia en la que quien interpuso el recurso, debe comparecer a sustentar el recurso, so pena de que si no lo hace, se declare desierto el mismo y ejecutoriada la providencia.

Sección 3

Procedimiento en caso de flagrancia

Captura en flagrancia. Cuando se lleve a cabo la captura en flagrancia el capturado será puesto a disposición del Juez Penal Municipal, a más tardar dentro de las treinta y seis (36) horas siguientes a la aprehensión, y este dictará auto de apertura de proceso.

Audiencia. A más tardar dentro de las treinta y seis (36) horas siguientes contadas a partir de que el capturado ha sido puesto a disposición de la autoridad competente, esta en audiencia pública le recibirá versión sobre los hechos y verificará la existencia de los requisitos de flagrancia, caso en el cual hará la imputación respectiva y surtirá traslado de la misma al capturado, quien a través de su defensor solicitará las pruebas que considere pertinentes.

Acto seguido, el Juez decidirá sobre la práctica de las pruebas pertinentes y conducentes y de ser necesario fijará la nueva fecha para la continuación de la audiencia.

Contra la decisión a través de la cual se nieguen las pruebas solamente procede recurso de reposición. Si el juez niega las pruebas solicitadas, en la misma audiencia y de inmediato se proferirá la sentencia respectiva, contra la cual procede la impugnación de conformidad con lo establecido en la presente ley.

Si concurren los requisitos de la flagrancia, continuará el trámite procesal salvo que la víctima desista. Si no concurren los requisitos de la flagrancia se seguirá el procedimiento previsto en caso de querella.

Parágrafo. A esta diligencia puede concurrir quien haya llevado a cabo la aprehensión. Si este es servidor público y no le es posible asistir a la audiencia deberá rendir un informe sobre la aprehensión el cual tendrá el carácter de prueba documental.

Intervención especial de la Fiscalía. En los eventos en que por razón del horario regular de atención al público del respectivo despacho, no sea posible poner el capturado a disposición del Juez Penal Municipal, dentro de las treinta y seis (36) horas siguientes a la captura, el aprehensor lo pondrá a disposición de la Unidad Permanente de la Fiscalía más cercana.

En tal caso, el Fiscal oír al capturado para determinar si concurren o no los requisitos de la flagrancia. En caso afirmativo, proferirá auto de apertura de proceso, con el fin de legalizar la privación de la libertad.

A la primera hora hábil del día siguiente, el Fiscal enviará las diligencias al Juez Penal Municipal, quien a partir de la actuación adelantada por la Fiscalía continuará con la Audiencia de Juzgamiento respectiva.

Por las razones anteriores, proponemos:

Dese primer debate al Proyecto de ley número 240 de 2004 Senado, titulado, *por la cual se adicionan unos artículos a la Ley 745 de 2002*, junto con el pliego de modificaciones que se adjunta a este informe.

Cordialmente,

Germán Vargas Lleras,
Senador de la República.

**PLIEGO DE MODIFICACIONES
AL PROYECTO DE LEY NUMERO NUMERO 240
DE 2004 SENADO TITULADO**

por la cual se adicionan unos artículos a la Ley 745 de 2002.

Artículo 1º. Adiciónese los siguientes artículos a la Ley 745 de 2002:

Aspectos generales

Ambito de aplicación. El procedimiento de que trata esta ley será aplicable a las contravenciones contempladas en la Ley 745 de 2002, *por la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de la dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad y la familia.* Y las demás que determine la ley.

Principios. El procedimiento contenido en esta ley se regirá por los siguientes principios:

1. Oralidad: la totalidad de las actuaciones judiciales serán orales, sin perjuicio de guardar registro de la misma.
2. Legalidad.
3. Celeridad y eficiencia
4. Contradicción.
5. El respeto por las formas propias del juicio.
6. Debido proceso
7. Juez Natural
8. Y los demás principios que estén contenidos en el código de procedimiento penal.

Querella y Oficiosidad. La iniciación del proceso a que se refiere esta ley, requiere querella de parte para su iniciación, a menos que el autor o partícipe sea capturado en flagrancia, caso en el cual la actuación se iniciará de oficio.

Cuando el sujeto activo de la conducta no sea conocido, la querella debe formularse ante el funcionario que ejerza funciones de policía judicial, quien conservará las diligencias con el fin de individualizar a los autores y/o partícipes. Una vez se logre tal individualización, remitirá las diligencias al Juez Penal Municipal para que inicie el trámite correspondiente.

Transcurridos seis (6) meses sin que se logre la individualización o identificación del imputado, la actuación se remitirá al Juez Penal Municipal para que archive las diligencias.

El retiro de la querella significa desistimiento.

Caducidad y prescripción de la acción contravencional. La acción contravencional caduca dentro de los dos (2) meses siguientes a la realización de la conducta si no se presenta la querella respectiva. La prescripción de la acción derivada de la conducta contravencional será de dos (2) años.

Indemnización integral. La contravención a que se refiere esta ley admite la cesación de procedimiento por indemnización integral, la cual no podrá aplicarse al mismo contraventor dentro de los cinco (5) años siguientes.

Ministerio Público. Con el fin de garantizar el debido proceso tanto de la víctima como del contraventor, el Ministerio Público podrá intervenir en cada una de las actuaciones que se lleven a cabo. En los eventos de captura en flagrancia su intervención será obligatoria.

Procedimiento en caso de querella

Presentación de la querella. En la querella indicará los hechos objeto de la misma y manifestará bajo la gravedad del juramento, que se entenderá prestado con la suscripción del escrito, que no ha iniciado procedimiento alguno por razón de los mismos hechos ante otra autoridad judicial.

En la presentación de la querella se deben relacionar o manifestar todas las pruebas que se pretendan solicitar o aportar al proceso, respecto de las cuales se decidirá en la audiencia preliminar.

Al momento de presentarse la querella, el funcionario judicial le señalará al querellante la fecha y la hora en la que se celebrará la audiencia preliminar.

La fecha de esa audiencia se fijará dentro del período comprendido entre los treinta (30) días y los cuarenta y cinco (45) días calendarios siguientes contados a partir de aquel en que se radique la querella.

Audiencia preliminar. Una vez presentada la querella, se notificará personalmente de la misma al querellado dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de su recibo, velando porque de acuerdo con las circunstancias y el medio que se utilice se asegure la eficacia de la misma y la posibilidad del ejercicio del derecho de defensa.

Si la persona a notificar comparece, previa identificación, se extenderá acta en la cual se le hará entrega de la copia de la querella y se le indicará la fecha y la hora de la audiencia, para que acuda con su defensor a la audiencia preliminar, en la que por intermedio de este, deberá solicitar todas las pruebas que quiera hacer valer y manifestar la totalidad de aquellas que van a ser aportadas a la audiencia de juzgamiento. Dicha acta debe ser firmada por el querellado y el funcionario que haga la notificación.

Si el notificado no sabe, no quiere o no puede firmar, se expresará esa circunstancia en el acta, cuyo informe se entiende rendido bajo la gravedad del juramento.

En la audiencia preliminar, el Juez decidirá en forma oral la pertinencia y conducencia de las pruebas solicitadas y aportadas, tanto por el querellante como por el querellado, decisión contra la cual sólo procede el recurso de reposición, el cual se interpondrá y resolverá allí mismo y de manera oral.

Si la persona no comparece, se libra en su contra orden de captura con el fin de escuchar su versión sobre los hechos.

Si transcurridos diez (10) días calendario a partir de la fecha en que la orden de captura fue recibida por las autoridades que deban ejecutarla, no se ha obtenido información sobre su efectividad, se fijará edicto por tres (3) días hábiles, vencidos los cuales se le declarará persona ausente y se le designará defensor de oficio para vincularlo al proceso. Una vez cumplido este trámite se continuará con el proceso.

Fecha para audiencia de juzgamiento. En la audiencia preliminar, el Juez fijará fecha para la audiencia de juzgamiento, la cual deberá realizarse a más tardar dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a la presentación de la querella.

Audiencia de juzgamiento. En la audiencia de juzgamiento se identificará a las partes, se le dará la palabra al querellante para que ratifique su querella, se interrogará al imputado, se practicarán las pruebas decretadas a que haya lugar, se surtirá traslado en audiencia al

defensor para que de forma oral lleve a cabo los alegatos respectivos, se revisará la conciliación o el arreglo directo si es que se presentaren y se dictará sentencia.

Salvo lo dispuesto en el inciso final de este artículo, la audiencia de juzgamiento no podrá suspenderse.

Si atendiendo a la naturaleza de la prueba no puede practicarse durante la audiencia, esta se realizará antes de la misma en un término no superior a sesenta (60) días calendario desde la presentación de la querrela y de la misma se surtirá traslado por tres (3) días calendario a la víctima y al imputado.

En esta audiencia las partes podrán aportar o solicitar nuevas pruebas, siempre y cuando se acredite que estas se desconocían o que no se contaba con ellas en la audiencia preliminar. El juez determinará su conducencia y en caso de que no puedan ser controvertidas allí mismo dará traslado de la prueba por un término de tres (3) días calendario y al día siguiente de su vencimiento se reanuda la audiencia de juzgamiento. En esta nueva sesión no se aceptará la presentación de nuevas pruebas.

Sentencia. En la misma audiencia el Juez proferirá la sentencia con la motivación y la dosificación respectivas.

Apelación. La apelación de la sentencia tendrá que interponerse en la misma audiencia de juzgamiento y se concederá en el efecto suspensivo.

Trámite de la impugnación. Recibidas las diligencias, el Juez que conozca del recurso citará para dentro de los cinco (5) días siguientes, contados a partir del recibo de la actuación, para realizar la audiencia en la que quien interpuso el recurso, debe comparecer a sustentar el recurso, so pena de que si no lo hace, se declare desierto el mismo y ejecutoriada la providencia.

Procedimiento en caso de flagrancia

Captura en flagrancia. Cuando se lleve a cabo la captura en flagrancia el capturado será puesto a disposición del Juez Penal Municipal, a más tardar dentro de las treinta y seis (36) horas siguientes a la aprehensión, y este dictará auto de apertura de proceso.

