



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XV - Nº 562

Bogotá, D. C., jueves 23 de noviembre de 2006

EDICION DE 28 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

CAMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NUMERO 181 DE 2006 CAMARA

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

El Congreso de Colombia

DECRETA:

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

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

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

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

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

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

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

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

Venus Albeiro Silva Gómez,

Representante a la Cámara por Bogotá,
Polo Democrático Alternativo, P.D.A.

EXPOSICION DE MOTIVOS

• Generalidades

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

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

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

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

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

El derecho de las mujeres a optar o no por la maternidad, debe ser garantizado. Cada año se estima que 55 millones de embarazos no de-

seados en el mundo terminan en un aborto inducido. Las causas de estos problemas hay que analizarlas en el contexto de la discriminación y subordinación de las mujeres. El aborto realizado en condiciones peligrosas es una de las principales causas de mortalidad materna; aproximadamente 200 mil muertes cada año en el mundo; el 99% de ellas en países en desarrollo.

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

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

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

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

• Objeto del proyecto

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

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

• Consideraciones constitucionales y legales

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

“La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en

sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los colombianos el derecho irrenunciable a la seguridad social. El Estado con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la presentación de los servicios en la forma que lo determine la ley. La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas de conformidad con la ley”.

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

El artículo 49 de la C. N., establece:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de los servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. 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”.

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

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

Venus Albeiro Silva Gómez,

Representante a la Cámara por Bogotá,
Polo Democrático Alternativo, P.D.A.

CAMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARIA GENERAL

El día 22 de noviembre de 2006 ha sido presentado en este despacho, el Proyecto de ley número 181 Cámara, con su correspondiente exposición de motivos, por el honorable Representante *Venus Albeiro Gómez*.

El Secretario,

Angelino Lizcano Rivera.

P O N E N C I A S

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NUMERO 179 DE 2006 CAMARA, 08 DE 2006 SENADO

por medio del cual se modifican los numerales 8 y 9 del artículo 135, se modifican los artículos 299 y 312, y se adicionan dos numerales a los artículos 300 y 313 de la Constitución Política de Colombia.

Bogotá, D. C., 23 de noviembre de 2006

Doctor

TARQUINO PACHECO

Presidente Comisión Primera Constitucional

Honorable Cámara de Representantes

Ciudad

Referencia: **Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Acto Legislativo número 179 de 2006 Cámara, 08 de 2006 Senado, por medio del cual se modifican los numerales 8 y 9 del artículo 135, se modifican los artículos 299 y 312, y se adicionan dos numerales a los artículos 300 y 313 de la Constitución Política de Colombia.**

Muy apreciado presidente:

En mi condición de ponente del proyecto de reforma constitucional de la referencia, complacida me permito rendir informe de ponencia,

una vez que el mismo proyecto fue aprobado en la Comisión Primera Constitucional y en la plenaria del honorable Senado de la República.

Esta iniciativa es de la Bancada del Partido Conservador Colombiano, que tiene asiento en el honorable Senado de la República, y que la misma fue respaldada y enriquecida en su trámite por todas las corrientes de opinión política de manera unánime.

De las ideas originales se puede extraer para sustentar esta ponencia, los siguientes argumentos:

“Es bien sabido que al Congreso de la República de Colombia, de acuerdo con el artículo 114 de la Constitución Política le corresponde reformar la Carta Política, hacer las leyes y ejercer el control político sobre el Gobierno y la administración pública.

En el marco de la función de control político, entre otros mecanismos, el Congreso puede proponer moción de censura contra los ministros, en caso de que estos funcionarios no concurran a la citación o requerimiento que hagan las cámaras o respecto de funciones propias del cargo.

El artículo 29 de la Ley 5ª de 1992, define la moción de censura de esta manera:

“Por moción de censura se entiende el acto mediante el cual el Congreso en pleno y por mayoría absoluta reprocha la actuación de uno o varios ministros del despacho dando lugar a la separación de su cargo”.

De acuerdo con el precepto citado, la moción de censura es un juicio de reproche que el Congreso de la República puede hacer a los Ministros del despacho ejecutivo nacional, dando lugar a la separación del cargo, en el evento de demostrarse los motivos por los cuales se propuso, es decir, por asuntos relacionados con las funciones del cargo o por el incumplimiento de los requerimientos y citaciones que les haga el Congreso.

Fue introducida en la Constitución Política de 1991 con la finalidad de que el Congreso ejerciera el control político que le corresponde como función constitucional sobre el Gobierno y la administración pública. Si bien es una institución propia del sistema parlamentario, en el derecho colombiano tiene el alcance de un cuestionamiento a la gestión del ministro, que puede culminar con su separación de esa posición, pero coadyuva en el mejoramiento de la gestión y de la función pública.

En el transcurso del debate en la Comisión Primera como en la plenaria del Senado de la República se extendió el control político a los jefes de departamento administrativo como a los superintendentes, recomendaciones estas que después de un amplio debate fueron aprobadas. Así mismo, se hizo el ajuste constitucional para que las asambleas departamentales y concejos distritales y municipales además de las funciones administrativas tengan las de control político; a mi juicio considero que hay un avance fundamental para que estas entidades tengan vigencia e importancia mucho más de las que poseen en el esquema constitucional y político colombiano.

A continuación y de manera didáctica, voy a puntualizar el propósito esencial de la reforma:

1. Se propone modificar los artículos 135, 299, 300, 312, 313, los cuales se refieren, de una parte, a la facultad que tiene el Congreso de citar y requerir a los ministros del despacho para que concurran a las respectivas sesiones a responder el cuestionario que se les formule por escrito. De otra parte al trámite de la moción de censura, y finalmente, al nivel administrativo de las corporaciones públicas locales y regionales.

2. El control político que desarrolla el Congreso se extendería a los directores de departamentos administrativos, porque de conformidad con el artículo 115 de la Constitución Política ellos y los ministros conforman el gobierno en cada caso particular, a los superintendentes, y en los ámbitos departamental y municipal a los secretarios de los despachos de los gobernadores y de los alcaldes, por igual razón.

3. En caso de que los ministros o los directores de departamentos administrativos y superintendentes no concurran a las sesiones, sin ex-

cesa aceptada por la respectiva Cámara, esta podrá proponer moción de censura, la cual seguirá los lineamientos y procedimientos indicados en el numeral 9 del artículo 135 superior.

4. La moción de censura puede ser propuesta por los miembros que componen la Cámara o el Senado y la votación se hará entre el tercero y décimo día siguientes a la terminación del debate, con audiencia pública del ministro o del director de departamento administrativo y superintendente, respectivos. La aprobación de la moción de censura requerirá la mayoría absoluta de los integrantes de cada Cámara. Si la moción de censura es aprobada el ministro o director del departamento administrativo y superintendente quedará separado del cargo, no podrá desempeñar otro cargo dentro del período del nominador y su renuncia no impide el trámite señalado.

5. Se propone además, adicionar a las funciones que corresponden a las asambleas departamentales y concejos municipales la de ejercer el control político sobre la administración departamental y municipal, precisamente para que esta competencia se refleje en la citación y requerimientos de los secretarios departamentales y municipales y en la posibilidad de tramitar contra ellos moción de censura que conllevaría, en caso de aprobarse, su separación del cargo. Tanto las asambleas departamentales como los concejos municipales se definen en la norma vigente como corporaciones administrativas, pero no observamos problema alguno en adicionarles competencia para controlar la administración pública, en cuanto su razón de ser se relaciona con la prestación de los servicios públicos. La moción de censura deberá ser propuesta por la tercera parte de los miembros que componen la asamblea, la votación se hará entre el tercero y el décimo día siguientes a la terminación del debate, con audiencia pública del funcionario respectivo. La aprobación de la moción de censura requerirá el voto afirmativo de las dos terceras partes de los integrantes de la corporación.

6. Las asambleas y los concejos podrán citar a los secretarios departamentales, distritales y municipales a las sesiones de las asambleas y de los concejos para que contesten el cuestionario por escrito, y además adquieren competencia para aprobar moción de censura, siempre y cuando así lo solicite las dos terceras partes de los miembros que integran esas corporaciones. La moción de censura deberá ser propuesta por la tercera parte de los miembros que componen la asamblea, y por la mitad más uno de los miembros que conforman los concejos municipales y distritales autorizados por la norma constitucional.

7. Como puede verse, unos son los requisitos para tramitar la moción de censura y otros, de mayor exigencia, para aprobarla en las asambleas departamentales y concejos municipales y distritales.

En conclusión y para mayor comprensión de la propuesta de reforma constitucional, me permito sintetizar los cambios esenciales que sustentarían un verdadero control político en Colombia.

1. A nivel nacional se extiende el control político fuera de los Ministros a los jefes de departamentos administrativos y a los superintendentes.

2. La moción de censura se puede adelantar bien en la Cámara de Representantes o en el Senado de la República.

3. La moción de censura conlleva inhabilidad para el funcionario censurado por el período institucional del nominador.

4. La moción de censura se puede adelantar a los funcionarios mencionados, en el ejercicio del cargo o fuera de este.

5. Este instrumento de control político se extiende de otra parte a los secretarios de las gobernaciones y alcaldías de las capitales de los departamentos y de los municipios con población mayor a cincuenta mil habitantes.

6. Para las entidades regionales y locales y para que prospere la moción de censura se necesita las dos terceras partes de los miembros correspondientes.

7. Las consecuencias que se señalaron en los numerales 3 y 4 de este escrito se aplican a los funcionarios departamentales y municipales censurados.

Las anteriores razones sirven de fundamento para proponer a la Comisión Primera de la Cámara de Representantes dar primer debate al proyecto de acto legislativo de la referencia.

Proposición

Dese primer debate al Proyecto de Acto Legislativo número 179 de 2006 Cámara, 08 de 2006 Senado, *por medio del cual se modifican los numerales 8 y 9 del artículo 135, se modifican los artículos 299 y 312, y se adicionan dos numerales a los artículos 300 y 313 de la Constitución Política de Colombia.* Con el texto definitivo aprobado en sesión plenaria del Senado de la República del día 7 de octubre de 2006.

De los señores Representantes:

Miriam Paredes Aguirre,

Representante a la Cámara, Ponente.

PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NUMERO 179 DE 2006 CAMARA, 08 DE 2006 SENADO

por medio del cual se modifican los numerales 8 y 9 del artículo 135, se modifican los artículos 299 y 312, y se adicionan dos numerales a los artículos 300 y 313 de la Constitución Política de Colombia.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. El numeral 8 del artículo 135 de la Constitución Política de Colombia quedará así:

8. Citar y requerir a los ministros, superintendentes y directores de departamentos administrativos para que concurren a las sesiones. Las citaciones deberán hacerse con una anticipación no menor de cinco días y formularse en cuestionario escrito. En caso de que los ministros, superintendentes o directores de departamentos administrativos no concurren, sin excusa aceptada por la respectiva cámara, esta podrá proponer moción de censura. Los Ministros, superintendentes o directores administrativos deberán ser oídos en la sesión para la cual fueron citados, sin perjuicio de que el debate continúe en las sesiones posteriores por decisión de la respectiva cámara. El debate no podrá extenderse a asuntos ajenos al cuestionario y deberá encabezar el orden del día de la sesión.

Artículo 2°. El numeral 9 del artículo 135 de la Constitución Política de Colombia quedará así:

9. Proponer moción de censura respecto de los ministros, superintendentes y directores de departamentos administrativos por asuntos relacionados con funciones propias del cargo, o por desatención a los requerimientos y citaciones del Congreso de la República. La moción de censura, si hubiere lugar a ella, deberá proponerla por lo menos la décima parte de los miembros que componen la respectiva Cámara. La votación se hará entre el tercero y el décimo día siguientes a la terminación del debate, con audiencia pública del funcionario respectivo. Su aprobación requerirá el voto afirmativo de la mitad más uno de los integrantes de la Cámara que la haya propuesto. Una vez aprobada, el funcionario quedará separado de su cargo e inhabilitado para ocupar otro cargo durante el período institucional del nominador. Si fuere rechazada, no podrá presentarse otra sobre la misma materia a menos que la motiven hechos nuevos. La renuncia del funcionario respecto del cual se haya promovido moción de censura no obsta para que la misma sea aprobada conforme a lo previsto en este artículo.

Artículo 3°. El artículo 299 de la Constitución Política de Colombia quedará así:

En cada departamento habrá una corporación administrativa de elección popular que se denominará asamblea departamental, la cual estará integrada por no menos de 11 miembros ni más de 31. Dicha corporación gozará de autonomía administrativa y presupuesto propio, y podrá ejercer control político sobre la administración departamental.

Artículo 4°. Adiciónese al artículo 300 de la Constitución Política de Colombia con estos numerales:

13. Citar y requerir a los secretarios del despacho del gobernador para que concurren a las sesiones de la asamblea. Las citaciones deberán hacerse con una anticipación no menor de cinco días y formularse

en cuestionario escrito. En caso de que los secretarios del despacho del gobernador no concurren, sin excusa aceptada por la asamblea, esta podrá proponer moción de censura. Los secretarios deberán ser oídos en la sesión para la cual fueron citados, sin perjuicio de que el debate continúe en las sesiones posteriores por decisión de la asamblea. El debate no podrá extenderse a asuntos ajenos al cuestionario y deberá encabezar el orden del día de la sesión.

14. Proponer moción de censura respecto de los secretarios de despacho del gobernador por asuntos relacionados con funciones propias del cargo, o por desatención a los requerimientos y citaciones de la asamblea. La moción de censura deberá ser propuesta por la tercera parte de los miembros que componen la asamblea. La votación se hará entre el tercero y el décimo día siguientes a la terminación del debate, con audiencia pública del funcionario respectivo. Su aprobación requerirá el voto afirmativo de las dos terceras partes de los miembros que integran la corporación. Una vez aprobada, el funcionario quedará separado de su cargo e inhabilitado para ocupar otro cargo en la administración departamental durante el período institucional del nominador. Si fuere rechazada, no podrá presentarse otra sobre la misma materia a menos que la motiven hechos nuevos. La renuncia del funcionario respecto del cual se haya promovido moción de censura no obsta para que la misma sea aprobada conforme a lo previsto en este artículo.

Artículo 5°. El artículo 312 de la Constitución Política de Colombia quedará así:

En cada municipio habrá una corporación administrativa elegida popularmente para períodos de cuatro (4) años que se denominará concejo municipal, integrado por no menos de 7, ni más de 21 miembros según lo determine la ley de acuerdo con la población respectiva. Esta corporación podrá ejercer control político sobre la administración municipal.

La ley determinará las calidades, inhabilidades, e incompatibilidades de los concejales y la época de sesiones ordinarias de los concejos. Los concejales no tendrán la calidad de empleados públicos.

La ley podrá determinar los casos en que tengan derecho a honorarios por su asistencia a sesiones.

Su aceptación de cualquier empleo público constituye falta absoluta.

Artículo 6°. Adiciónese al artículo 313 de la Constitución Política de Colombia con estos numerales

11. En las capitales de los departamentos y los municipios con población mayor de cincuenta mil habitantes, citar y requerir a los secretarios del despacho del alcalde para que concurren a las sesiones. Las citaciones deberán hacerse con una anticipación no menor de cinco (5) días y formularse en cuestionario escrito. En caso de que los secretarios no concurren, sin excusa aceptada por el concejo distrital o municipal, este podrá proponer moción de censura. Los secretarios deberán ser oídos en la sesión para la cual fueron citados, sin perjuicio de que el debate continúe en las sesiones posteriores por decisión del concejo. El debate no podrá extenderse a asuntos ajenos al cuestionario y deberá encabezar el orden del día de la sesión.

Los concejos de los demás municipios, podrán citar y requerir a los secretarios del despacho del alcalde para que concurren a las sesiones. Las citaciones deberán hacerse con una anticipación no menor de cinco (5) días y formularse en cuestionario escrito. En caso de que los secretarios no concurren, sin excusa aceptada por el concejo distrital o municipal, cualquiera de sus miembros podrá proponer moción de observaciones que no conlleva al retiro del funcionario correspondiente. Su aprobación requerirá el voto afirmativo de las dos terceras partes de los miembros que integran la corporación.

12. Proponer moción de censura respecto de los secretarios del despacho del alcalde por asuntos relacionados con funciones propias del cargo o por desatención a los requerimientos y citaciones del concejo distrital o municipal. La moción de censura deberá ser propuesta por la mitad más uno de los miembros que componen el concejo distrital o municipal. La votación se hará entre el tercero y el décimo día siguientes a la terminación del debate, con audiencia pública del funcionario res-

pectivo. Su aprobación requerirá el voto afirmativo de las dos terceras partes de los miembros que integran la corporación. Una vez aprobada, el funcionario quedará separado de su cargo e inhabilitado para ocupar otro cargo en la administración distrital o municipal durante el período institucional del nominador. Si fuere rechazada, no podrá presentarse otra sobre la misma materia a menos que la motiven hechos nuevos. La renuncia del funcionario respecto del cual se haya promovido moción de censura no obsta para que la misma sea aprobada conforme a lo previsto en este artículo.

Artículo 7°. El presente acto legislativo rige a partir de su promulgación.

Miriam Paredes Aguirre,
Representante a la Cámara, Ponente.
* * *

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 040 DE 2006 SENADO, 02 DE 2006 CAMARA

por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, de origen gubernamental, y sus Proyectos Acumulados: 01 de 2006 Cámara, 018 de 2006 Cámara, 084 de 2006 Cámara, 130 de 2006 Cámara, 137 de 2006 Cámara, 140 de 2006 Cámara, 141 de 2006 Cámara, 20 de 2006 Senado, 26 de 2006 Senado, 38 de 2006 Senado, 67 de 2006 Senado, 116 de 2006 Senado, 122 de 2006 Senado, 128 de 2006 Senado, 143 de 2006 Senado y el 01 de 2006 Senado, 087 de 2006 Cámara.

Bogotá, D. C., 21 de noviembre de 2006

Doctora

LILIANA RENDON ROLDAN

Presidenta Comisión Séptima honorable Cámara de Representantes Ciudad.

Respetada Presidenta:

Atendiendo la deferencia que ha tenido usted de asignarnos ponentes para segundo debate del Proyecto de ley número 040 de 2006 Senado, 02 de 2006 Cámara y sus acumulados, *por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones* y de conformidad con lo establecido en el Reglamento del Congreso, Ley 5ª de 1992, el cual se ajusta a lo preceptuado en el artículo 175 y dentro de la oportunidad indicada, presentamos a su consideración y por su digno conducto a los miembros de la plenaria de la Cámara de Representantes, el informe de ponencia favorable para el segundo debate.

1. Antecedentes

Durante los años 2004 y 2005 el Gobierno Nacional, el Congreso de la República, los partidos, los gremios, los medios de comunicación, las entidades territoriales y sus federaciones, así como los aseguradores, los prestadores de salud y en general, todo el sector de la salud, a lo largo y ancho del país han desarrollado una amplia discusión acerca del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sus logros y dificultades, y sus posibles reformas.

Como resultado de lo anterior, para el actual período legislativo han sido presentados 17 proyectos de ley, a través del honorable Senado de la República y la honorable Cámara de Representantes, tendientes a hacer las reformas necesarias para mejorar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, siendo estos los siguientes:

• Proyecto de ley número 01 de 2006 Cámara

Autores: *Dilyan Francisca Toro* y los honorables Representantes *Sandra Rocío Ceballos Arévalo* y *Eduardo Benítez Maldonado*.

Título. *Por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política.*

• Proyecto de ley número 02 de 2006 Cámara, 040 de 2006 Senado

Autor: Ministro de la Protección Social

Título. *Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*

• Proyecto de ley número 018 de 2006 Cámara

Autores: honorables Representantes *Gloria Stella Díaz*, *Alexandra Moreno* y *Manuel A Virgüez*

Título. *Por el cual se modifica el Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1993.*

• Proyecto de ley número 084 de 2006 Cámara

Autor: honorable Representante *Jorge Julián Silva Meche*.

Título. *Por la cual se reforma parcialmente la Ley 100 de 1993, y se dictan normas para la organización del régimen subsidiado y de la atención en salud de los vinculados.*

• Proyecto de ley número 130 de 2006, Cámara

Autor: honorable Representante *Germán Enrique Reyes Forero*.

Título. *Por la cual se reforman los Libros II y III de la Ley 100 de 1993 y se crea el Sistema Integrado de Seguridad Social en Salud, SISESA.*

• Proyecto de ley número 137 de 2006 Cámara

Autor: honorable Representante *Venus Albeiro Silva Gómez*.

Título. *Por la cual se implementa el Sistema General de Seguridad Social en Salud a los Trabajadores y Trabajadoras del Arte y Gestores y Gestoras Culturales.*

• Proyecto de ley número 140 de 2006 Cámara

Autores: Honorables Representantes *Carlos Ramiro Chavarro Cuéllar*, *Carlos Germán Navas Talero*, *David Andrés Luna Sánchez*, *Juan de Jesús Córdoba Suárez*, *Germán Varón Cotrino*, *Carlos Arturo Piedrahíta Cárdenas*, *William Vélez Mesa*, *Nicolás Uribe*, *José Fernando Castro Caycedo*, *Wilson Alfonso Borja Díaz*, *Germán Enrique Reyes*, *José Joaquín Camelo Ramos*, *Crisanto Pizo Mazabuel*, *Jorge Julián Silva Meche*, *Samuel Benjamín Arrieta Buelvas* y *Gustavo Petro Urrego*.

Título. *Por la cual se dictan normas sobre la prestación de servicios de salud.*

• Proyecto de ley número 141 de 2006 Cámara

Autores: honorables Representantes *Hernando Betancourt Hurtado*, *Pedro Nelson Pardo*, *Luis Fernando Almario*, *Orlando Montoya Toro*, *Oscar Arboleda Palacio* y *Constantino Rodríguez*.

Título. *Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras normas en materia de recursos y competencias.*

• Proyecto de ley número 087 de 2006 Cámara, 01 de 2006 Senado

Autor: Ministro de la Protección Social.

Título. *Por la cual se otorgan facultades extraordinarias al Presidente de la República y se dictan otras disposiciones.*

• Proyecto de ley número 20 de 2006 Senado

Autor: honorable Senador *Dieb Maloof Cuse*.

Título. *Por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

• Proyecto de ley número 26 de 2006 Senado

Autor: Senadora *Nancy Patricia Gutiérrez Castañeda*.

Título. *Por la cual se dictan normas para el fortalecimiento de las Instituciones Prestadoras de servicios de carácter público, IPS, de la red hospitalaria nacional y se dictan otras disposiciones.*

• **Proyecto de ley número 38 de 2006 Senado**

Autor: honorable Representante *Jaime Restrepo Cuartas*.

Título: *Por la cual se crea la Comisión de Regulación de Salud.*

• **Proyecto de ley número 67 de 2006 Senado**

Autores: honorables Senadores *Zulema Jattin, Armando Benedetti, Julio Manzur* y los honorables Representantes *Bernardo M. Elías, Eduardo Crissien, Erick Morris, Carlos Zuluaga, Luis A. Serrano* y otros.