Audiencia. A más tardar dentro de las treinta y seis (36) horas siguientes contadas a partir de que el capturado ha sido puesto a disposición de la autoridad competente, esta en audiencia pública le recibirá versión sobre los hechos y verificará la existencia de los requisitos de flagrancia, caso en el cual hará la imputación respectiva y surtirá traslado de la misma al capturado, quien a través de su defensor solicitará las pruebas que considere pertinentes.

Acto seguido, el Juez decidirá sobre la práctica de las pruebas pertinentes y conducentes y de ser necesario fijará la nueva fecha para la continuación de la audiencia.

Contra la decisión a través de la cual se nieguen las pruebas solamente procede recurso de reposición. Si el juez niega las pruebas solicitadas, en la misma audiencia y de inmediato se proferirá la sentencia respectiva, contra la cual procede la impugnación de conformidad con lo establecido en la presente ley.

Si concurren los requisitos de la flagrancia, continuará el trámite procesal salvo que la víctima desista. Si no concurren los requisitos de la flagrancia se seguirá el procedimiento previsto en caso de querrela.

Parágrafo. A esta diligencia puede concurrir quien haya llevado a cabo la aprehensión. Si este es servidor público y no le es posible asistir a la audiencia deberá rendir un informe sobre la aprehensión el cual tendrá el carácter de prueba documental.

Intervención especial de la Fiscalía. En los eventos en que por razón del horario regular de atención al público del respectivo despacho, no sea posible poner el capturado a disposición del Juez Penal Municipal, dentro de las treinta y seis (36) horas siguientes a la captura, el aprehensor lo pondrá a disposición de la Unidad Permanente de la Fiscalía más cercana

En tal caso, el Fiscal oír al capturado para determinar si concurren o no los requisitos de la flagrancia. En caso afirmativo, proferirá auto de apertura de proceso, con el fin de legalizar la privación de la libertad.

A la primera hora hábil del día siguiente, el Fiscal enviará las diligencias al Juez Penal Municipal, quien a partir de la actuación adelantada por la Fiscalía continuará con la Audiencia de Juzgamiento respectiva.

Artículo 2º. La presente ley rige a partir de su publicación.

Cordialmente,

Germán Vargas Lleras,
Senador de la República.

* * *

PONENCIA PARA EL PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 241 DE 2004 SENADO

por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política.

Bogotá, D. C., junio 9 de 2004.

Doctor

ALFONSO ANGARITA BARACALDO

Presidente

Honorable Comisión Séptima

Senado de la República

E. S. M.

Apreciado doctor Angarita:

Cumplimos con el deber de presentar ponencia para el primer debate al Proyecto de ley número 241 de 2004 Senado, *por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política*, de origen gubernamental, que se tramitará como ley orgánica y que tiene acumulados los Proyectos de ley 238 de 2004, 236 de 2004, 180 de 2004 y 138 de 2003 Senado, estos últimos de origen parlamentario, relacionados con cambios del sistema general de Seguridad Social en Salud, y especialmente en lo relacionado con competencias y recursos.

Objeto de los proyectos

Los proyectos enunciados tienen como objeto reestructurar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) especialmente en lo relacionado con el aseguramiento, la prestación de servicios, la financiación, el flujo de recursos, los sistemas de información y de control y vigilancia. Para lo anterior modifica especialmente normas de la Ley 100 de 1993 y 715 de 2001.

Ratifican la dirección, coordinación y control del Estado quien se debe encargar del desarrollo armónico y coherente en la implementación del sistema.

Antecedentes

El Proyecto de ley 241 de 2004 Senado, es de origen gubernamental, orgánico.

El Proyecto de ley 180 de 2004 Senado fue presentado por el Senador Germán Vargas Lleras.

El Proyecto de ley 236 de 2004 Senado, fue presentado por los siguientes Senadores: Rafael Pardo, Eduardo Benítez, Gustavo Sosa, Dieb Maloof Cusé, Jesús Bernal, Luis Carlos Avellaneda, Dilian Francisca Toro, Mauricio Pimiento, Bernardo Guerra, Jesús Piñacué, Ramiro Luna, Rafael Hernando Medina, honorable Representante Carlos Ignacio Cuervo.

El Proyecto de ley 138 de 2003 Senado, fue presentado por el Senador Omar Yepes Alzate y el honorable Representante Juan Martín Hoyos.

El 238 de 2004 Senado cuyo autor es el doctor Jesús Enrique Piñacué.

Consideraciones constitucionales y legales

Constitución Nacional.

El artículo 48 de la CN determina el concepto de seguridad social e introduce la participación de los particulares en la presentación de los servicios:

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

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

El artículo 49 de de la CN establece:

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

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

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

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

Se debe destacar del mandato constitucional, el capítulo sobre la finalidad social del Estado y de los servicios públicos como dice el artículo 365:

“Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional”.

Y el artículo 366:

“El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son las finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable”.

“Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la nación y de las Entidades Territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación”.

Ley 100 de 1993

La Ley 100 de 1993, creó el Sistema de Seguridad Social, conformado por el Sistema General de Pensiones, el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema de Riesgos Profesionales y los servicios sociales complementarios.

El SGSSS incluye el Plan de Atención Básica (PAB), el Plan Obligatorio de Salud (POS) con sus dos regímenes subsidiado y contributivo, y la protección frente a los Accidentes de Tránsito, Desastres Naturales y Terrorismos (ECAT). Las personas de mayor capacidad económica pueden adquirir con cargo a sus propios recursos, los Planes Adicionales de Salud (PAS) que puede cubrir todo o parte de aquello que no está incluido en el POS.

El SGSSS es administrado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para el Régimen Contributivo y por Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS), quienes contratan la prestación directa de los servicios con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), propias o externas, públicas o privadas, y con los hospitales públicos, hoy convertidos en Empresas Sociales del Estado (ESE).

Dentro de los objetivos del SGSSS estaba la cobertura universal de todos los colombianos para el año 2001 en todos los niveles de complejidad (artículo 151 de la Ley 100 subrayado). Este objetivo fundamental, es la razón de ser del SGSSS, que aún está lejos de cumplirse, porque en la actualidad existen cerca de 20 millones de compatriotas sin protección específica en salud, como lo demuestra el siguiente cuadro de cobertura. Por ello, se hace necesario impulsar las medidas expuestas en el presente Proyecto para lograr el objetivo.

Exposición de motivos

Desde el año 1993 se desarrolla en Colombia una reforma ambiciosa al sector de la salud, que cumple hoy 10 años de implantación y desarrollo. A pesar de su espíritu progresista y su logros, existen innumerables quejas sobre su funcionamiento y resultados, inconformidades que vienen recogiendo en los medios de comunicación, en los espacios de discusión nacional, en el Congreso de la República y en el seno de la comisión accidental que este conformó el pasado 13 de diciembre para estudiarla. Luego de escuchar y conocer estas dificultades, con participación del gobierno y diferentes actores que concurren a ella, incluyendo, las universidades, los investigadores, los gremios, y representantes de la sociedad civil, se puede concluir que existen obstáculos significativos al progreso de la reforma y al cumplimiento del espíritu constitucional por el que se rige. Por su seriedad y magnitud estos obstáculos requieren una reforma de la legislación vigente.

Diagnóstico

Cobertura Universal:

Según estableció el artículo 162 de la Ley 100, “el Sistema General de Seguridad Social en Salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001” Meta que no se ha cumplido en dos sentidos: No se han incluido todos los colombianos al aseguramiento, considerando que para diciembre del 2003 se encontraban afiliados 13.2 millones de personas al régimen contributivo y 11.5 al subsidiado, suma que permite concluir, restando los cerca de 1.5 millones de personas afiliadas a regímenes especiales, que existirían cerca de 18.5 millones de Colombianos que no disponen de ninguna afiliación; y por otro lado, tampoco se ha igualado el contenido del Plan Obligatorio de Salud (POS) contributivo y subsidiado.

Un punto que resulta fundamental hablando de cobertura, es el efecto que sobre esta tiene el cumplimiento de los períodos de carencia. Como se sabe, para tener derecho a todos los servicios del POS Contributivo es preciso cumplir 100 semanas continuas de aporte, condición que cumple solo una parte de los 13.2 millones de afiliados al Régimen Contributivo.

La carencia de cobertura universal constituye un problema sustantivo que se expresa en diversos niveles:

1. No se está garantizando un trato equitativo a todos los colombianos.
2. La falta de cobertura de servicios de salud conlleva a agravar y prolongar la enfermedad y los bajos estándares de bienestar para muchos colombianos y regiones del país.

3. No ha sido posible ofrecerles a todos los Colombianos el derecho a un seguro bajo relaciones contractuales modernas, diferentes de la caridad y las vinculaciones clientelares precedentes, que subsisten gracias a la existencia de fracciones de la población marginada, careciendo de los servicios públicos a que tienen derecho.

4. Aprovechando que existen personas enfermas sin capacidad de pago ni seguro, incluso con padecimientos como enfermedades catastróficas, vienen apareciendo afiliaciones empañadas por prácticas de selección de riesgo y efectos de selección adversa facilitadas por intermediarios y personas inescrupulosas.

5. Se mantiene un sistema de salud fragmentado, integrado por dos componentes fundamentales: de oferta y el de demanda, cada uno con su lógica y organización; dualidad que multiplica los costos administrativos que debe asumir el país. Así lo señala, por ejemplo, el CONPES 3233 de 2003 que trata del balance macroeconómico, presupuesto y plan financiero para el 2004. Lo cual requiere reducir el mecanismo financiero de subsidio a la oferta a una proporción no mayor del 10% del total de los recursos financieros del SGSSS.

Salud Pública

La reforma de la seguridad social se estableció sin tratar exhaustiva y adecuadamente los aspectos de la salud pública. Sus contenidos y la institucionalidad que estableció carecen de instrumentos y conceptos indispensables para garantizarla. Así puede verificarse en el artículo 152 de la Ley 100, que excluye de su ámbito la salud pública, dejándola a cargo de las Leyes 60 de 1993 y 9 de 1979. No obstante y contradictoriamente, el artículo 165 de la misma ley, adopta un paquete de servicios, el Plan de Atención Básica (PAB), constituido por aquellas intervenciones que se dirigen a la colectividad.