Título: *Por la cual se promueve la universalización de la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud.*

• **Proyecto de ley número 116 de 2006 Senado**

Autor: honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros*.

Título: *Por la cual se introducen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

• **Proyecto de ley número 122 de 2006, Senado**

Autor: honorable Senador *Luis Carlos Avellaneda Tarazona*.

Título: *Por la cual se deroga el Libro II y se reforma el Libro III de la Ley 100 de 1993, y algunos artículos referentes a salud, contenidos en la Ley 715 de 2001, y se constituye el Sistema Integral de Salud.*

• **Proyecto de ley número 128 de 2006 Senado**

Autores: honorable Senador *Dieb Maloof Cuse*.

Título: *Por la cual se ordena la afiliación obligatoria de las entidades oficiales del orden nacional, departamental y municipal a la Administradora de Riesgos Profesionales del Instituto de Seguros Sociales.*

• **Proyecto de ley número 143 de 2006 Senado**

Presentado por el honorable Senador *Miguel Pinedo Vidal*.

Título: *Por la cual se reforman los Libros II y III de la Ley 100 de 1993 y se hacen algunas modificaciones en el Sistema General en Salud y se dictan otras disposiciones.*

En sesiones ordinarias conjuntas de las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del honorable Senado de la República y de la honorable Cámara de Representantes, de los días siete (7), ocho (8), catorce (14) y quince (15) de noviembre de dos mil seis (2006), fueron considerados, debatidos y votados los informes de ponencia para primer debate, el articulado y el título del **Proyecto de ley número 040 de 2006 Senado, 02 de 2006 Cámara, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**, de origen gubernamental, y sus **Proyectos acumulados: número 01 de 2006 Cámara, 018 de 2006 Cámara, 084 de 2006 Cámara, 130 de 2006 Cámara, 137 de 2006 Cámara, 140 de 2006 Cámara, 141 de 2006 Cámara; Nos. 020 de 2006 Senado, 026 de 2006 Senado, 038 de 2006 Senado, 067 de 2006 Senado, 116 de 2006 Senado, 122 de 2006 Senado, 128 de 2006 Senado, 143 de 2006 Senado y el Proyecto número 01 de 2006 Senado, 087 de 2006 Cámara**. Los informes de ponencias radicados, están publicados en las **Gacetas del Congreso** número 485 y 510 de 2006, respectivamente.

El texto del proyecto de ley que sirvió como base para el debate (discusión y votación), corresponde al publicado en la **Gaceta del Congreso** número 485 de 2006, posteriormente adicionado mediante **proposiciones** suscritas por honorables Senadores y Representantes, las cuales reposan en el expediente del proyecto.

En el desarrollo del debate fueron **negadas las proposiciones siguientes:**

Proposición número 7, presentada por el honorable Representante *José Gerardo Piamba Castro*, como artículo nuevo, de los empleadores que no cumplan las obligaciones establecidas en el artículo 161 de la Ley 100

Proposición aditiva número 8, presentada por la Senadora *Claudia Rodríguez de Castellanos*, como artículo nuevo, relacionado con las obligaciones de las entidades territoriales

Proposición aditiva número 9, presentada por honorable Representante *Pedro Jiménez Salazar*, como artículo nuevo para el capítulo de

aseguramiento, relacionado la afiliación automática del recién nacido al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Proposición aditiva número 10, presentada por honorable Senadora *Claudia Rodríguez de Castellanos*, como artículo nuevo relacionado con el capítulo de inspección vigilancia y control.

Proposición aditiva número 11, presentada por honorable Representante *Mauricio Parodi Díaz*, como un párrafo del artículo 11.

Proposición sustitutiva, presentada por honorable Representante *Mauricio Parodi Díaz*, para suprimir la frase en el artículo 11 “del gasto en salud” y adicionarle en el mismo sitio del artículo la frase “de la UPC subsidiada”.

Las siguientes proposiciones fueron retiradas:

Proposición número 1: Sin firma, propone eliminar el literal g) y agregar un literal al artículo de organización del aseguramiento

Proposición aditiva: Presentada por el honorable Representante *Mauricio Parodi*, relacionada con el artículo del manejo de los medicamentos y los insumos hospitalarios

Proposición modificativa número 4: Presentada por la honorable Senadora *Liliana Mora Rondón* y otros, relacionada con las modificaciones al literal e del artículo 8°.

Proposición aditiva número 14: Presentada por honorable Senador *Jorge Ballesteros* relacionada con el artículo 8°, literal f) flujo y protección de los recursos

Proposición número 15, presentada por honorable Senador *Jorge Ballesteros*, relacionado con un artículo nuevo sobre el nuevo traslado de la afiliación entre régimen contributivo y régimen subsidiado

Las siguientes proposiciones no fueron consideradas:

Proposición aditiva número 16: Presentada por la honorable Senadora *Claudia Rodríguez de Castellanos* en la cual se presenta un artículo para incluir en el Capítulo VII de inspección, vigilancia y control relacionada con el nuevo esquema de gestión de vigilancia, inspección y control.

Proposición modificatoria número 3: Presentado por el honorable Senador *Dieb Maloof Cuse* en el cual se presenta una modificación al artículo 8°, literal d) sobre las entidades promotoras de salud.

Proposición aditiva número 6: Presentada por la honorable Senadora *Claudia Rodríguez de Castellanos* en el que se relaciona en el artículo 23 de las obligaciones de las entidades territoriales

Proposición modificatoria número 15: Relacionado con el artículo 11 contratación en el régimen subsidiado y EPS públicas del régimen contributivo no firmada

La Secretaría General de las Comisiones Séptimas Constitucionales Conjuntas, deja expresa **constancia** (ratificada en Actas y en grabaciones magnetofónicas) que, conforme a lo ordenado en los artículos ciento cincuenta y uno (151) superior y ciento diecinueve (119) y doscientos seis (206) de la Ley 5ª de 1992, con mayoría absoluta en ambas Comisiones, fueron votados y aprobados los artículos que a continuación se relacionan en el siguiente cuadro:

Artículos que fueron votados y aprobados, con el requisito de las normas orgánicas, en el primer debate al Proyecto de ley número 040 de 2006 Senado, 02 de 2006 Cámara, y sus acumulados.

En el articulado del proyecto sometido a debate	Corresponde, en el texto aprobado, reordenado, a:
En el artículo 6°. Modificase artículo 214 de la Ley 100 (Recursos del régimen Subsidiado).	Artículo 13. Modificase el artículo 214 de la Ley 100, el cual quedará así:
– Literal a) del numeral 1 (de las Entidades Territoriales).	– Literal a) del numeral 1 (de las Entidades Territoriales).
– Literal c) del numeral 1.	– Literal c) del numeral 1.
– Literal d) del numeral 1.	– Literal d) del numeral 1.
– Literal a) del numeral 2 (del Fondo de Solidaridad).	– Literal a) del numeral 2 (del Fondo de Solidaridad).
– Literal b) del numeral 2.	– Literal b) del numeral 2.
– Literal a) del numeral 3.	– Literal a) del numeral 3.
Parágrafo del artículo 6°.	Parágrafo del artículo 13.

En el articulado del proyecto sometido a debate	Corresponde, en el texto aprobado, reordenado, a:
Literal e) del artículo 8°. (Flujo y protección de los recursos)	Literal e) del artículo 15 Flujo y Protección de los recursos.
Artículo 17: Regulación de las Empresas Sociales del Estado.	Artículo 30. Regulación de las Empresas Sociales del Estado.
Artículo 21: Supervisión en algunas áreas de Salud Pública.	Artículo 37. Supervisión en algunas áreas de Salud Pública.

Preguntadas las Comisiones ¿deseaban que el proyecto tuviera segundo debate?, estas respondieron afirmativamente. La designación de ponentes para segundo debate, por separado en cada una de las Comisiones Homólogas, se realizaría posteriormente. La relación completa del primer debate al presente proyecto de ley, en Sesiones Conjuntas de las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Senado y de la Cámara de Representantes, se halla consignada en las Actas números 03 (2 de noviembre de 2006), 04 (7 de noviembre de 2006), 05 (8 de noviembre de 2006), 06 (14 de noviembre de 2006) y 07 (15 de noviembre de 2006).

2. Consideraciones constitucionales y legales

2.1 Constitucionales

La Constitución Política de Colombia de 1991, estableció el Derecho Universal a la Seguridad Social para los colombianos en su artículo 48, ratifica un esquema descentralizado de prestación de servicios de salud en su artículo 49 y aporta en sus artículos 356 y 357 los recursos necesarios para garantizar la operación de la Salud Pública, la red pública de servicios y los subsidios en salud para la población pobre, dando esto lugar a lo que se constituyó como el Sistema General de Participaciones, SGP. Los artículos descritos refieren:

El artículo 48 de la C. P. de Colombia. 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 los términos que establezca la ley.

Se garantiza a todos los colombianos el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

El Estado con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la presentación de los servicios en la forma que lo determine la ley.

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas de conformidad con la ley.

No se podrán utilizar los recursos de las instituciones de Seguridad Social para fines diferentes a ella.

La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante”.

El artículo 49 de la C. P. de Colombia 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 a los habitantes y de saneamiento ambiental 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 en la ley.

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

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

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

El artículo 365 de la C. P. de Colombia. Se debe destacar del mandato constitucional, la finalidad social del Estado y de los servicios públicos.

“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”.

El artículo 366 de la C. P. de Colombia señala:

“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”.

2.2 Legales

Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social en Salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud creado por la Ley 100 de 1993, planteó un cambio estructural en la reorganización del sistema de prestación de servicios de salud.

Con la Ley 100 hay un cambio de lógica desde la prestación pública de servicios de salud, hacia la prestación del servicio público de salud y a los servicios de Salud Pública. En el fondo lo que se estructuró fue un sistema que permitió encontrar un ámbito natural de complementación entre los proveedores públicos y los privados que hoy existen en la economía colombiana, dándole a los usuarios la posibilidad de negociación frente al sistema, así como las diferentes entidades que prestarían los servicios de salud.

La organización del sistema general permitió superar las restricciones de cobertura, la falta de solidaridad y la ineficiencia del anterior sistema, planteando el fortalecimiento de mecanismos de solidaridad que permitieran el acceso de todos los colombianos a un plan de protección integral de su salud, que debería alcanzar la meta definitiva en el año 2001: “salud para todos”. Esta meta, debería lograrse en forma progresiva, ampliando gradualmente los beneficios y los beneficiarios.

El sistema implementado en la Ley 100 de 1993, presenta una organización mixta constituida por dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, con planes de beneficios definidos, que debían integrarse en su funcionamiento, y tendrían una coordinación Nacional y canales financieros de solidaridad.

Con el fin de lograr la universalidad y superar las restricciones de cobertura, el sistema plantea la vinculación a través del régimen contributivo, a los asalariados y los grupos de población con capacidad de pago y todos los miembros de su familia, quienes se afiliarían y vincularán al sistema mediante el pago de cotizaciones. Para aquellas personas sin la capacidad suficiente para pagar las cotizaciones obligatorias, el sistema otorgaría subsidios totales o parciales para asegurar su vinculación al sistema a través del régimen subsidiado.

En la organización institucional del sector, se resaltan como factores nuevos la creación de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, el fortalecimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, y las nuevas funciones de dirección con la creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, bajo la orientación del llamado Ministerio de Salud, hoy Ministerio de la Protección Social y las funciones de inspección, vigilancia y control encomendadas a la Superintendencia Nacional de Salud.

Para la financiación de la protección a la población se cuenta con diferentes tipos de recursos fundamentales: las cotizaciones de los empleados, las transferencias de la Nación a los departamentos y municipios, los aportes al Fondo de Solidaridad y Garantía que se apalancan con una contribución de solidaridad equivalente a un punto de la cotización del régimen contributivo, de aportes del Sistema de Compensa-

ción Familiar, de aportes de la Nación y de los rendimientos financieros, principalmente.

El Sistema General permite desarrollar ampliamente los mecanismos de solidaridad a través de la asignación creciente de recursos para el subsidio a las poblaciones pobres.

El sistema también prevé mecanismos de solidaridad entre los afiliados al régimen contributivo mediante la aplicación de una unidad de pago por capitación que permite contar con recursos potencialmente iguales por cada beneficiario independiente de su capacidad de pago. Con ello todos los afiliados tendrán la protección del plan de beneficios del sistema independientemente del riesgo particular de enfermar.

Así, la solidaridad del sistema se garantiza mediante la cotización de los afiliados al sistema en función de su capacidad económica y no de los riesgos de salud individuales.

La estructura del sistema general, permite profundizar y ampliar los niveles de solidaridad interna del actual sistema contributivo de seguridad social e incluso hacerla extensiva a los sectores de la población que requieren de un subsidio para acceder al sistema.

Dos elementos adicionales que contribuyen al aumento de la eficiencia en el sistema son la libre escogencia de la Entidad Promotora de Salud, EPS, a la cual se quiera afiliarse el individuo y la competencia que por ellos se genera entre distintas EPS. En la medida en que la población manifieste su insatisfacción al trasladarse libremente entre EPS, estas entidades se ven motivadas a garantizar servicios con calidad y oportunidad, sin renunciar al control de los abusos o de la utilización innecesaria del servicio.

2.3 Consideraciones de los ponentes con respecto al Sistema General de Seguridad Social en Salud y las propuestas del proyecto de ley.

El desarrollo de la primera década de implementación de la reforma al Sistema de Salud “Ley 100 de 1993”.

La Ley 100 de 1993 sentó un hito en la historia de la seguridad social en Colombia, los resultados evidentes en cobertura de aseguramiento (Hoy, 82% de la población colombiana se encuentra afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud), el acceso a los servicios, la introducción de principios como el de solidaridad en la financiación, la búsqueda de la universalización y equidad entre poblaciones fueron las mayores ganancias sociales.

Para el ciudadano, la garantía expresada en un carné de seguro, el derecho a un subsidio, son manifestación evidente de la función primordial de protección a los más pobres y vulnerables que tiene el Estado.

No obstante los anteriores beneficios, la Ley 100 de 1993 presenta algunos problemas susceptibles de solucionar en la dirección, la financiación, el aseguramiento, la Salud Pública y la prestación de servicios que han redundado en algunos casos en la no obtención de indicadores satisfactorios de la salud individual y colectiva de la población, finalmente algunos aspectos de inspección, vigilancia y control.

Para el grupo de ponentes, la reforma a la Ley 100 de 1993 es un asunto de enorme importancia y este proyecto pretende aportar elementos tendientes a mejorar la operatividad del SGSSS, y para ello a continuación se mencionan aspectos que deben ser analizados y ajustados con la rigurosidad que ameritan.

El problema de los objetivos y la rectoría

Las Reformas de los años 90 descentralizaron la capacidad de rectoría del Ministerio de Salud, hoy Ministerio de la Protección Social, este mandato ha introducido la necesidad de compatibilizar los objetivos políticos de las entidades territoriales con los objetivos de salud y la introducción del mercado en el aseguramiento y la prestación de los servicios, lo que puso al orden del día la necesidad de compatibilizar los objetivos económicos y los de la salud. No obstante diferentes estudios y analistas han llamado la atención sobre el hecho que la relevancia dada a los objetivos económicos y políticos del sistema han ido relegando a un segundo plano y subordinando dentro del sistema los objetivos de

salud propiamente dichos, a saber: mantener la salud, promocionar la vida sana, evitar la enfermedad y recuperar la salud cuando se pierde.

Propuestas del proyecto de ley

Sobre la base del anterior diagnóstico, el proyecto propone que ante la difícil situación que puede producir una descentralización y un mercado poco regulado, el Ministerio de la Protección Social recupere su capacidad de rectoría y para tal efecto el proyecto de ley propone dotarlo de las herramientas necesarias, que permitan un sistema de administración por objetivos que admita un monitoreo permanente de los resultados que producen los diferentes actores, obligándolos a cumplir metas e indicadores y a recibir asistencia técnica obligatoria si fuere necesaria. Se dota además al Ministerio de las autorizaciones necesarias para diseñar un conjunto armónico de incentivos morales, administrativos y financieros para quienes consigan las metas y de un paquete de sanciones, incluyendo la intervención, para quienes no cumplan.

Como organismo de regulación se plantea la creación de la Comisión de Regulación en Salud como unidad administrativa especial, como personería jurídica, independencia administrativa, técnica y patrimonial y adscrita al Ministerio de la Protección Social. Se plantea su composición, la calidad de los comisionados, sus funciones, la financiación y el manejo de los recursos, además contará con una secretaría técnica que se crea como una dependencia que liderará y coordinará los estudios técnicos que soporten las decisiones de este organismo y que será financiada con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga.

El problema de los recursos financieros y la cobertura

Desde la implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, ha habido un considerable avance en los índices de cobertura de aseguramiento; ese proceso tiene una formidable aceleración en los últimos dos años a iniciativa del Gobierno Nacional y con la cofinanciación de las entidades territoriales. Cálculos del Ministerio de la Protección Social indican que aproximadamente el 82% de la población colombiana se encuentra afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, del cual 38% se encuentra afiliada al Régimen Contributivo y 44%, al Régimen Subsidiado. A pesar de los avances y del gran salto de los últimos dos años, no se ha logrado la meta de universalizar la cobertura prevista para el año 2001. Es preocupante que alrededor del 18% de la población, aproximadamente 7 millones de personas, no se encuentre asegurado en ninguno de los dos regímenes establecidos, y que la mayor parte de los no asegurados sean personas de los niveles más pobres.

Las consecuencias sociales de la falta de cobertura de aseguramiento han sido evaluadas en forma exhaustiva. Se ha encontrado que los problemas asociados a la falta de un seguro de salud no se limitan a los costos económicos ocasionados por un pobre estado de salud y sus consecuencias sobre el estado funcional y desarrollo de niños y adultos, sino que incluyen el impacto sobre la estabilidad económica y el bienestar psicosocial de las familias, además de las externalidades negativas sobre las instituciones, la economía local y la salud de la población que se generan en comunidades donde hay un gran número de individuos no asegurados¹. Esta evidencia soporta el planteamiento de que los principales esfuerzos del Gobierno Nacional se deben continuar dirigiendo a reducir el número de colombianos sin seguro de salud y lograr la cobertura universal, con particular énfasis en la población más pobre y vulnerable.

Además del riesgo financiero y de las barreras al acceso a los servicios de salud que implica la falta de un seguro para la población, no haber logrado la cobertura universal también genera grandes ineficiencias en el funcionamiento del SGSSS.

¹ Consequences of Uninsurance. 2003. *Hidden Costs, Values Lost Uninsurance in America*. Washington D.C. The National Academies Press.

Committee on the Consequences of Uninsurance. 2002. *Health Insurance Is a Family Matter*. Washington D. C. The National Academies Press, que incluyen revisiones de estudios observacionales y cuasi-experimentales de la relación aseguramiento-salud en los EE. UU:

Primero, existe un sistema dual de subsidios a la oferta y a la demanda donde las responsabilidades de atención de la población son confusas y encontradas, lo que dificulta la planeación, gestión y vigilancia de los recursos que implica una operación más costosa, y genera inequidades en el acceso a los servicios de salud.

Segundo, conlleva a que el esquema de aseguramiento existente opere en condiciones subóptimas, ya que con el aseguramiento universal se podría obtener una mejor dispersión del riesgo en salud y del riesgo financiero, se reduciría el problema de selección adversa y sería más claro que los aseguradores son los responsables últimos de la salud de la población.

En los últimos 2 años se ha ampliado la cobertura de aseguramiento en el Régimen Subsidiado en aproximadamente 8 millones de personas. Estos avances se han obtenido gracias, la efectiva presupuestación y ejecución de los recursos Fosyga, al incremento de los recursos disponibles para subsidios a la demanda resultantes de transformación de subsidios de oferta, a la cofinanciación de las entidades territoriales y, en general, a una mejor gestión de las fuentes de financiamiento existentes.

Sin embargo, la meta de cobertura universal en el Régimen Subsidiado no puede alcanzarse con los recursos hoy disponibles que aunque han venido reajustando en forma significativa al 21% entre los años 2004 y 2005 y al 25% entre los años 2005 y 2006 gracias al descongelamiento de los recursos del Fosyga y al gran esfuerzo de las entidades territoriales, estos solo permiten asegurar la sostenibilidad de la afiliación actual que asciende a 19 millones de personas

Histórico fuentes de financiación en millones de pesos					
Fuente	2004	2005	% Variación	2006	% Variación
SGP	1.541.516	1.766.293	15	1.872.339	6
Fosyga	843.624	1.028.260	22	1.438.905	40
Esfuerzo Propio	169.753	287.991	70	560.515	95
Cajas	45.393	50.572	11	53.505	6
F. Cafeteros	1.582	3.625	129	5.972	65
Total	2.601.868	3.136.742	21	3.931.235	25

Fuente: MPS

Por ello se requiere la implementación de cambios legales que lleven a la organización y financiamiento para cumplir con el mandato constitucional de universalidad de la cobertura.

Las propuestas financieras del proyecto de ley

El proyecto propone cobertura universal de aseguramiento para los niveles I, II y III del Sisbén de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al régimen Subsidiado y obligatoriedad del Gobierno Nacional y el Congreso de la República para garantizar en las leyes de presupuesto de los próximos tres años los recursos necesarios para lograr dicha cobertura.

Se plantea elevar la cotización obrero patronal con cargo a los empresarios en un cero punto cinco por ciento pasando el total de la cotización de 12 a 12.5%, de los cuales 1.5 puntos quedarán asignados al Régimen Subsidiado, incluidos los regímenes especiales y de excepción.

En cuanto a los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, SGP, se destinarán hasta en un 65% al régimen subsidiado en salud. Igualmente se destinará el 93% de los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos de ETESA y por lo menos el 25% de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y del Distrito Capital, otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado.

Prevé que las cajas de compensación continúen con los aportes del 5 y 10% de sus recaudos en proporción a su cociente de recaudo.

Se plantea que los recursos del régimen subsidiado de salud transferidos por el Sistema General de Participaciones y el Fondo de Solidaridad y Garantía se deben distribuir dentro de los municipios y distritos buscando conseguir la equidad territorial.

El Gobierno Nacional aportará un monto por lo menos igual a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007 cuyo monto fue de doscientos ochenta y seis mil novecientos cincuenta y tres (\$286.953) millones y garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización.

Usos del Sistema General de Participaciones en Salud 2006-2010						
Año	Crecimiento Real* %	Total SGP Salud	Salud Pública	Régimen Subsidiado	Total Oferta	Part. Rég. Subsidiado/SGP Salud %
2006		3.857.648.258.032	399.914.204.428	1.954.948.966.924	1.502.785.086.680	50,68
2007	2,50	4.127.683.636.096	417.910.343.628	2.139.362.876.888	1.570.410.415.580	51,83
2008	4,00	4.457.898.326.982	434.626.757.373	2.390.044.737.406	1.633.226.832.203	53,61
2009	4,00	4.792.240.701.506	449.838.693.881	2.652.012.236.295	1.690.389.771.331	55,34
2010	3,50	5.103.736.347.104	463.333.854.697	2.899.301.027.936	1.741.101.464.470	56,81

Inflación: 4,5%: 2006; 4%: 2007; 3,5%: 2008; 3%: 2009 en adelante.