Como resultado de estas incongruencias se encuentra:

1. No existe una política explícita de salud pública que fije claramente la responsabilidad del Estado y determine la salud como un derecho.

2. El desarrollo reglamentario u operativo que se ha hecho de la Ley 100 y de los conceptos relacionados con la salud pública, da lugar a diferentes interpretaciones que inducen confusiones entre salud pública con PAB, con promoción y prevención o con acciones y servicios dirigidos a los individuos con aquellos que tienen como finalidad a la colectividad.

3. Existe una proliferación de normas que dificulta la ejecución de recursos de promoción y prevención, al mismo tiempo que están vigentes normas obsoletas como la Ley 9ª de 1979.

4. No existe una ordenación adecuada de acciones de salud pública, que corresponda a criterios claros y uniformes que identifiquen las necesidades de la población tanto desde el punto de vista del individuo como de la colectividad.

5. La investigación en temas como políticas, sistemas de salud y salud pública es precaria, y no se articula al sistema o a las decisiones de política. Solo existen algunos grupos de investigadores trabajando en este campo a expensas de esfuerzos personales e investigaciones oficiales.

En las diferentes presentaciones en las que se recibió información, se explicó que existe un control deficiente de infestación de vectores transmisores de enfermedades tales como el dengue, la fiebre amarilla y la malaria.

Un problema que se viene exponiendo es la debilidad de los municipios de niveles 4, 5 y 6 para asumir las funciones de salud pública, asunto que se debe también a la desarticulación entre lo nacional, departamental y municipal: y a la falta de sentido estratégico que tiene el PAB.

En resumen: se encuentra que el país no ha avanzado significativamente en algunos indicadores de salud pública, tales como la tuberculosis, el adelanto suficiente en aspectos como la mortalidad materna y prenatal en

donde nos hemos rezagado en comparación con otros países. Adicionalmente existe un debilitamiento en la organización y la financiación de la salud pública. El INS, como entidad llamada a encabezar la salud pública está sumida en una condición inferior a sus retos; sus programas de investigación son diferentes a las necesidades del país, dispone de un presupuesto mínimo, carece de infraestructura adecuada, y en general no está capacitada para asumir las exigencias del país.

El desarrollo del Plan de Atención Básica (PAB) es insatisfactorio por sus contenidos, por la ineficiencia de la ejecución y así mismo por la falta de institucionalización y coherencia. El papel de los municipios de la nación, y los departamentos resulta ineficiente, la ejecución de los dineros y sus resultados no es adecuada, no resultan en un mejoramiento de un bienestar de los colombianos, como lo demuestran los indicadores de salud y vigilancia epidemiológica.

Finalmente, el papel de la descentralización no se está cumpliendo. Los objetivos de eficiencia y efectividad que debía tener no se observa. En muchos casos la capacidad de los municipios es muy pequeña frente a la capacidad que deben atender.

Sistema de información

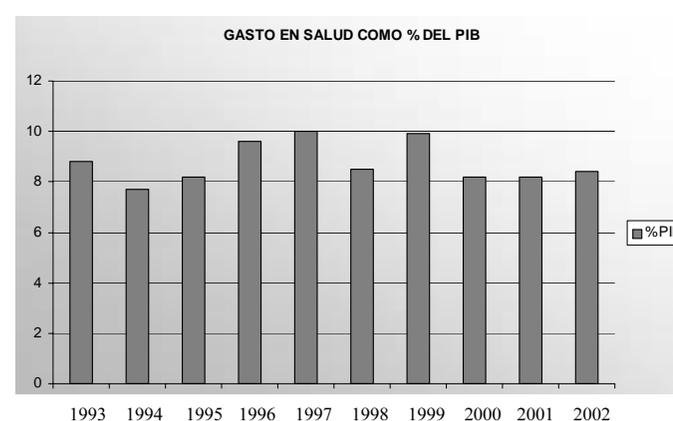
La carencia de un sistema de información y de las investigaciones requeridas es caldo de cultivo en la pérdida de recursos, el embotellamiento en el flujo de fondos afecta todos los aspectos del sistema como los servicios de salud pública, la prestación de servicios, la financiación, la gestión de recursos humanos, el aseguramiento y la vigilancia y control. Dificultades que son notorias en dos ejes. A. En la ausencia de un registro único de aportantes y sus núcleos familiares, inconformidad que conlleva a la atomización, desorden, multifiliación y pérdidas financieras al sistema. B. La identificación imprecisa de la población sujeta a ser beneficiada con subsidios que han permitido que se filtre la corrupción y la politiquería.

Financiación

A pesar de la diversidad de la problemática financiera, puede resumirse señalando que: A. Colombia viene haciendo inversiones cuantiosas en salud, sin embargo no ha sido posible conjurar el déficit hospitalario ni existe cobertura universal; algunos hospitales vienen cerrándose y otros parecen próximos a desaparecer. B. En segundo lugar, el país no ha logrado transformar la oferta en demanda. C. Así mismo, la ingeniería financiera del sistema es demasiado compleja imponiendo pasos y retenes innecesarios a los recursos; trámites que no agregan valor, y que facilitan prácticas especulativas con los dineros de la salud, haciendo sensible e indefenso ante la corrupción.

Gasto en salud

Como se ha señalado actualmente y desde hace algunos años, en Colombia se viene haciendo una inversión en salud que se aproxima al 8% del PIB pero que llegó hasta el 10% en 1997 y 1999. Como se ilustra en la siguiente gráfica:



El cumplimiento de los supuestos de la reforma y el aporte del *pari passu*

La inflexibilidad en la presupuestación y utilización de los recursos presupuestales del Fondo Solidaridad y Garantía, como también las continuas modificaciones presupuestales (recortes, aplazamientos, traslados, etc.) ha generado e imposibilitado la utilización del total de recursos y por ende la ampliación de coberturas. Así lo expuso claramente el Contralor General de la Nación presentando el incremento de inversiones en TES y otros títulos con los dineros del régimen subsidiado.

La necesidad de mejorar las garantías financieras

La quiebra de varias ARS y EPS, y las condiciones financieras de algunas de ellas, deben ser motivo de preocupación y solución. Es un hecho conocido que la liquidación de algunas de estas entidades o su desaparición causó pérdidas a las IPS y otros acreedores, fenómeno que genera desconfianza y falta de transparencia en el sistema. Para solucionar estos temas es preciso mejorar los indicadores y exigencias financieras a las empresas que se encarguen del aseguramiento y en segundo lugar laceración de un fondo de garantías que proteja de las quiebras a los prestadores y otros acreedores.

La corrupción y la especulación con los recursos de la salud

Se han vuelto recurrentes los escándalos por corrupción, en diferentes puntos e instituciones del sistema de salud. Esta situación además de que es inadmisibles, le genera costos enormes al sistema de salud en contra de la cobertura y viene desprestigiando al sector y toda la institucionalidad.

Sostenibilidad y supuestos que viabilizan el sistema

Un punto muy importante que es necesario evaluar, es el incumplimiento de los supuestos macroeconómicos que daban viabilidad a la Ley 100, y a los cambios que viene teniendo el empleo, tanto por temporalidad como por subempleo, como se muestra en los siguientes cuadros.

Vigilancia y control

Que las instituciones de vigilancia y control como la Superintendencia Nacional de Salud no tiene capacidad ni desarrolla adecuadamente la corrupción y garantizar el cumplimiento de los requisitos y condiciones óptimas de funcionamiento de las instituciones del sector, esto ha generado insuficiente prestación de los servicios a las personas y pérdida de recursos en el sector.

Prestación y aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud

La problemática de prestación de servicios se ubica en varios niveles comenzando por el modelo de atención, el plan de beneficios, la calidad, el flujo de recursos, las relaciones de EPS e IPS y los costos.

Atención gestionada y administración por niveles

Con la reforma de la seguridad social el país adoptó como modelo de atención la atención gestionada mediante “articuladores”, en este caso EPS y ARS. No obstante este enfoque llamado a sustituir el viejo modelo, que organizado jerárquicamente por niveles y grados de complejidad, no se ha desarrollado adecuadamente.

Es importante señalar que a Colombia ya se había traído el ordenamiento por criterios de niveles y grados de complejidad con el objeto de regular el acceso a los servicios, y por lo tanto los costos; luego que fuera creado hace ochenta años en el sistema de salud inglés, observando que en ese país esta ordenación se acompañaba de una responsabilidad estatal de aseguramiento, concepto que resultó ineficiente y pasivo para ordenar los servicios, puesto que muchas personas, sin requerirlo, acudían a los niveles más complejos y costosos, y al crecimiento desordenado de los portafolios de servicios de los hospitales. Luego con la Ley 100 se decidió que ese papel no sería pasivo, quedando a cargo empresas como las EPS, capacitadas para ubicar los pacientes, seleccionar servicios de calidad y garantizar el acceso no sólo a un médico sino a una red íntegra de

servicios, cuidando la continuidad del servicio. No obstante este propósito, el de incorporar a Colombia el modelo de la atención gestionada, mucho más moderno y eficaz, viene presentando enormes dificultades que comienzan por la incapacidad de muchas ARS e incluso EPS, para constituirse en empresas de ese nivel de tecnología, solvencia y respaldo.

Proposición

Teniendo en cuenta el pliego de modificaciones dese primer debate al Proyecto de ley 241 de 2004 Senado, *por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materias de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política* al anterior proyecto han sido acumulados los Proyectos de ley 238 de 2004 Senado, 236 de 2004 Senado, 180 de 2004 Senado y 138 de 2004 Senado.

Del señor Presidente.

Atentamente,

Alfonso Angarita Baracaldo, Eduardo Benítez Maldonado, Coordinadores Ponentes; Gustavo Sosa Pacheco, Dieb Maloof Cusé, Flor Gnecco Arregocés, Bernardo Alejandro Guerra, Jesús Puello Chamíé, Senadores Ponentes.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los once (11) días del mes de junio del año dos mil cuatro (2004). En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República.

El Presidente,

Alfonso Angarita Baracaldo.