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Se autoriza a los municipios y departamentos para destinar, por una sola vez, recursos no comprometidos, provenientes del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera, FAEP, y del Fondo Nacional de Regalías, para el pago de las deudas con el régimen subsidiado de salud que estén debidamente registradas y reconocidas. Si las EPS con las que se tengan estas cuentas le adeudan a la red de prestadores, el FAEP y el Fondo Nacional de Regalías realizarán el giro directo a las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública, previa revisión de las cuentas pendientes con el régimen subsidiado.

El problema del flujo y protección de los recursos

Excepto por lo ocurrido recientemente en los años 2005 y 2006, el Fosyga se ha convertido en un mecanismo de atesoramiento de recursos, destinado a cubrir en parte el déficit fiscal del Estado pero no para financiar la cobertura del régimen subsidiado.

Además, la parte presupuestada del Fosyga se demora entre 90 y 180 días para llegar a los municipios debido a que se gira por trimestre anticipado y además porque se exigen muchos requisitos a los municipios muy difíciles de cumplir.

Una vez que los recursos llegan a los municipios estos sufren un nuevo retraso aunque la introducción de las cuentas maestras ha modificado en parte esta situación.

De nuevo cuando los recursos llegan a las ARS los recursos se atesoran para rentar y los pagos a los hospitales de nuevo se demoran entre 90 y 180 días.

En varias ocasiones se han señalado situaciones de malos manejos de los recursos de salud y en especial del Régimen Subsidiado de Salud. En algunos casos se han identificado como los causantes a los municipios y en otras a las propias ARS. El Ministerio de la Protección Social expidió el Decreto 4693 de diciembre de 2005 ordenando el manejo de los recursos en cuentas maestras, incluyendo la abolición de los cheques y la instauración de giros electrónicos a cuentas preestablecidas. Estas mediadas aún son insuficientes pues las cuentas maestras no garantizan la rentabilidad de los recursos y su reinversión en salud, tampoco se obliga al manejo de facturas prenumeradas para controlar el valor de los recursos pagados a las ARS y no se toman medidas similares a las establecidas en los municipios para proteger los recursos cuando estos están en manos de las ARS.

Propuestas para mejorar el flujo y protección de los recursos

Con el fin de garantizar el problema del flujo y la protección de los recursos este proyecto de ley propone:

Que el gasto de los recursos de la cuenta de solidaridad del Fosyga se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación y se girará, a las entidades territoriales, por trimestres anticipados generando las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud cuando no se cumpla lo establecido.

Los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los re-

cursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas, destinadas al recaudo y al gasto en Salud Pública, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, el incumplimiento de lo anterior acarreará sanciones.

Las entidades territoriales una vez recibidos los recursos del Fosyga tendrán que girar dentro de los quince (15) días siguientes, estos recursos a las aseguradoras contra factura y a través de la cuenta maestra.

Las Entidades Promotoras de Salud pagarán los servicios a las Instituciones Prestadoras de Servicios, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago.

Los municipios y distritos podrán destinar hasta el 0,5% de los recursos propios de la salud, para financiar los servicios de interventoría del régimen subsidiado. Estos recursos solo podrán ser contratados con entidades previamente habilitadas, departamentalmente, de acuerdo con la reglamentación del Ministerio de la Protección Social.

El problema del aseguramiento

En cuanto al aseguramiento, según lo 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 y que constituye un problema sustantivo que se expresa en diversos niveles.

Además de ampliar y lograr la universalidad en la cobertura, es evidente que aún existen barreras en el acceso a los servicios de salud en los dos regímenes. Suponer que las aseguradoras asumirán la gestión del riesgo sin condiciones o indicadores que evalúen su desempeño con base en resultados en salud, muestra que no es simplemente cubrir el 100% de la población, siendo también importantes argumentos de calidad, acceso, oportunidad y tecnología.

Con la premisa de la falta de cobertura en el aseguramiento y la cobertura en el acceso a servicios con calidad y oportunidad, hay que anotar la dificultad en la comprensión del concepto de aseguramiento por parte de algunas Empresas Promotoras de Salud que se limitaron solo a la administración del riesgo financiero y dejaron de un lado la gestión del riesgo en salud.

El papel de las EPS, capacitadas para ubicar los pacientes, seleccionar servicios de calidad y garantizar el acceso a una red íntegra de servicios, cuidando la continuidad del servicio, viene presentando enormes dificultades que comienzan por la incapacidad de muchas EPS, para constituirse en empresas de ese nivel de tecnología, solvencia y respaldo. Lo anterior lo han venido solucionando las aseguradoras mediante la contratación de servicios por capitación a los prestadores y de esta manera trasladan el riesgo y las funciones que deben cumplir al prestador.

La interpretación equivocada del aseguramiento ha conllevado a no conservar la salud, no prevenir la enfermedad, agravar y prolongar la enfermedad cuando esta existe y a desencadenar en muchos casos la muerte. Sumado a lo anterior que los planes de beneficios algunas veces no responden a las necesidades de la población y no garantizan un trato equitativo a todos los colombianos por cuanto el contenido del Plan Obligatorio de Salud, POS, del Régimen Subsidiado no ha sido equiparado al del Régimen Contributivo.

La falta de asegurar a las personas sin capacidad de pago se ha aprovechado para que estas cuando se enferman o incluso cuando tienen padecimientos o enfermedades catastróficas, logren afiliaciones al sistema empañadas por prácticas de selección de riesgo y efectos de selección

adversa facilitadas por intermediarios y personas inescrupulosas, de manera que ponen en peligro la estabilidad financiera del Sistema.

Se mantiene un sistema de salud fragmentado, integrado por dos componentes fundamentales: el de oferta y el de demanda, cada uno con su lógica y organización; dualidad que multiplica los costos administrativos que debe asumir el país. Por ello la transformación de recursos de oferta a demanda que se establece en el apartado de financiamiento.

También es de anotar los efectos que en materia de cobertura, 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.

Propuestas para mejorar el aseguramiento

En el tema de aseguramiento este proyecto, propone:

Claridad sobre el significado de aseguramiento en salud; entendida como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, en los regímenes establecidos, quienes tendrán las siguientes características adicionales para su operación:

Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables del país clasificadas en los niveles I y II del Sisbén o el instrumento que lo remplace, siempre y cuando no estén o deban estar en el régimen contributivo o regímenes especiales y de excepción.

La ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal y/o departamental, se hará una vez se haya logrado una cobertura del 95% al régimen subsidiado de los niveles I y II del Sisbén y aplicará únicamente para personas clasificadas en el nivel III del Sisbén

Los beneficiarios del nivel III del Sisbén que estén afiliados al Régimen Subsidiado mediante subsidios totales o parciales mantendrán su condición siempre y cuando cumplan con los requisitos exigidos para ser beneficiarios.

Se incentivará a la población del nivel III del Sisbén para que mediante los aportes complementarios al subsidio parcial, puedan afiliarse al régimen contributivo.

En La actualización del Plan Obligatorio de Salud se realizará al menos una vez al año, y se procederá al acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes con tendencia hacia el contributivo.

Las actividades propias del POS subsidiado incluidas las de promoción y prevención serán ejecutadas a través de las EPS del Régimen Subsidiado para lo cual recibirá el total de la UPC.

No habrá copagos ni cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado en Salud y no habrá períodos mínimos de cotización o períodos de carencia superiores a 26 semanas en el régimen contributivo.

Las poblaciones de desplazados y desmovilizados, cuyos recursos para la atención en salud del régimen subsidiado no sean del Sistema General de Participaciones, serán afiliadas a una empresa promotora de salud del régimen subsidiado, de naturaleza pública, del orden nacional, en la primera afiliación, siendo optativa la libre elección en el siguiente traslado.

En enfermedad de alto costo que se soliciten medicamentos y/o servicios no incluidos en los Planes de beneficios de las EPS de los dos regímenes, se deben llevar a consideración del Comité Técnico Científico, si no se estudia oportunamente y se obliga a la prestación de los

mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga.

Se definirán los parámetros y servicios para que los Planes Adicionales de Salud sean complementarios al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo.

Las EPS podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS hasta el 50% del valor del gasto en salud, pero se reglamentará las condiciones de competencia necesarias para evitar el abuso de posición dominante o conflictos de interés, de cualquiera de los actores del sistema de salud.

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y las EPS públicas del Régimen Contributivo, contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutoria. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%) el primer, segundo y tercer año siguiente a la vigencia de la presente ley, y del cincuenta y cinco por ciento (55%) en los años posteriores.

Se garantizará los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Los gobernadores y/o alcaldes tendrán un plazo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para liquidar de mutuo acuerdo, en compañía de las EPS del Régimen Subsidiado, los contratos que hayan firmado las Entidades territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado, y que tengan pendiente liquidar en cada Entidad Territorial, si no hay acuerdo se hará a través de un mecanismo de arbitramento técnico.

Para la afiliación de los independientes contratistas al SGSS en Salud, las entidades contratantes descontarán el porcentaje obligatorio para salud sobre el 40% de lo devengado, si el contratista prueba que está cotizando sobre el tope máximo de cotización exigido de sus ingresos, la ley no le será aplicable por lo dispuesto en el presente artículo.

Para la atención de enfermedades de alto costo las empresas promotoras de salud contratarán el reaseguro o reasegurarán directa o colectivamente dicho riesgo. Los excedentes de atención de las enfermedades de alto costo, es decir, el valor que supere la póliza, serán cubiertos con un fondo constituido con el 2% de la Unidad de pago por capitación de ambos regímenes.

La población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda serán responsabilidad de las Entidades territoriales las cuales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, los servicios requeridos.

Se reafirma la garantía a la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país para todos los colombianos, sancionando su incumplimiento con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución.

Con el ánimo de lograr la movilidad entre régimen Subsidiado y Régimen Contributivo se reglamentará los mecanismos necesarios para alcanzar este objetivo.

Las personas que teniendo derecho al régimen subsidiado y que hayan cotizado ininterrumpidamente durante dos (2) años al régimen contributivo, tendrán... y se mantendrá por lo menos durante un año a los beneficiarios del mismo.

Las aseguradoras deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo.

La comisión reguladora reglamentará los límites de afiliación a las EPS, previo estudio técnico

El Ministerio de la Protección Social, agilizará los trámites y pagos del recobro entre los actores del sistema y el Fosyga: Especial interés se les dará a enfermedades Genéticas lisosomales.

Se propone la afiliación de empleados de entidades oficiales a la ARP del ISS: al empleador le corresponde cubrir en un ciento por ciento (100%) al Estado y que la ARP pueda trasladar de excedentes de sus reservas acumuladas.

Problemas en la prestación de servicios de salud

Diversos estudios señalan que la planeación, la organización y el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud han perdido el concepto de área de influencia espacio-poblacional; tampoco tiene en cuenta la accesibilidad de la población a los mismos, ni los factores geográficos, culturales, económicos, poblacionales y epidemiológicos que la condicionan; se ignora el objeto social en términos de satisfacer las necesidades de salud de la población, lo que se ha traducido en graves problemas de equidad en el ingreso a la prestación de los planes de beneficios y hace necesario la conformación de redes de prestación de servicios que garanticen a los usuarios la oportunidad y calidad en la prestación de servicios.

A pesar de que la Ley 100 de 1993 ordenó la reestructuración de las entidades descentralizadas de prestación de servicios de salud y su transformación en empresas sociales de salud con el fin de adecuarlas al Sistema General de Seguridad en Salud, el proceso de descentralización definido por la Constitución Política y desarrollado mediante la Ley 60 de 1993, propició la creación no controlada de oferta de servicios, especialmente en los municipios más pequeños, pasando de aproximadamente 950 Instituciones Públicas de Prestación de Servicios de Salud en el 2001 a 1.200 en el 2004. Esto, unido al incremento del recurso humano y al nombramiento de los directores de las ESE por el jefe de la respectiva entidad territorial ha producido, por una parte, duplicidades innecesarias con obvias consecuencias en la sostenibilidad financiera de las instituciones y por la otra, dificultades cuando se trata de instituciones prestadoras públicas de servicios de salud regionales, donde confluyen los intereses de más de una entidad territorial.

De igual forma la ausencia de un Sistema Tarifario ha llevado a que las EPS se esfuercen en obtener los precios más bajos, sin tener la calidad, ni las facilidades de acceso de los pacientes. Otras veces se les impone a los afiliados distancias y condiciones de prestación inalcanzables, que hacen inaplicable la cobertura real.

La escogencia de prestadores a precios más bajos que no ofrecen un acceso real, geográfico y de calidad ha afectado a las IPS públicas, que deben aceptar precios que no reflejan el índice de precios del consumidor, llevando a que pierdan su capacidad adquisitiva y se deterioren económicamente.

Las modalidades de contratación diferentes al pago por evento han ido paulatinamente aumentando en frecuencia, en beneficio de las entidades compradoras de servicios pero con desahorro y riesgo para los prestadores.

De igual manera la irrupción de formas contractuales como la capitación han desnaturalizado el papel del asegurador y han trasladado esa función de gestión y administración de riesgos a entidades como las IPS que no están diseñadas técnica ni financieramente para hacer un manejo juicioso de esa variable. Además de ello permite técnicas de racionamiento como la interrupción de los servicios una vez se acaban los recursos programados mensualmente, sin importar cuántos días falten para comenzar el próximo período. Estas técnicas son contraproducentes porque acumulan la enfermedad y los enfermos.

Propuesta para el desarrollo de la prestación de servicios de salud

Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud el proyecto propone.

Definir los requisitos y el procedimiento para la habilitación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y condiciones del mercado.

Establecer un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año. En caso de no revisarse, el mismo será indexado con la inflación esperada.

Diseñar un sistema de clasificación de IPS, con base en los indicadores, que provea el sistema obligatorio de garantía de calidad relacionado con el Sistema Tarifario, de manera que incentive a las IPS para ascender en su clasificación y optar por mejores tarifas.

Garantizar a los afiliados la posibilidad de escoger libremente entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia.

Cambiar de aseguradora cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta.

Transferir recursos que procuren garantizar los servicios básicos requeridos por la población, cuando por las condiciones del mercado de su área de influencia, las ESE no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales pondrán el reglamento

Promoverán los servicios de telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de prestación de servicios como es el caso de las imágenes diagnósticas.

Definir los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización y operación de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta los siguientes criterios: Población, densidad poblacional, perfil epidemiológico, área de influencia, accesibilidad geográfica y cultural, servicios que ofrece, grado de complejidad, capacidad instalada, capital de trabajo, producción, sostenibilidad, diseño y la participación de la ESE en la red de su área de influencia.

Transferir a las ESE recursos, cuando por las condiciones del mercado las ESE, en condiciones de eficiencia, no sean sostenibles

Definir los mecanismos de conformación, las funciones y funcionamiento de las juntas directivas del nivel nacional, departamental, distrital y municipal y la integración de estas.

Se plantea la reglamentación de un estatuto para el manejo de las ESE en lo concerniente a conformación de juntas directivas, nombramiento de gerentes, régimen de personal, régimen disciplinario, régimen salarial, prestacional, presupuestal, y de sistemas de información de las Empresas Sociales del Estado.

Igualar los períodos de los gerentes de las ESE al de su nominador, podrán ser removidos o retirados a solicitud de la Junta Directiva con mayoría calificada, de acuerdo con la reglamentación que sobre la materia expida el Ministerio de la Protección Social. Los períodos de los Gerentes, podrán ser prorrogables según el desempeño del Gerente y teniendo en cuenta lo establecido por el Ministerio de la Protección Social.

Se da un plazo de 2 años para que el Ministerio de Hacienda y los entes territoriales departamentales firmen los contratos de concurrencia y paguen el pasivo prestacional por concepto de cesantías, reserva para pensiones y pensiones de jubilación, vejez, invalidez y sustituciones pensionales, causadas en las Empresas Sociales del Estado al finalizar la vigencia de 1993.

Se promoverá por parte del Gobierno Nacional, departamental y municipal el fortalecimiento de asociaciones y/o cooperativas de las ESE, que tengan como objetivo fortalecer la red pública hospitalaria.

Se prohíbe la prestación de servicios de salud por parte de los Entes Territoriales.

Problemas de la Salud Pública

La reforma de la seguridad social tal como se viene desarrollando, deja de lado aspectos esenciales de la Salud Pública, con repercusiones negativas para la salud de los colombianos y la eficiencia del sistema de salud. Los mayores esfuerzos se están concentrando en la atención

curativa de la enfermedad en la última etapa de su desarrollo, que es cuando se manifiesta con signos y síntomas, y mayores costos e impacto para el país. A pesar del aporte de mayores recursos y del hecho evidente de una productividad mucho mayor, no se ha logrado controlar ni atender numerosas causas de enfermedad e incluso otras parecen estar empeorando.

La Ley 100 de 1993 estableció en su artículo 152 de la Ley 100 de 1993, que la Salud Pública quedaría reglamentada en las Leyes 60 de 1993 y la Ley 9ª de 1979. No obstante y en sentido contrario, 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 esta contradicción se encuentra que no existe una política explícita de Salud Pública que fije claramente la responsabilidad del Estado y determine la salud como un derecho. El desarrollo reglamentario y operativo que se ha hecho de la Ley 100 y de los conceptos relacionados con la Salud Pública, también ha dado lugar a diferentes interpretaciones, que inducen confusiones entre la Salud Pública, el Plan de Atención Básica, la promoción y prevención y las acciones y servicios a los individuos con actividades dirigidas a la colectividad.

No existe un avance significativo en algunos indicadores de resultado en salud como la tuberculosis, la mortalidad materna y prenatal en donde nos hemos rezagado en comparación con otros países. Por otra parte, no existe un orden adecuado 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, razón por la cual el desarrollo del Plan de Atención Básica, PAB, es insatisfactorio en sus contenidos. Así mismo presenta una ejecución ineficiente, debido en gran parte a que se han reducido y desmontado los equipos de salud idóneos y se carece de recursos físicos, financieros, logísticos y humanos capacitados en el área.

La dispersión de recursos y programas de promoción y prevención, y la proliferación de normas para ejecutar estos recursos vienen entorpeciendo la ejecución de los mismos, al mismo tiempo que están vigentes normas contradictorias y obsoletas como la Ley 9ª de 1979.

Propuesta para el desarrollo de mejorar la Salud Pública

Se define la Salud Pública como el conjunto de políticas que buscan garantizar la salud de la población por medio de acciones dirigidas a la colectividad y al individuo de manera integrada, siendo uno de los componentes e indicador de las condiciones de vida y bienestar del desarrollo del país. Se realiza bajo la rectoría del Estado y debe promover la participación responsable de todos los sectores y de la comunidad.

Se definirá un Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar y se definen las variables que deben incluirse en el plan.

Las EPS y las entidades territoriales presentarán anualmente un plan operativo de acción, cuyas metas serán evaluadas por parte del Ministerio de la Protección Social.

El Ministerio de la Protección Social definirá los protocolos de atención que respondan a las prioridades definidas en el literal a) del presente artículo.

Se aclaran algunas competencias del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y algunas funciones que se delegarían a nivel territorial.

Los Entes Territoriales, incluidos los distritos, exigirán a los productores y/o distribuidores mayoristas que los productos importados para consumo humano y todos los medicamentos que se vendan en su jurisdicción tengan tecnologías de señalización para el control, que permitan garantizar su excelente calidad para el consumo. La señalización se colocará previa realización de las pruebas analíticas a los productos o medicamentos que garanticen su calidad.

Los productores, distribuidores mayoristas y distribuidores minoristas o vendedores al público, que no permitan realizar operativos de control, se les suspenderá la actividad comercial o permisos otorgados por la autoridad competente entre uno (1) y cinco (5) años, sin perjuicio de las sanciones penales y policivas que se impongan.

Problemas en la inspección, vigilancia y control.

En materia de inspección, vigilancia y control, los principales problemas son la escasa capacidad operativa de la Superintendencia Nacional de Salud, la centralización de competencias, la falta de instrumentos otorgados a la Superintendencia Nacional de Salud y la proliferación de normas y reglamentos. También se encuentra que la normatividad no ofrece incentivos correctos que hagan de antemano la prevención de posibles desviaciones de la norma, en cualquier actor del sistema. Ejemplos visibles de estos defectos se encuentran en la regulación actual del flujo financiero, en la contabilidad sin exigencia de factura y en la deficiente regulación de la libre elección de la EPS y la IPS.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud no cuenta con un Sistema de Vigilancia, Inspección y Control suficiente y proporcional a las necesidades. La Superintendencia Nacional de Salud carece de los recursos legales necesarios para cumplir sus funciones de control en los entes departamentales, distritales y municipales.

La ausencia de un sistema de información ha hecho más difícil el proceso de inspección, vigilancia y control.

Propuesta para el desarrollo de la inspección, vigilancia y control

Se propone crear el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales.

El Sistema deberá trabajar sobre los Ejes Información, Financiamiento, Aseguramiento, focalización de los subsidios en salud, Prestación de Servicios de atención en salud y Salud Pública, Atención al usuario y participación social y las Acciones y medidas especiales.

Se le da funciones a la Superintendencia Nacional de Salud para que actúe como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud. En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará las normas generales de la conciliación previstas en la Ley 640 de 2001.

Se aclaran los objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud, además de los ya dispuestos en otras disposiciones, tales como: Fijar las políticas de IVC del Sistema General de Seguridad Social en Salud exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el sistema, proteger los derechos de los usuarios y velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento, velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud, evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del sistema y promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad.

Se determinan para la Superintendencia Nacional de Salud otras funciones y facultades además de las ya establecidas en otras disposiciones.

Se crea la figura del defensor del usuario en salud que dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Su función será la de ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS. Para su financiación se crea un fondo-cuenta, dependiente de la Superintendencia Nacional de Salud, encargado de recaudar y administrar los recursos destinados a la financiación de los costos que demande la defensoría del usuario.

Por último el proyecto plantea en sus disposiciones finales utilizar, por una sola vez, la suma de ciento cincuenta mil millones de pesos (\$150.000.000.000) para la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Estos servicios serán liquidados a las tarifas mínimas. Igualmente se exige que en seis meses el Ministerio de la Protección Social presentará el plan de implementación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social, SISPRO, y que las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo Públicas tendrán el mismo régimen de contratación que las Empresas Sociales del Estado.

En busca mejorar las condiciones de acceso y prestación de servicios de salud de todos los colombianos y dar elementos al Sistema General de Seguridad Social en Salud para una mejor organización y operatividad, los suscritos ponentes colocamos para consideración de los honorables Representantes de la Cámara de Representantes, la siguiente proposición.