El Secretario,

Germán Arroyo Mora.

PLIEGO DE MODIFICACIONES

AL PROYECTO DE LEY NUMERO 241 DE 2004 SENADO

por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política, y sus Proyectos acumulados 238 de 2004, 236 de 2004, 180 de 2004 y 138 de 2004 Senado.

El articulado propuesto por los ponentes es el siguiente:

CAPITULO PRIMERO

Disposiciones generales

Artículo 1°. *Objeto.* Reorganizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo una misma operatividad para todos los regímenes y modificar la estructura del sistema y las funciones y competencias de las entidades e instituciones involucradas, con los siguientes objetivos específicos:

a) Fortalecer la capacidad de rectoría, regulación y seguimiento del Ministerio de la Protección Social;

b) Fortalecer el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como organismo de concertación entre los diversos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

c) Ampliar la cobertura de aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud con vocación de universalidad;

d) Reestructurar y aumentar el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mejorar su eficiencia y garantizar el uso adecuado de sus recursos;

e) Propiciar el equilibrio en las relaciones entre aseguradores y prestadores al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

f) Fortalecer la ejecución armónica de las políticas, planes y proyectos de salud pública en todo el territorio nacional;

g) Procurar la calidad en la prestación de los servicios de salud y de aseguramiento en salud;

h) Reestructurar e implementar un sistema efectivo y desconcentrado de Inspección, Vigilancia y Control;

i) Fortalecer y facilitar el sistema de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

j) Determinar las políticas de formación y desempeño del recurso humano en el sector de la salud;

k) Determinar los procedimientos y financiación que mejoren la atención de enfermedades de alto costo;

l) Fortalecer al instituto nacional de salud como entidad coordinadora de las acciones, planes y programas de salud pública;

m) Facultar al gobierno en forma extraordinaria para que adapte la presente ley a la situación especial de las comunidades indígenas.

Artículo 2°. *Definiciones.* Para efectos de lo establecido en la presente ley y en adelante para todo lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud se adoptan las siguientes definiciones:

a) Aseguramiento: Es el mecanismo a través del cual se ofrece a las personas la seguridad jurídica y financiera para la garantía del acceso a unos servicios de salud, previa y explícitamente definidos y que obligan a la Entidad Promotora de Salud con sus afiliados, mediante el reconocimiento a estas de un valor per cápita regulado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;

b) Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS: Es el organismo de concertación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en donde tienen asiento representantes de todos los actores y se adoptan las decisiones que los afectan y regulan el sistema de conformidad con las competencias otorgadas por la ley;

c) Entidades Promotoras de Salud, EPS: Son las entidades encargadas de la función de aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando el acceso a los planes de beneficios definidos para la población, tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado;

d) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS: Son las personas naturales o jurídicas encargadas de prestar servicios de salud a la población colombiana mediante contratos que celebran con la Entidad Promotora de Salud o con el Estado para tal efecto;

e) Empresas Sociales del Estado, ESE: Son una categoría de instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público o mixto, cuya función primordial es la prestación de servicios de salud a la población pobre y vulnerable bajo criterios de calidad, legitimidad social y autosostenibilidad;

f) Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS: Es un fondo sin personería jurídica administrado por el Gobierno Nacional a través de fiducia mercantil, el cual tiene como objeto administrar y girar los recursos de las Entidades Territoriales y los recursos que a estas les sean asignados, destinados al financiamiento del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

g) Plan Obligatorio de Salud, POS: Es el conjunto de beneficios en salud definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que deben garantizar las Entidades Promotoras de Salud y al cual tienen derecho los afiliados al sistema;

h) Redes de prestación de servicios: Son el conjunto organizado de diferentes prestadores de servicios de salud que interactúan entre sí bajo los principios de complementariedad y subsidiariedad, con el fin de hacer más eficiente la labor de los prestadores y brindar un mejor servicio a los usuarios;

i) Red pública: Se entiende por red pública de prestación de servicios de salud, el conjunto de Empresas Sociales del Estado de cualquier orden territorial, las demás Instituciones Prestadoras de Servicios de carácter público y las Fundaciones y otras entidades de utilidad común sin ánimo de lucro que existían antes de la ley 100 de 1993 y recibían recursos estatales para la atención en salud de la población pobre y vulnerable del país como parte de la red pública;

j) Régimen Contributivo: Es el régimen al que obligatoriamente pertenecen las personas con contrato de trabajo, los servidores públicos los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad para realizar el pago de la cotización;

k) Nuevo Régimen Subsidiado: El Nuevo Régimen Subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización o una Unidad de Pago por Capitación subsidiada, total o parcialmente. Es el régimen al que pertenecen las personas más pobres y vulnerables conforme las normas que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;

l) Salud pública: La Salud Pública es el conjunto de políticas que buscan garantizar la salud de la población por medio de acciones dirigidas a la colectividad y al individuo, siendo uno de los componentes e indicador de las mejores condiciones de vida y bienestar del desarrollo del país, bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de todos los sectores y la comunidad;

m) Seguro de alto costo: Consiste en la opción que tienen las Entidades Promotoras de Salud o las entidades territoriales de contratar una póliza de seguros para diluir los riesgos derivados de la prestación de los servicios de salud de las enfermedades de alto costo;

n) Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS: Es el conjunto de actores, competencias, recursos y procesos que posibilitan la satisfacción del derecho a los servicios de salud pública en Colombia;

o) Unidad de Pago por Capitación, UPC: Es el valor per cápita que el sistema reconoce a las Entidades Promotoras de Salud como contraprestación a la obligación de garantizar un determinado Plan de Beneficios a sus afiliados.

Artículo 3°. *Cobertura Universal.* A partir del año 2005 la totalidad de la población identificada con cédula de ciudadanía o registro civil de nacimiento, clasificada sin capacidad de pago, conforme al instrumento que defina el CONPES y que no se encuentre afiliada al régimen contributivo o a los regímenes de excepción, recibirá los subsidios públicos totales o parciales en salud y será afiliada al Nuevo Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

CAPITULO II

Organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Artículo 4°. *De la Dirección, Regulación y Control del Sistema.* El Gobierno Nacional dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud que constituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 5°. *Del Ministerio de la Protección Social.* Sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de la Protección Social tendrá a su cargo la rectoría y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para ello deberá:

a) Dirigir las estrategias, programas y planes del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

b) Formular y adoptar las políticas de salud pública de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República;

c) Definir las políticas de Salud Pública Colectiva y establecer las acciones prioritarias;

d) Para la ejecución de las políticas de salud, realizará la coordinación intersectorial con las entidades de gobierno no integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

e) Desarrollar el Registro Especial de Redes de Servicios de Salud, por medio del cual se identifican los servicios que se entregan a las poblaciones, para lo cual el Gobierno expedirá la reglamentación respectiva.

Artículo 6°. *Del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.* El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es el organismo de dirección y concertación entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sus decisiones serán obligatorias y podrán ser revisadas periódicamente por el mismo Consejo.

Artículo 7°. *Composición del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.* La composición del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estará constituida por quince miembros, así:

1. El Ministro de la Protección Social quien lo presidirá y tendrá poder de veto.

2. El Ministro de Hacienda.

3. Un representante de las entidades departamentales.

4. Un representante de las entidades municipales y distritales.

5. El presidente del Instituto de Seguros Sociales.

6. Un representante de la Industria.

7. Un representante de los comerciantes.

8. Un representante de las IPS. (Instituciones Prestadoras de Salud).

9. Un representante de las EPS (Empresas Promotoras de Salud).

10. Un representante de los médicos.

11. Un Representante de los profesionales de la salud diferente a la profesión médica

12. Un representante de los pensionados.

13. Un representante de los usuarios.

14. Un representante de las Centrales Obreras.

15. Un representante de las Comunidades Indígenas.

Parágrafo 1°. *Selección y período de los representantes al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.* Los representantes no gubernamentales tendrán un período de dos años y serán elegidos directamente por las instituciones que representen mayor número de afiliados, según lo establecido en las normas vigentes. Los representantes gubernamentales lo serán en razón del ejercicio de sus cargos, mientras posean la investidura legal. Para el caso del representante de los médicos, este será designado por la institución médica de carácter nacional con mayor número de afiliados. El representante de los profesionales de la salud, diferentes a la profesión Médica, será elegido por la Asociación que tenga el mayor número de afiliados.

Parágrafo 2°. El Gobierno reglamentará los mecanismos de selección de los representantes no gubernamentales.

Artículo 8°. *Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.* A partir de la vigencia de la presente ley, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes funciones:

a) Definir el Plan Obligatorio de Salud para los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y el Nuevo Régimen Subsidiado, de acuerdo con los criterios del capítulo tercero del primer título del segundo libro de la Ley 100;

b) Adoptar el monto de la cotización de los afiliados del Sistema, dentro de los límites previstos por la ley;

c) Adoptar el valor de la Unidad de Pago por Capitación según lo dispuesto en el artículo 182 del Libro Segundo de la Ley 100;

d) Adoptar el valor por beneficiario del régimen de subsidios en salud;

e) Adoptar el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios;

f) Definir los criterios generales de selección de los beneficiarios del Nuevo Régimen Subsidiado por parte de las entidades territoriales, dando la debida prioridad a los grupos de personas de escasos recursos económicos y vulnerables y de conformidad con lo dispuesto en la ley;

g) Definir el régimen de pagos compartidos de que tratan el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100;

h) Definir el régimen que deberán aplicar las Entidades Promotoras de Salud para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general y de las licencias de maternidad a los afiliados según las normas del Régimen Contributivo;

i) Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de usuarios por parte de las entidades promotoras de salud y una distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo;

j) Recomendar el régimen y los criterios que debe adoptar el Gobierno Nacional para establecer las tarifas de los servicios prestados en los casos de riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias;

k) Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, a través del Ministro de la Protección Social, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

l) Adoptar su propio reglamento;

m) Las demás que le sean asignadas por ley.

Parágrafo 1°. El valor de pagos compartidos y de la Unidad de Pago por Capitación, serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal. Para determinar el valor de la UPC deben existir estudios técnicos previos y solo en casos excepcionales debidamente motivados se incrementará automáticamente en una proporción igual al aumento del salario mínimo, aprobado por el Gobierno Nacional para esa vigencia.