Proposición

Por las anteriores consideraciones, proponemos a los honorables Representantes dar segundo debate al Proyecto de ley número 040 de 2006 Senado, 02 de 2006 Cámara, *por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones* y sus Proyectos Acumulados: 01 de 2006 Cámara, 018 de 2006 Cámara, 084 de 2006 Cámara, 130 de 2006 Cámara, 137 de 2006 Cámara, 140 de 2006 Cámara, 141 de 2006 Cámara, 20 de 2006 Senado, 26 de 2006 Senado, 38 de 2006 Senado, 67 de 2006 Senado, 116 de 2006 Senado, 122 de 2006 Senado, 128 de 2006 Senado, 143 de 2006 Senado y el 01 de 2006 Senado, 087 de 2006 Cámara. Los ponentes someten a consideración el texto aprobado en comisiones Constitucionales permanentes Séptimas conjuntas de Senado y Cámara.

Atentamente,

De los honorables Representantes,

Eduardo Benítez Maldonado, Coordinador Ponente; *Iván David Hernández*, *Oscar Gómez Agudelo*, *Pedro Jiménez Salazar*, *Fernando Tafur Díaz* y *Rodrigo Romero Hernández*, Ponentes.

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE, EN SESIONES CONJUNTAS DE LAS COMISIONES SEPTIMAS CONSTITUCIONALES PERMANENTES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 040 DE 2006 SENADO, 02 DE 2006 CAMARA

por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus Acumulados: 01 de 2006 Cámara, 018 de 2006 Cámara, 084 de 2006 Cámara, 130 de 2006 Cámara, 137 de 2006 Cámara, 140 de 2006 Cámara, 141 de 2006 Cámara, radicados en la Cámara de Representantes y 20 de 2006 Senado, 26 de 2006 Senado, 38 de 2006 Senado, 116 de 2006 Senado, 122 de 2006 Senado, 128 de 2006 Senado, 143 de 2006 Senado radicados en el Senado de la República y el 01 de 2006 Senado, 087 de 2006 Cámara.

El Congreso de Colombia

DECRETA

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección; universalización, financiación equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de Salud Pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control.

CAPITULO II

De la Dirección

Artículo 2°. *Administración por resultados.* El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá **dentro de**

los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio, como resultado de esta evaluación, podrá definir estímulos o exigir, entre otras, la firma de un convenio de cumplimiento, y si es del caso, suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos, hasta por un año de la respectiva entidad. En este lapso el Ministerio de la Protección Social, o quien este delegue, administrará dichos recursos. Si hay reincidencia la Superintendencia Nacional de Salud impondrá las sanciones establecidas en la ley.

Artículo 3°. *Comisión de Regulación en Salud.* Creación y naturaleza. Créase la Comisión de Regulación en Salud, CRES, como unidad administrativa especial, con personería jurídica, independencia administrativa, técnica y patrimonial; y adscrita al Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo. Se le dará al actual Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las funciones de asesoría y consultoría del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 4°. *Composición.* La Comisión de Regulación en Salud estará integrada de la siguiente manera:

1. Una persona designada por el Presidente de la República, quien presidirá la comisión.

2. Una persona designada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

3. Tres expertos designados por las entidades señaladas en el artículo siguiente.

Artículo 5°. *Comisionados.* Todos los miembros de la Comisión de Regulación en Salud tendrán que ser de dedicación exclusiva y tres de ellos, serán designados por el Presidente de la República de ternas enviadas por Universidades, Centros de investigación, centros de estudios, fundaciones, federaciones o colegios médicos de reconocida idoneidad y experiencia.

Los anteriores comisionados ejercerán por períodos individuales de tres (3) años, reelegibles por una sola vez y no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa.

El régimen de inhabilidades de los comisionados será el establecido por la Constitución y la ley.

Parágrafo. *Calidades de los comisionados.* Los expertos deberán ser profesionales en el área de la salud o en ciencias económicas, mínimo con el título de maestría; cada uno de ellos deberá acreditar experiencia en el ejercicio profesional no menor de 10 años, uno de ellos en temas de Economía, otro en Salud Pública y otro más en temas de Farmacología, Toxicología o Medicamentos.

Parágrafo transitorio. En la primera integración de la Comisión, y seleccionados al azar, un Comisionado tendrá un período de un (1) año, otro de dos (2) años y el tercero de tres (3) años. Al vencimiento del período de cada uno de estos expertos, el Presidente designará el reemplazo respectivo, con base en los criterios estipulados en el artículo anterior, para períodos ordinarios de tres (3) años.

Artículo 6°. *Secretaría Técnica.* La Comisión de Regulación en Salud tendrá una secretaría técnica, dependencia que liderará y coordinará los estudios técnicos que soporten las decisiones de este organismo. La secretaría técnica y los estudios, se financiarán con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga. El secretario técnico será designado por el Presidente de la Comisión de Regulación.

Artículo 7°. *Funciones.* La Comisión de Regulación en Salud ejercerá las siguientes funciones:

1. Definir los Planes Obligatorios de Salud, POS, que las Entidades Promotoras de Salud, EPS, garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

2. Definir el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.

3. Definir los criterios generales de selección de los beneficiarios del régimen Subsidiado por parte de las entidades territoriales, para lo cual otorgará prioridad a los grupos de personas de escasos recursos económicos y vulnerables, y garantizará la calidad en la prestación de los servicios y que no haya selección adversa y selección de riesgo.

4. Definir las reglas para el traslado de afiliados entre EPS al interior de cada régimen.

5. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación del régimen Contributivo.

6. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación del régimen Subsidiado.

7. Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.

8. 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 de 1993.

9. Definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.

10. Establecer las tarifas de los servicios prestados en los casos de riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias.

11. Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de usuarios por parte de las EPS y de los entes territoriales, para evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo.

12. Reglamentar los consejos territoriales de seguridad social en salud.

13. ejercer las funciones de Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía.

14. Adoptar su propio reglamento.

15. Proferir la regulación integral del sector, siempre y cuando la materia no sea reserva de la ley o del reglamento.

16. Resolver las consultas que sobre las materias propias de su competencia le someta el Gobierno Nacional.

17. 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 y las recomendaciones para mejorarlo.

18. Utilizar los sistemas de información disponibles, tales como los mapas epidemiológicos para diseñar las políticas en salud.

19. Recomendar proyectos de ley o decretos reglamentarios cuando a su juicio sean requeridos en el ámbito de la salud.

20. Las demás que le sean asignadas por ley.

Parágrafo 1°. El valor de pagos compartidos y de la UPC serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal, y el nuevo valor se determinará con fundamento en estudios técnicos previos. Sólo en casos excepcionales dicho valor se incrementará automáticamente en una proporción igual al IPC, siempre y cuando se justifique la ausencia de los estudios previos.

Parágrafo 2°. En casos excepcionales, motivados por situaciones de emergencia sanitaria que puedan afectar la salubridad pública, el Ministerio de la Protección Social asumirá temporalmente las funciones de la Comisión de Regulación en Salud.

Parágrafo 3°. Las decisiones de la comisión de regulación en salud que tengan implicaciones o efectos fiscales requerirán el concepto favorable del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Artículo 8°. *Financiación.* La Comisión de Regulación en Salud se financiará con recursos del Fosyga

Artículo 9°. *Manejo de los recursos.* Por su autonomía jurídica, la Comisión de Regulación en Salud podrá ejercer derechos y contraer obligaciones por sí misma, y en especial podrá celebrar todos los contratos que fueren necesarios para el cumplimiento de sus funciones, de acuerdo con las disponibilidades presupuestales asignadas.

Artículo 10. Las competencias y funciones que le fueron asignadas al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en la Ley 100 de 1993 y demás disposiciones concordantes, serán asumidas por la Comisión de Regulación en Salud.

CAPITULO III

Del financiamiento

Artículo 11. *Financiación* El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará, en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisbén de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al sistema.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48 de la Constitución Política, el Gobierno Nacional deberá presupuestar la totalidad de los recaudos de la subcuenta de solidaridad y ECAT. Por ningún motivo el valor presupuestado puede ser inferior al valor recaudado por estas subcuentas en la vigencia anterior, más la inflación. Los recursos de la UPC no podrán destinarse al pago de pensiones a cargo de las Empresas Promotoras de Salud, EPS.

Artículo 12. Modifícase el inciso 1° del artículo 204 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

Artículo 204. Monto y distribución de las cotizaciones. La cotización al régimen contributivo de Salud será, a partir del primero (1°) de enero del año **2007**, del **12,5%** del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleador será del **8,5%** y a cargo del empleado del 4%. **Uno punto cinco** de la cotización serán trasladados a la subcuenta de Solidaridad del Fosyga para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado. La cotización que hoy tienen para salud los regímenes especiales y de excepción se incrementará en **cero punto cinco**, que será destinado a la subcuenta de solidaridad para completar el **uno punto cinco** a los que hace referencia el presente artículo. El **cero punto cinco** adicional reemplaza en parte el incremento del punto en pensiones aprobado en la ley 797 de 2003, el cual **solo** será incrementado por el Gobierno Nacional en **cero punto cinco**.

Artículo 13. Modifícase el artículo 214 de la Ley 100, el cual quedará así:

Artículo 214: Recursos del Régimen subsidiado. El régimen subsidiado se financiará con los siguientes recursos:

1. De las entidades territoriales.

a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, SGP, que se destinarán previo concepto del Conpes hasta en un 65% al régimen subsidiado en salud. El porcentaje restante, se destinará para financiar la atención de la población pobre y **no asegurado** en lo no cubierto por el subsidio a la demanda y a las acciones en Salud Pública;

b) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial;

c) Por lo menos el **25%** de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y del Distrito Capital;

d) Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado.

2. Del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga:

a) **Uno punto cinco** de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción;

b) El Gobierno Nacional aportará un monto **por lo menos igual** a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007, cuyo mon-

to fue de doscientos ochenta y seis mil novecientos cincuenta y tres (\$286.953.000.000) millones. En todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización en la población de Sisbén I, II y III en los términos establecido en la presente ley,

c) El monto de las cajas de compensación familiar **de que trata el Artículo 217 de la ley 100 de 1993.**

3. Otros:

a) Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones;

b) Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el régimen subsidiado.

Parágrafo. Los recursos del régimen subsidiado de salud transferidos por el Sistema General de Participaciones y el Fondo de Solidaridad y Garantía se distribuirán dentro de los municipios y distritos buscando conseguir la equidad territorial. En todo caso, se garantizará la continuidad del aseguramiento de quienes lo han adquirido, siempre y cuando cumpla con los requisitos para estar en el régimen subsidiado.

Artículo 14. *Pago de deudas al régimen Subsidiado.* Autorízase a los municipios y departamentos para destinar por una sola vez, recursos no comprometidos, provenientes del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera, FAEP, y del Fondo Nacional de Regalías, para el pago de las deudas con el régimen subsidiado de salud vigentes a 31 de diciembre de 2004 que estén debidamente registradas y reconocidas. Si las Empresas Promotoras de Salud, EPS, con las que se tengan estas cuentas le adeudan a la red de prestadores, el FAEP y el Fondo Nacional de Regalías, realizarán el giro directo a las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública, previa revisión de las cuentas **pendientes con el régimen subsidiado.**

Artículo 15. *Flujo y Protección de los recursos.* Los actores responsables del manejo y administración (flujo y protección) de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:

a) El gasto de los recursos de la cuenta de solidaridad del Fosyga se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación y se girará, previo cumplimiento de los requisitos exigidos, a las entidades territoriales, por trimestres anticipados. El no cumplimiento oportuno de estos giros, generará las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con lo establecido en la presente ley;

b) Todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas, destinadas al recaudo y al gasto en Salud Pública, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, con las excepciones de algunos rubros que en Salud Pública o en prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, señale el Ministerio de la Protección Social. El incumplimiento de lo anterior acarreará las sanciones previstas en el artículo 2° de la presente ley. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia, dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de la presente ley;

c) Una vez recibidos los recursos del Fosyga, el ente territorial tendrá que girar, dentro de los quince (15) días siguientes, estos recursos a las aseguradoras. Estos pagos, efectuados por los fondos territoriales de salud se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario, salvo las excepciones mencionadas en el literal anterior;

d) Las Entidades Promotoras de Salud **EPS o ARS** pagarán, los servicios a las Instituciones Prestadoras de Servicios, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad,

como pago por **evento**, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial **en caso del régimen subsidiado**. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura;

e) Los municipios y distritos destinarán hasta el 0,5% de los recursos propios de la salud, para financiar los servicios de interventoría del régimen subsidiado. Estos recursos solo podrán ser contratados con entidades previamente habilitadas, departamentalmente, de acuerdo con la reglamentación del Ministerio de la Protección Social;

f) Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, manejen los recursos de salud constituyendo Patrimonios Autónomos, con cuentas separadas de los recursos del pago obligatorio de salud de propiedad de los afiliados y los recursos de administración o inversión de propiedad de las Entidades Promotoras de Salud. Para tal efecto, utilizarán cuentas maestras para el recaudo y gasto, en la forma que reglamente el Ministerio de la Protección Social y sus rendimientos deberán ser reinvertidos en los Fondos del Plan Obligatorio de Salud.