Parágrafo 2°. Los afiliados al nuevo régimen subsidiado quedarán exentos de los copagos y las cuotas moderadoras. Norma esta que no se aplicará a los afiliados al régimen subsidiado compartido.

Artículo 9°. *De la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.* El Consejo contará con una Secretaría Técnica, de carácter permanente, responsable de presentar al Consejo sus recomendaciones para la toma de decisiones. El Ministro de Protección Social contratará los siguientes estudios que aseguren el soporte técnico al Consejo:

1. Evaluación de tecnología.

2. Evaluación financiera.

3. Evaluación de planes de beneficios.

Para el logro de sus responsabilidades, la Secretaría Técnica contará con comisiones ad hoc conformadas por expertos en las áreas de estudios técnicos señalados en el inciso anterior.

Parágrafo 1°. Serán asesores de la Secretaría Técnica del Consejo: un representante de la Academia Nacional de Medicina, uno de la Federación Médica Colombiana, uno de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, uno de la Asociación Colombiana de Hospitales, uno en representación de las Facultades de Salud Pública y otro en representación de los Colegios Nacionales de Profesionales. Estos representados serán escogidos autónomamente por cada una de estas agremiaciones.

Artículo 10. *Financiamiento de la Secretaría Técnica.* Para el funcionamiento de la Secretaría Técnica, el Consejo Nacional de Seguridad

Social en Salud reglamentará la financiación con concurrencia de aportes de FOCOS.

Artículo 11. *De los Departamentos y el Distrito Capital.* Sin perjuicio de las demás funciones que les asigna la Ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, los Departamentos y el Distrito Capital tendrán las funciones de:

a) Por delegación de la Superintendencia Nacional de Salud podrán ejercer Inspección, Vigilancia y Control en todo lo relacionado con los aspectos sanitarios;

b) Organizar y administrar el Registro de Habilitación de Instituciones Prestadoras de Salud en su territorio, de acuerdo con las normas establecidas para tal efecto por el Gobierno Nacional;

c) Organizar y administrar el Registro Especial de Redes de Servicios, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de la Protección Social;

d) Adoptar, difundir, implantar y vigilar los lineamientos trazados por el Ministerio de la Protección Social en lo relativo al Plan de Salud Pública Colectiva, frente a la situación de salud pública departamental.

Artículo 12. *De los Municipios y Distritos.* Sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud los Municipios tendrán las funciones de:

a) Diseñar y ejecutar el Plan de Salud Pública Colectiva del Municipio, el cual deberá articularse con el del Departamento, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social;

b) Vigilar y controlar las acciones de prevención y promoción dirigidas al individuo que serán entregadas como parte del plan de beneficios tanto en el Régimen Contributivo como en el Nuevo régimen Subsidiado;

c) Aplicar el instrumento de caracterización socioeconómica de la población utilizando para este fin el instrumento Sistema de Identificación de Beneficiarios, Sisbén;

d) Remitir al Sistema Nacional de Identificación de Usuarios, SIUN, del Ministerio de la Protección Social, la información de la caracterización socioeconómica de la población, de acuerdo a la normativa vigente para tal fin;

e) Difundir públicamente los resultados de la selección de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para el Nuevo Régimen Subsidiado;

f) En municipios menores de 20.000 habitantes convocar a la población objeto del subsidio, para que mediante proceso de selección escoja una sola Empresa Promotora de Salud entre las habilitadas, que atienda el aseguramiento;

g) En los municipios entre 20.000 y 100.000 habitantes, convocar a la población a proceso de selección y escoger dos Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado (EPS), entre las determinadas y habilitadas para ese municipio por el Ministerio de la Protección Social;

h) En los municipios mayores de 100.000 habitantes, convocar a la población para que escoja cuáles serán las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS), que atenderán el aseguramiento en ese municipio. El número de EPS para esos municipios o distritos será previamente determinado por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 13. *El Instituto Nacional de Salud.* Sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la ley, serán funciones del Instituto Nacional de Salud:

a) Definir las estrategias para implementar las políticas de Salud Pública Colectiva determinadas por el Ministerio de la Protección Social;

b) Realizar la monitoría de la ejecución de las estrategias incluidas en la política de Salud Pública Colectiva;

c) Ejecutar la investigación básica, epidemiológica y económica sobre las condiciones de salud de la población y los factores de riesgo que inciden en la salud y la calidad de vida, de acuerdo con los lineamientos

sobre las prioridades identificadas por el Ministerio de la Protección Social;

d) Coordinar y Vigilar la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública;

e) Coordinar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y de control de enfermedades de obligatorio registro;

f) Desarrollar e implementar las estrategias que permitan el suministro oportuno de los productos biológicos necesarios para la ejecución del Programa Ampliado de Inmunizaciones y el control de enfermedades de importancia para la salud pública, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.

Artículo 14. *Las Entidades Promotoras de Salud.* Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a su cargo la afiliación de los usuarios de los regímenes contributivo y subsidiado, y organizarán la prestación de los servicios a sus afiliados a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud están en la obligación de suministrar y garantizar el plan de beneficios que le corresponda, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente. Las Entidades Promotoras de Salud podrán habilitarse para afiliar personas tanto del Régimen Contributivo como del Nuevo Régimen Subsidiado.

Solo podrán habilitarse para operar como Entidades Promotoras de Salud en el Nuevo Régimen Subsidiado: las entidades públicas, las entidades privadas sin ánimo de lucro, tales como las cajas de compensación familiar y las empresas solidarias de salud.

Las Entidades privadas con ánimo de lucro autorizadas y habilitadas para este efecto a la fecha de la expedición de la presente Ley podrán mantenerse en el Nuevo Régimen Subsidiado, pero no podrán contratar un número mayor de afiliados del que tengan contratado al momento de la expedición de la presente ley en todo el país.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley los criterios de habilitación de las Entidades Promotoras de Salud de que trata el presente artículo. Estos criterios deben garantizar tanto para el Régimen Contributivo como para el Nuevo Régimen Subsidiado los mínimos de capital, solidez, solvencia proporcional a la afiliación, reservas, patrimonio, sistema de información, y red de servicios. Cuando una Entidad Promotora de Salud opere en los dos regímenes no requerirá más capital que el exigido para ser Entidad Promotora de Salud, pero para calcular el margen de solvencia sí deberá tenerse en cuenta el número de afiliados en ambos regímenes.

Artículo 15. *Eliminación de la integración vertical.* Las Entidades Promotoras de Salud con excepción a las conformadas por asociación de IPS públicas o de economía mixta en las cuales participen mayoritariamente asociaciones o individualmente IPS públicas, no podrán prestar en forma directa, ni a través de terceros, servicios de salud para sus afiliados por medio de sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud que presten servicios a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su propiedad, tendrán un plazo de dos años para ajustarse a este requerimiento, de acuerdo con la reglamentación que expedirá el Gobierno Nacional para este efecto.

Artículo 16. *Contratación con las Instituciones Públicas de Prestación de Servicios de Salud.* Las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado deberán contratar como mínimo el 60% de los servicios de salud de sus afiliados al Nuevo Régimen Subsidiado con las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud organizadas por medio de redes de prestación de servicios de salud en un área determinada.

Artículo 17. *Evaluación con indicadores.* Para la habilitación de permanencia de las Entidades Promotoras de Salud, el Ministerio de la

Protección Social diseñará un conjunto de metas e indicadores centinelas que permita verificar anualmente el cumplimiento de las funciones de aseguramiento de las Entidades Promotoras de Salud, estableciendo los niveles mínimos para permanecer en operación.

CAPITULO III

Financiamiento

Artículo 18. *Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS.* Créase el Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS, como una cuenta adscrita al Gobierno Nacional administrada por fiducia pública, con los siguientes objetivos:

1. Agrupar los recursos públicos destinados al financiamiento de la Salud Pública Colectiva a nivel nacional.

2. Agrupar en un solo fondo los recursos públicos para el financiamiento de la prestación de servicios de salud a todos los Colombianos que no pertenecen al Régimen Contributivo.

3. Permitir una verdadera equidad financiera en la asignación de recursos públicos para el financiamiento de la salud de cada individuo elegible para recibir el Plan de Beneficios del Nuevo Régimen Subsidiado.

4. Agilizar los procesos que rigen los flujos financieros del sistema para que la prestación de servicios pueda ser oportuna para los usuarios y no ponga en peligro la estabilidad financiera tanto de las IPS como de las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado

5. Hacer los procesos contractuales transparentes y expeditos.

6. Girar directamente a las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado los dineros correspondientes a la prestación de los Planes de Beneficios.

Parágrafo 1°. El Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS, tendrá un consejo directivo conformado por siete (7) miembros de los cuales dos serán representantes del Gobierno Nacional nombrados por el Presidente de la República, dos elegidos por los gobernadores y tres por los alcaldes, a través de la confederación nacional de gobernadores y de la Federación Colombiana de Municipios, que se encargará de velar por el cumplimiento de las obligaciones contractuales para la prestación de servicios de salud a la población beneficiaria de los subsidios según lo dispuesto en la presente ley. El gobierno reglamentará la organización y el funcionamiento del consejo directivo.

Parágrafo 2°. A partir de la vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional procederá a la liquidación del Fosyga y, trasladará sus activos, pasivos y sus funciones al Fondo Territorial Colombia, para la Salud (FOCOS).

Artículo 19. *Estructura del Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS.* El Fondo tendrá las siguientes subcuentas independientes:

a) Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo;

b) Subcuenta de Solidaridad en Salud;

c) Subcuenta de Salud Pública Colectiva;

d) Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, y Enfermedades de Alto Costo;

e) Una subcuenta adicional por cada una de las entidades territoriales o regiones conformadas por la agrupación de entidades territoriales.

Parágrafo 1°. Los recursos del Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS, son para todos los efectos recursos de la seguridad social en salud, en consecuencia no podrán destinarse a actividad alguna diferente a la fijada en esta ley.

Parágrafo 2°. El Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS, no hará parte del presupuesto general de la nación pero sí estará incluido en la contabilidad del gasto público social a que hace referencia el artículo 350 de la Constitución Política.

Artículo 20. *Financiación de la Subcuenta de Solidaridad en Salud.* Harán parte de la subcuenta de solidaridad los siguientes recursos:

a) Un uno punto veinticinco (1.25) de la cotización obligatoria que deben aportar los trabajadores afiliados al Régimen Contributivo, manteniéndose el 12% como cotización de los afiliados a dicho régimen;

b) El aporte de las Cajas de Compensación de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993. Estos recursos serán ejecutados directamente por las Cajas de Compensación, sin situación de fondos, cuando dicha entidad sea contratada para la administración del Nuevo Régimen Subsidiado según lo dispuesto en la presente ley;

c) Un aporte del Presupuesto Nacional que será equivalente al monto que generan los recursos de que trata el literal a del presente artículo (*pari passu*);

d) Los recursos del Sistema General de Participaciones por subsidio a la demanda (SGP- demanda);

e) La mitad de los recursos del sistema general de participaciones por oferta (transformación de la mitad de SGP-oferta);

f) La mitad de los recursos de oferta del Ministerio de la Protección Social (½ de MPS-oferta);

g) Las contribuciones de las agremiaciones y/o empleadores de la población para cofinanciar el Nuevo Régimen Subsidiado;

h) Recursos provenientes de recursos propios y rentas cedidas;

i) Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos.

Parágrafo 1°. Los recursos de que trata el presente artículo se destinarán a financiar los subsidios para la prestación de los servicios de salud a la población que no pertenece al régimen contributivo en los territorios. El Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS, asignará los recursos por distrito, municipio o corregimiento departamental con base en el número de afiliados de cada distrito, municipio y corregimiento departamental y el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Nuevo Régimen Subsidiado. Los recursos los ejecutará por cuenta de dichas entidades territoriales, sin situación de fondos, directamente el Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS.

Parágrafo 2°. Anualmente, en el Presupuesto General de la Nación, se incluirá la partida correspondiente a los aportes que debe hacer el Gobierno Nacional a la subcuenta de Solidaridad en Salud. Para definir el monto de las apropiaciones se tomará como base: lo reportado por el Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS, en la vigencia inmediatamente anterior al de preparación y aprobación de la ley de presupuesto ajustados con base en la variación del índice de precios al consumidor, certificado por el DANE. El Congreso de la República se abstendrá de dar trámite al proyecto de presupuesto que no incluya las partidas correspondientes. Los funcionarios que no dispongan las apropiaciones y los giros oportunos incurrirán en causal de mala conducta que será sancionada con arreglo al régimen disciplinario vigente.

Artículo 21. *Recursos de Solidaridad para los Subsidios en Salud.* A partir de la presente ley, un uno punto veinticinco (1,25) de la cotización obligatoria de que trata el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, se destinarán a financiar la atención de la población que no pertenece al régimen contributivo. La cotización se mantendrá en 12 puntos del salario base de cotización.

El monto resultante del 1.25 de la cotización obligatoria, será transferido a la subcuenta de solidaridad del Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS.

Artículo 22. *Recursos de las Cajas de Compensación.* Se mantendrán en el 5 y 10%, respectivamente, según la fórmula contenida en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

Artículo 23. *Recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la atención de la población de escasos recursos económicos que no está afiliada al Régimen Contributivo.* Los aportes del Sistema General de Participaciones destinados a la atención de la población pobre que no está afiliada al Régimen Contributivo serán los recursos de que tratan los numerales 47.1 y 47.2 de la Ley 715 de 2001.

Su monto se definirá descontando del total de recursos del Sistema General de Participaciones para salud, aquellos recursos destinados a financiar las acciones de Salud Pública Colectiva definidas como prioritarias por el Ministerio de la Protección Social, según la fórmula establecida en el artículo 52 de la mencionada ley.

Artículo 24. *Recursos de las Entidades Territoriales para cofinanciar la atención de la población de escasos recursos económicos que no está afiliada al Régimen Contributivo.* Las entidades territoriales destinarán a cofinanciar los subsidios que asigne la Subcuenta de Solidaridad en salud de que trata el artículo 19 de la presente ley, los siguientes recursos:

- a) Como mínimo el 30% de las rentas cedidas;
- b) Los recursos propios de las entidades territoriales los cuales podrán financiarse con ingresos corrientes de libre destinación o con recursos de capital o con cualquier otro recurso diferente a los obligatorios para salud, siempre que se garantice su continuidad como mínimo por cinco años.

Los recursos que la subcuenta de Solidaridad del Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS, asigne en cofinanciación con los recursos de que trata el presente artículo, serán ejecutados previa certificación del giro de los recursos por parte de la entidad territorial al Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS.

Parágrafo 1°. Las autoridades territoriales están obligadas a hacer uso de la información que se derive de la actualización del instrumento de focalización que defina el Conpes. De no hacerlo, serán objeto de las sanciones disciplinarias, fiscales y penales a que haya lugar.

Artículo 25. *Financiación de la Subcuenta de Salud Pública del Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS.* A esta subcuenta concurrirán los recursos de:

- a) Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud pública de que trata el artículo 52 de la Ley 715 de 2001;
- b) El impuesto social a las armas de fuego y municiones de que trata el artículo 224 de la Ley 100 de 1993;
- c) El aporte del Régimen Contributivo a las acciones colectivas de Salud Pública, equivalente a 0.15% del Ingreso Base de Cotización;
- d) Recursos del Presupuesto Nacional para la compra de insumos necesarios para programas verticales nacionales como el Plan Ampliado de Inmunizaciones PAI, y los programas de Tuberculosis, Malaria, Leishmaniasis, Fiebre Amarilla, SIDA.

Artículo 26. *El impuesto social a las armas de fuego y municiones.* A partir de la vigencia de la presente ley el impuesto social a las armas de fuego creado mediante el Artículo 224 de la Ley 100 de 1993 será equivalente al 20% de un salario mínimo mensual mientras que el impuesto social a las municiones y explosivos que se cobrará como un impuesto ad valorem tendrá una tasa del 10%.

Artículo 27. *Financiación de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, y Enfermedades de Alto Costo.* El cubrimiento de los Riesgos catastróficos y accidentes de tránsito de acuerdo a lo definido en el artículo 167 de la Ley de 1993 y sus modificaciones, y de las enfermedades de alto costo definidas de acuerdo a la normativa que para este efecto expida el Ministerio de la Protección Social, se financiará de la forma establecida en el artículo 223 de la Ley 100 de 1993 cuyos recursos se complementarán con los siguientes aportes:

- a) Las Entidades Promotoras de Salud aportarán una prima para la financiación de un mecanismo de reaseguro;

- b) Los Departamentos aportarán un 20% de las Rentas Cedidas;
- c) El Sistema de Riesgos Profesionales aportará un 1% de los recaudos;
- d) En la reglamentación que para tal efecto expida el Ministerio de la Protección Social se incluirán los mecanismos por medio del cual el Sistema dará prioridad a las actividades de atención de alto costo no incluidas en los Planes de Beneficios.

CAPITULO IV

Aseguramiento

Artículo 28. *Creación del Nuevo Régimen Subsidiado.* Para facilitar la universalización de la cobertura en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, créase el Nuevo Régimen Subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud, organizar la prestación de los servicios y manejar el riesgo de las personas pobres y vulnerables y se reemplaza el Régimen Subsidiado de que trata la Ley 100 de 1993. Al Nuevo Régimen Subsidiado se afiliará mediante subsidios totales al menos el 60% más pobre del total de la población colombiana que proyecte el DANE para cada año, de acuerdo con los instrumentos de identificación, clasificación socioeconómica y selección que establezca el Gobierno Nacional.

La operación del Nuevo Régimen Subsidiado se organizará por regiones siguiendo criterios administrativos, financieros, de oferta de servicios de salud y caracterización geográfica, buscando respetar los límites departamentales, excepto en regiones en las cuales los servicios se optimicen de otra manera, adjudicado mediante concurso público. El Ministerio de la Protección Social definirá las regiones que cumplan con estos objetivos, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 29. *Financiación del Nuevo Régimen Subsidiado.* El Nuevo Régimen Subsidiado se financiará a través de la operación del Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS, con recursos fiscales y de solidaridad sin perjuicio de las contribuciones de individuos, asociaciones y agremiaciones que los amparan.

Los recursos del FOCOS para la financiación del nuevo régimen subsidiado que no se contraten anualmente con la entidad promotora de salud en razón de no haberse afiliado a un el 60% de la población y después de observarse el ajuste de unidad de pago por capitación de que trata el artículo anterior se distribuirán, en el último trimestre de cada año., entre las entidades de la red pública de prestación de servicios de salud con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional pero que en todo caso deberá tener en cuenta el monto estimado de los recursos disponibles, la proporción regional de población objetivo aun no cubierta y la facturación de las entidades por concepto de esa población.

Artículo 30. *Beneficiarios del Nuevo Régimen Subsidiado.* Se beneficiarán del Nuevo Régimen Subsidiado las personas más pobres y vulnerables del país en las áreas rural y urbana, identificadas mediante cedula de ciudadanía o registro civil de nacimiento y clasificados en los niveles I, II y III como potenciales beneficiarios a través del Sisbén o cualquier otro instrumento que defina el CONPES. Solo se considerará efectivamente afiliado a aquella persona que haya escogido Entidad Promotora de Salud, haya sido incluida en la base de datos de afiliados contratados con la Entidad Promotora de Salud y haya sido carnetizado por esta.

Los municipios y distritos tendrán la responsabilidad de identificar la población a su cargo a través de la utilización del instrumento que el Gobierno Nacional haya definido para este efecto.

La población pobre y vulnerable que no tenga una residencia permanente, accederá al Nuevo Régimen Subsidiado de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.

La elección hecha por el padre o la madre se entenderá aplicable a todo el núcleo familiar.

Artículo 31. *Subsidios parciales.* Una vez que se haya afiliado al nuevo régimen subsidiado, la población no perteneciente al régimen contributivo y clasificados en los niveles I II y III del Sisbén, el sistema podrá si los recursos le alcanzan, proceder a la creación de los subsidios parciales en los niveles IV y V. El Gobierno reglamentará los procedimientos a seguir en este aspecto.

Artículo 32. *Selección de las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.* La selección de las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado se hará mediante la libre elección de los usuarios en cada municipio conforme las siguientes reglas:

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá los ámbitos regionales para la operación de las Entidades Promotoras de Salud. Una Entidad Promotora de Salud podrá operar en varios de esos ámbitos regionales.

El Ministerio de la Protección Social, habilitará, con base en un concurso público de competencias, en cada una de las regiones previamente definidas por el Consejo, un número plural de Entidades Promotoras de Salud para que puedan afiliar y contratar el aseguramiento del Nuevo Régimen Subsidiado según sus capacidades técnicas, administrativas, financieras y resolutorias y de acuerdo a las características de la región de aseguramiento en donde se propone operar.

Ninguna entidad promotora de salud podrá tener más del 20% del total nacional de afiliados, no más del 30% del total regional.

El Ministerio de la Protección Social definirá y reglamentará el proceso de calificación a utilizar en el concurso de competencias, estableciendo criterios de prioridad para las entidades en cuya propiedad participen los usuarios o los hospitales de la red pública o las cooperativas de hospitales.

Artículo 33. *Libertad de Elección de la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.* En los municipios con población mayor de 100,000 habitantes, podrán participar todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en la respectiva región, en un proceso de libre elección de las Entidades Promotoras de Salud por parte de la población objeto de los subsidios en salud, que se realizará a través de un registro directo de la intención de los habitantes en un evento convocado por la municipalidad, de acuerdo con la reglamentación que para este efecto expedirá el Gobierno Nacional.

Los actuales afiliados al Régimen Subsidiado continuarán afiliados a la misma entidad en la cual se encuentran afiliados en la actualidad si no manifiestan intención contraria siempre y cuando la entidad haya sido habilitada para operar en el respectivo municipio.

En los municipios con población entre 20.000 y 100.000 se seleccionarán dos entidades promotoras de salud del nuevo régimen subsidiado mediante mecanismos de libre elección convocada por el municipio en la que participará la población objeto del subsidio de salud.

En los municipios menores de 20.000 habitantes se escogerá una sola EPS mediante el mecanismo de libre elección.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud establecerá el mecanismo a utilizar cuando un beneficiario de los subsidios no ha ejercido su derecho a la libre elección.

Artículo 34. *Contratación con la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.* Cada Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, EPS, suscribirá un contrato de prestación de servicios con el Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS, con el objeto de prestar el plan de beneficios a los afiliados del Nuevo Régimen Subsidiado.

El contrato con la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado cobijará a todos aquellos afiliados que han elegido a esa

Entidad Promotora de Salud, ya sea por consulta popular o por el proceso de selección individual en la respectiva región.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS, , por medio de sus subcuentas territoriales, girará directamente y en forma mensual a la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación del Nuevo Régimen Subsidiado.

Si se declara la caducidad de algún contrato con las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado que incumplan las condiciones de calidad y cobertura, el FOCOS asumirá la prestación de los servicios mientras se selecciona una nueva Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.

Artículo 35. *Flujo de Recursos del Nuevo Régimen Subsidiado.* El Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS, girará a las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado los recursos correspondientes al aseguramiento en los diez primeros días de cada bimestre.

La Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado girará a las Instituciones Prestadoras de Servicios un anticipo del 50% de la facturación radicada, en los quince días siguientes a su radicación, so pena de que el FOCOS giré directamente dicho anticipo y lo descuento del siguiente giro a la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, con los respectivos intereses causados. En todo caso, el anticipo no podrá exceder lo correspondiente a la mitad de la proporción bimensual del contrato.

Las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado tendrán un periodo máximo de tiempo para la revisión de la facturación y deberán pagar antes de treinta días los componentes de la factura en los que no exista objeción. No podrá pactarse en el contrato el no pago de una factura por causa de glosas parciales de la misma.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará esta materia.

Artículo 36. *Régimen de Liquidación de las Entidades Promotoras de Salud.* El Gobierno Nacional expedirá en seis meses a partir de la expedición de la presente ley la reglamentación que defina los procedimientos de liquidación de las Entidades Promotoras de Salud.

Parágrafo. En todo caso, los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se excluirán de la masa de liquidación.

CAPITULO V

Prestación de servicios

Artículo 37. *Organización de la Prestación de Servicios por medio de Redes.* La prestación de servicios de salud se organizará por medio de redes de prestación de servicios las cuales estarán constituidas por conjuntos de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud articuladas para el logro de los siguientes objetivos:

- a) La garantía a los usuarios del acceso a los servicios incluidos en los Planes de Beneficios en condiciones de integralidad, calidad y oportunidad;
- b) La adecuación de la capacidad instalada a los requerimientos de la demanda;
- c) El desarrollo e implantación de sistemas de referencia y contrarreferencia a fin de garantizar la capacidad de resolución.

Las redes estarán compuestas por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y/o privadas habilitadas, organizadas, con distinta capacidad de resolución, ubicadas en un espacio poblacional definido, interrelacionadas funcionalmente, apoyadas por normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos que aseguran la prestación oportuna, integral y de calidad del Plan de Beneficios para una población determinada.

Podrán crearse Redes de Prestación de Servicios de Salud para el manejo de ciertas patologías de alta complejidad, las cuales estarán

encabezadas por instituciones de alta complejidad, especializadas en esas patologías.

La conformación de las Redes de Prestación de Servicios de Salud será reglamentada por el Ministerio de la Protección Social, en los cuatro meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Artículo 38. *El modelo de atención en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.* Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestarán servicios articuladas en las redes de que trata la presente ley. Para ello adoptarán un modelo de atención dirigido a ofrecer los servicios incluidos en los Planes de Beneficios que responden a las necesidades de la población residente en su territorio de influencia.

Cuando las direcciones territoriales presten servicios de salud no lo podrán hacer en forma directa y deberán contratar con la red pública que opere en su jurisdicción.

Artículo 39. *Registro Especial de Redes de Prestación de Servicios de Salud.* El Ministerio de la Protección Social desarrollará el Registro Especial de Redes de Servicios de Salud, por medio del cual se identificarán las instituciones que prestarán los servicios a las poblaciones.

Establecerá también los criterios mínimos de habilitación de las redes con criterios de integralidad, calidad y oportunidad de los servicios, para lo cual expedirá la reglamentación respectiva.

Artículo 40. *Plan Unico de Cuentas Hospitalarias.* Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deberán adoptar el Plan Unico de Cuentas Hospitalarias que establecerá el Gobierno Nacional, en los tres meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Artículo 41. *Manual de tarifas.* El Gobierno Nacional previa concertación con el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el Consejo Nacional de Recurso Humano establecerá las tarifas mínimas que operarán para el reconocimiento de los servicios prestados por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) o de honorarios profesionales. El Gobierno Nacional revisará anualmente dicho manual de tarifas teniendo en cuenta conceptos técnicos y en caso de que no lo haga las tarifas se incrementarán automáticamente con la IPC para esa respectiva vigencia.

La Superintendencia Nacional de Salud o la entidad que haga sus veces deberá imponer sanciones al incumplimiento de las tarifas mínimas definidas por el Gobierno Nacional

Artículo 42. *Nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.* Con el fin de regular la oferta de servicios de salud, el Gobierno Nacional establecerá las condiciones y procedimientos para la creación de nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios o servicios de salud, que de acuerdo con los criterios del Gobierno Nacional requieran de autorización por parte de las direcciones territoriales de salud.

En ningún caso, se podrán constituir nuevas Empresas Sociales del Estado, si no se garantizan sus condiciones de viabilidad técnica y sostenibilidad financiera, según la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Artículo 43. *Habilitación de las nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.* Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 42, inciso 10 de la Ley 715 de 2001 y en el Decreto 2309 del 2002, la habilitación de nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberá ser aprobada por el Ministerio de la Protección Social, o por delegación expresa, los Departamentos, previa presentación de evidencia de la necesidad de los servicios propuestos en las redes de prestación de servicios de salud en la potencial área de influencia de la nueva Institución Prestadora de Servicio de Salud.

Artículo 44. *Del Fondo de Garantía para la Prestación de los Servicios de Salud.* Créase el Fondo de Garantía para la Prestación de los

Servicios de Salud, como una fiducia pública, para la protección de los recursos del Sistema en caso de quiebra de una Entidad Promotora de Salud.

Este fondo será financiado por las Entidades Promotoras de Salud por medio de una prima de protección de acuerdo al margen de solvencia de cada Entidad Promotora de Salud, en un monto hasta del 2% de su contratación.

El Gobierno Nacional reglamentará la creación y funcionamiento del Fondo de Garantía para la Prestación de los Servicios de Salud, de manera que entre en funcionamiento antes de un año de expedida la presente ley.

Artículo 45. *Las Empresas Sociales del Estado.* Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en la ley y en los decretos reglamentarios.

Excepcionalmente el Gobierno Nacional podrá autorizar la prestación de servicios de salud, mediante otros modelos de organización, siempre que se garanticen condiciones de sostenibilidad, calidad y eficiencia para el sistema.

Artículo 46. *Transformación de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud en Empresas Sociales del Estado.* Las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud que no se hayan constituido en Empresa Social del Estado, tendrán que transformarse dentro de los dos años siguientes a la expedición de la presente ley. Para ello se integrarán a la red de servicios de su región, respetando la autonomía de los Entes Territoriales y garantizando los criterios de sostenibilidad, eficiencia y calidad.

En todo caso, las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud que en el término establecido incumplan con lo previsto en este artículo, no podrán continuar prestando servicios de salud y como tal se configurará causal de liquidación de la entidad.

Parágrafo. Los centros y puestos de salud que no estén integrados a ninguna ESE y que estén ubicados en veredas y corregimientos podrán seguir prestando sus servicios en las mismas condiciones que hoy lo hacen

Artículo 47. *Régimen Presupuestal de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.* Con el objeto de fortalecer la autonomía de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud e incentivar la eficiencia en la gestión de sus recursos, estas adoptarán un régimen presupuestal dirigido a la promoción de los ingresos y el control del gasto.

Artículo 48. *Ajuste de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.* Las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud tendrán un período de dos años a partir de la vigencia de la presente ley, para ajustarse al nuevo sistema de seguridad social en salud y hacer los correctivos que permitan su viabilidad técnica y financiera.

En caso de no darse esta viabilidad el Gobierno Nacional procederá a determinar las condiciones, de endeudamiento y procesos de saneamiento contable y fiscal de dichas instituciones.

Artículo 49. *Régimen de Liquidación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.* El Gobierno Nacional expedirá en los seis meses a partir de la expedición de la presente ley los lineamientos que regulen los procedimientos de liquidación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

La Salud Pública Colectiva

Artículo 50. *Plan de Salud Pública Colectiva.* Créase el Plan de Salud Pública Colectiva como conjunto óptimo de intervenciones complementarias entre sí dirigidas a la colectividad, en reemplazo del

Plan de Atención Básica y cuyo contenido será reglamentado por el Ministerio de la Protección Social, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 51. *Organización de la Salud Pública Colectiva.* El Instituto Nacional de Salud definirá las acciones a incluirse en el Plan de Salud Pública Colectiva, a partir de las políticas establecidas por el Ministerio de la Protección Social. Será responsabilidad del Departamento, en conjunto con los municipios su ajuste a las condiciones epidemiológicas locales.

Una vez establecidas para cada Entidad Territorial, las actividades del Plan de Salud Colectiva, estas serán contratadas por la subcuenta de Salud Pública Colectiva del Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS, prioritariamente con aquellas entidades regionales y locales, educativas (universidades e IPS públicas), cuando aplique y cumplan con los requisitos. Dicha contratación se hará por concurso de méritos, de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social para este fin.

Artículo 52. *Ordenamiento Normativo de la Salud Pública Colectiva.* En el curso del año siguiente a la expedición de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social deberá revisar las normas técnicas de protección, establecidas en la Ley 9ª de 1979 y demás normas complementarias de los factores de riesgo y protectores del hábitat y procesos sociales, económicos, científicos o tecnológicos, con el fin de presentar al Congreso de la República un Estatuto de Protección de la Salud Pública Colectiva.

CAPITULO VII

Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Protección Social en Salud

Artículo 53. *Sistema de Inspección Vigilancia y Control de la Seguridad Social en Salud.* Créase el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control como un conjunto de agentes, normas y procesos, articulados entre sí, para permitir el ejercicio eficaz y eficiente de las funciones de inspección, vigilancia y control del sector salud. El órgano director de este sistema será la Superintendencia Nacional de Salud, la cual se reestructurará y ajustará a este mandato.

Artículo 54. *Código del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Seguridad Social en Salud.* El Gobierno Nacional en un periodo no superior a tres meses de aprobada la presente ley presentará un proyecto de ley que desarrolle el Código del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Seguridad Social en Salud, tanto en lo colectivo, como en lo individual.

Artículo 55. *Interventoría de los contratos.* Créase el Sistema Unico de Habilitación de las Entidades Interventoras de los Contratos de Salud, el cual será requisito para la contratación de interventoría, auditoría o similares en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La superintendencia nacional de salud se encargará de reglamentar este proceso.

Artículo 56. *Descentralización del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de la Seguridad Social en Salud.* El Gobierno Nacional reestructurará la Superintendencia Nacional de Salud, de tal forma que organice un sistema de inspección, vigilancia y control descentralizado preferencialmente por departamentos y acorde con las diferentes clases de instituciones que debe vigilar, controlar e inspeccionar. Podrá integrar una red de apoyo con las secretarías de salud, las cuales podrán adoptar las medidas y sanciones en materia sanitaria. Los entes descentralizados de La superintendencia nacional de salud serán dependencias directas de dicha institución.

Artículo 57. *Control Social al Sistema General de Seguridad Social en Salud.* La población ejercerá el control a la operación del Sistema

General de Seguridad Social en Salud a través de los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria que fije la ley.

CAPITULO VIII

El sistema de información

Artículo 58. *Sistema Nacional de Identificación de Usuarios, SIUN.* Créase el Sistema de Identificación Unico Nacional, SIUN en concordancia con el artículo 15 de la Ley 797 de 2002.

El registro de las personas en el Sistema Nacional de Identificación de Usuarios, SIUN, será de obligatorio cumplimiento y condición necesaria para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El diseño, organización y mantenimiento del SIUN será obligación del Ministerio de la Protección Social y lo deberá hacer directamente. El Ministerio de la Protección Social para tal efecto, expedirá la reglamentación correspondiente.

Artículo 59. *Carnetización de la población.* El Gobierno Nacional desarrollará las estrategias e instrumentos para la recolección de la información de la población y la entrega de los carnés correspondientes a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 60. *Antitrámites en Salud.* El Ministerio de la Protección Social deberá adoptar un sistema único de trámites en salud que incluirá los procedimientos y formatos de la afiliación, el recaudo y de la autorización, registro, auditoría y pago de los servicios de salud.

El Gobierno reglamentará los términos y plazos de este sistema, que no será mayor a los 6 meses de aprobada la presente ley.

Artículo 61. *Instrumento de Focalización de los Subsidios de Salud.* El instrumento de focalización de los subsidios de salud será exclusivamente el Sistema de Identificación de Beneficiarios, Sisbén.

Artículo 62. *Sistema Integral de Información en Salud.* El Gobierno Nacional diseñará e implementará en el transcurso del año siguiente a la expedición de la presente ley, el Sistema Integral de Información en Salud, de manera independiente o integrado al Sistema de Información de la Protección Social, el cual analizará la información sobre el estado de la afiliación de las personas en los diferentes regímenes, las prestaciones en salud, las condiciones de las entidades del sector, información epidemiológica y el flujo de los recursos.

Parágrafo. Se creará la Central Unica de Recaudo adscrita al Ministerio de la Protección Social y sin personería jurídica, que entrará en operación una vez el Ministerio certifique la plena operatividad de su Sistema de Información.

Artículo 63. *Recursos Humanos.* El Congreso Nacional tramitará una ley especial referente a todo lo relacionado con la formación, el ejercicio, el desempeño y el régimen ético de los recursos humanos en el sector salud.

Artículo 64. *Comunidades Indígenas.* Otórguense facultades extraordinarias al Gobierno Nacional para que antes de seis meses contados a partir de la fecha de la vigencia de la presente ley, expida un decreto ley que reglamente, adapte a la presente, el sistema de seguridad social en salud de las comunidades indígenas, teniendo en cuenta los lineamientos básicos de la presente ley y cumpliendo los siguientes objetivos:

1. Garantizar el acceso a los servicios, la adecuación sociocultural de los planes de beneficios y la adopción de un sistema de información acorde con sus necesidades sociales y culturales.
2. Garantizar el derecho a la salud integral de los pueblos indígenas.
3. Fortalecer las formas de organización en salud de los pueblos indígenas y sus órganos de control y vigilancia acorde con sus propias formas y procedimientos.

En las facultades extraordinarias dadas en el artículo anterior el Gobierno producirá normas que permitan adaptar los principios de la presente ley, al sistema de seguridad social en salud para los pueblos indígenas.

Paragrafo. El Gobierno Nacional utilizará sus recursos técnicos propios o externos para que la adaptación de la presente ley en lo relacionado con la organización, el aseguramiento, el financiamiento, el sistema de información, la inspección vigilancia y control, la atención en salud a la población desplazada indígena y la salud pública colectiva, sean acordes con la idiosincrasia de los pueblos indígenas y que satisfagan sus necesidades en lo relacionado con el sistema de aseguramiento en salud.

CAPITULO IX

Disposiciones finales

Artículo 65. *Derogaciones.* Deróganse los artículos 162, 171 y 172 de la Ley 100 y demás que le sean contrarios.

Artículo 66. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su sanción y publicación en el *diario oficial*.

Atentamente,

Alfonso Angarita Baracaldo, Eduardo Benítez Maldonado, Coordinadores Ponentes; Gustavo Sosa Pacheco, Dieb Maloof Cusé, Flor Gnecco Arregocés, Bernardo Alejandro Guerra, Jesús Puello Chamíé, Senadores Ponentes.

**COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA**

Bogotá, D. C., a los once (11) días del mes de junio del año dos mil cuatro (2004). En la presente fecha se autoriza la publicación en la ***Gaceta del Congreso*** de la República.

El Presidente,

Alfonso Angarita Baracaldo.

El Secretario,

Germán Arroyo Mora.

C O N T E N I D O

Gaceta número 269 - Viernes 11 de junio de 2004
SENADO DE LA REPUBLICA

	Págs.
LEYES SANCIONADAS	
Ley 882 de 2004, por medio de la cual se modifica el artículo 229 de la Ley 599 de 2000.	1
PROYECTOS DE LEY	
Proyecto de ley número 242 de 2004 Senado, por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones.	1
PONENCIAS	
Ponencia para primer debate y articulado al Proyecto de ley número 105 de 2003 Senado, por medio de la cual se crea el Sistema Nacional de Cooperación Internacional, se reestructura la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional y se dictan otras disposiciones.	10
Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 124 de 2003 Senado, por la cual se adoptan normas de seguridad social para las personas no protegidas y se dictan otras disposiciones.	16
Ponencia para primer debate y texto propuesto al Proyecto de ley número 218 de 2004 Senado, por la cual se autoriza provisionalmente la circulación de Bicitaxis o Tricimóviles en el territorio nacional, como medio de transporte público de pasajeros alternativo.	20
Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 117 de 2003 Cámara, 219 de 2004 Senado, por la cual se modifica la Ley 60 de 1982 y se dictan otras disposiciones.	21
Ponencia para primer debate y pliego de modificaciones al proyecto de ley número 225 de 2004 Senado, por la cual se establecen algunos beneficios para la población de adultos mayores.	22
Informe de ponencia y pliego de modificaciones para primer debate al proyecto de ley número 240 de 2004 Senado, por la cual se adicionan unos artículos a la Ley 745 de 2002.	25
Ponencia para el primer debate y pliego de modificaciones al Proyecto de ley número 241 de 2004, por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política. .	28