Parágrafo 1°. En todo caso, el Gobierno Nacional tomará todas las medidas necesarias para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos del sistema, utilizando, de ser necesario, el giro directo y la sanción a aquellos actores que no aceleren el flujo de los recursos.

Parágrafo 2°. Los giros correspondientes al Sistema General de Participación para salud, destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se podrán efectuar directamente a los actores del sistema, en aquellos casos en que alguno de los actores no gire oportunamente. Este giro se realizará en la forma y oportunidad que señale el reglamento que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social, antes de seis meses de la entrada en vigencia de la presente ley, establecerá los mecanismos que busquen eliminar la evasión y la elusión en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

CAPITULO IV

Del aseguramiento

Artículo 16. *Organización del aseguramiento*. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud; la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, en los regímenes establecidos, quienes tendrán las siguientes características adicionales para su operación:

a) Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables del país clasificadas en los niveles I y II del Sisbén o el instrumento que lo remplace, siempre y cuando no estén o deban estar en el régimen contributivo o regímenes especiales y de excepción. Quedan incluidas quienes a la vigencia de la presente Ley cuenten con subsidio parcial y estén clasificados en los niveles I y II del Sisbén y las poblaciones especiales que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud defina como prioritarias. En la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, debe tener en cuenta los mecanismos para promover la afiliación de las per-

sonas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del Sisbén;

b) La ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal y/o departamental, se hará una vez se haya logrado una cobertura del 95% al régimen subsidiado de los niveles I y II del Sisbén y aplicará únicamente para personas clasificadas en el nivel III del Sisbén. Tendrán prioridad quienes hayan perdido su afiliación al régimen contributivo, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de la Protección Social;

c) Los beneficiarios del nivel III del Sisbén que estén afiliados al Régimen Subsidiado mediante subsidios totales o parciales al momento de la entrada en vigencia de la presente ley y que hayan recibido su carné de régimen subsidiado de acuerdo con las reglas vigentes en el momento de la carnetización, mantendrán su condición siempre y cuando cumplan con los requisitos exigidos para ser beneficiarios;

d) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud reglamentará los mecanismos e incentivos para promover que la población del nivel III del Sisbén pueda, mediante los aportes complementarios al subsidio parcial, afiliarse al régimen contributivo o recibir los beneficios plenos del régimen subsidiado. La UPC de los subsidios parciales no podrá ser inferior al 50% del valor de la UPC plena del régimen subsidiado en salud;

e) La actualización del Plan Obligatorio de Salud se realizará al menos una vez al año, y se procederá al acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes con tendencia hacia el contributivo;

f) El valor total de la UPC será entregado a la EPS del régimen subsidiado por lo que al trasladarle la responsabilidad de las actividades de P y P a las EPS, lo natural es darle claridad en cuanto al traslado de los recursos. El valor total de la UPC será entregada a la EPS del régimen subsidiado, por lo que las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad prevista en el POS del régimen subsidiado, por tal razón se requieren los recursos para tal fin. La prestación de los servicios se hará a través de la red pública contratada por las respectivas EPS del régimen subsidiado en el respectivo municipio. Cuando las Empresas Sociales del Estado, ESES, no tengan capacidad para prestar estos servicios o cuando los resultados pactados entre EPS del régimen subsidiado y las Empresas Sociales del Estado, ESE, se incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien él delegue;

g) No habrá copagos ni cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado en Salud,

h) No habrá períodos mínimos de cotización o períodos de carencia superiores a 26 semanas en el régimen contributivo. A las personas se les contabilizará el tiempo de afiliación en el régimen subsidiado o en cualquier EPS del régimen contributivo para efectos de los cálculos de los períodos de carencia;

i) Las poblaciones de desplazados y desmovilizados cuyos recursos para la atención en salud del régimen subsidiado no son del sistema general de participaciones serán afiliadas a una empresa promotora de salud pública del régimen subsidiado del orden nacional de la primera afiliación, siendo optativa la libre elección en el siguiente período de traslado;

j) En aquellos casos de enfermedad de alto costo que se soliciten medicamentos y/o servicios no incluidos en los Planes de beneficios a las EPS de los dos regímenes, estas llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga. El Ministerio de la Protección Social reglamentará el presente artículo, dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley;

k) El Ministerio de la Protección Social, deberá definir los parámetros y servicios para que los Planes Adicionales de Salud sean complementarios al Plan Obligatorio de Salud del régimen Contributivo.

Artículo 17. *Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante.* Las Empresas Promotoras de Salud, EPS, podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS **hasta el 50% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud.**

El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de la presente ley, las condiciones de competencia necesarias para evitar el abuso de posición dominante o conflictos de interés, de cualquiera de los actores del sistema de salud.

Artículo 18. *Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo.* Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y las EPS públicas del régimen contributivo, contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutoria. Dicho porcentaje será como mínimo, el **sesenta (60%)** el primer, **segundo y tercer** año siguiente a la vigencia de la presente Ley, **y del cincuenta y cinco por ciento (55%) en los años posteriores.** El Ministerio de la Protección Social reglamentará este artículo de tal manera que permita la distribución adecuada de estos porcentajes en los diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta la diversidad de las diferentes Entidades Territoriales.

Parágrafo. Se garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Artículo 19. *Liquidación de contratos en el régimen subsidiado.* Los gobernadores y/o alcaldes tendrán un plazo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para liquidar de mutuo acuerdo, en compañía de las EPS del Régimen Subsidiado, los contratos que hayan firmado las Entidades territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado, y que tengan pendiente liquidar en cada Entidad Territorial.

En los casos en que no haya acuerdo para la liquidación o que los entes territoriales no lo hagan una vez vencido el plazo señalado en el presente artículo, el Ministerio de la Protección Social reglamentará el mecanismo por el cual se permita que, a través de un mecanismo de arbitramento técnico se proceda a la liquidación de los mismos, en el menor tiempo posible.

Artículo 20. *El Aseguramiento de los Independientes contratistas y no contratistas.* Con el fin de facilitar la afiliación de los independientes **contratistas** al Sistema General de Seguridad Social en Salud, las entidades contratantes **descontarán el porcentaje obligatorio para salud sobre el 40% de lo devengado y procederá a su afiliación en salud.**

Parágrafo. Cuando el contratista pueda probar que está cotizando sobre el tope máximo de cotización exigido de sus ingresos, la ley no le será aplicable por lo dispuesto en el presente artículo.

Artículo 21. *Aseguramiento del Alto Costo.* Para la atención de enfermedades de alto costo las **empresas** promotoras de salud contratarán el reaseguro o reasegurarán directa o colectivamente dicho riesgo, de conformidad con la reglamentación **que sobre la materia expida la Comisión de Regulación en Salud.**

Los excedentes de atención de las enfermedades de alto costo es decir el valor que supere la cobertura de la póliza, serán cubiertos con un fondo constituido con el 2% de la Unidad de pago por captación de ambos regímenes.

Este fondo será manejado según la reglamentación que para tal efecto expida la comisión reguladora en salud, el porcentaje del 2% a que hace referencia el presente Artículo será revisado anualmente

por la comisión reguladora de salud. El Ministerio de la Protección Social expedirá en el año siguiente a la vigencia de la presente ley, los protocolos para la atención de las enfermedades de alto costo y los mecanismos de evaluación para la aplicación de los mismos por parte de las aseguradoras.

Artículo 22. *Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.* Las entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre **no asegurada** en lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas

Parágrafo. Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán objetar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios. El incumplimiento de esta disposición, será sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de **2.000** salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución.

Artículo 23. *Movilidad entre regímenes.* Con el ánimo de lograr la movilidad entre régimen Subsidiado y Régimen contributivo la comisión reguladora reglamentará, dentro de los seis (6) meses de entrada en vigencia de la presente ley, los mecanismos necesarios para alcanzar este objetivo.

Artículo 24. *Del subsidio a la cotización.* Aquellas personas que teniendo derecho al régimen subsidiado pero que, hayan cotizado ininterrumpidamente durante dos (2) años al régimen contributivo, tendrán prioridad en cualquier programa de subsidio a la cotización que como desarrollo de la presente ley, se implemente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. El Subsidio a la cotización, una vez sea definido por la comisión reguladora, se mantendrá por lo menos durante un año a los beneficiarios del mismo.

Artículo 25. Obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la integralidad y continuidad en la prestación de los servicios:

a) Las Empresas Promotoras de Salud, EPS, del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno de su EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente;

b) La comisión reguladora reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley, los límites de afiliación a las entidades promotoras de salud, previo estudio técnico que se realice de acuerdo con las capacidades técnicas, científicas y administrativas de las mismas.

Artículo 26. *Agilidad en los recobros.* El Ministerio de la Protección Social diseñará mecanismos que permitan que, sin poner en riesgo la garantía para todas las partes que deben tener los trámites y los pagos se agilicen y faciliten los mecanismos de recobro entre los actores del sistema y el Fosyga, especial interés se le dará a enfermedades Genéticas lisosomales.

Artículo 27. *Afiliación de empleados de entidades oficiales a la ARP del ISS.* A partir de la vigencia de la presente ley, todas las entidades oficiales del orden nacional, departamental, distrital y municipal deberán afiliar a sus empleados a la administradora de riesgos profesionales del instituto de seguros sociales, para la protección de riesgos laborales que como empleador le corresponde cubrir en un ciento por ciento (100%) al Estado.

La administradora de Riesgos Profesionales del Instituto de los Seguros Sociales podrá trasladar anualmente a la EPS del mismo instituto, un porcentaje del excedente de sus reservas técnicas acumuladas al final de cada vigencia fiscal, previos estudios actuariales avalados por la superintendencia financiera, que asegure dichas reservas y los gastos de funcionamiento de la ARP. EL porcentaje será definido por el consejo directivo del ISS, y solo tendrá como finalidad financiar gastos inherentes a la salud, distintos al pago de gastos de personal, gastos generales administrativos y otros gastos no relacionados directamente con la prestación de servicios de salud.

CAPITULO V

De la prestación de servicios de salud

Artículo 28. *De la Regulación en la prestación de servicios de salud.* Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud el Ministerio de la Protección Social definirá:

a) Los requisitos y el procedimiento para la habilitación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud, teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y condiciones del mercado. Toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud habilitará en forma previa al inicio de actividades, ante el Ministerio de la Protección Social, los servicios de salud que pretenda prestar. El Ministerio podrá delegar la habilitación en las entidades territoriales;

b) Un Sistema Tarifario que debe contener, entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año. En caso de no revisarse, el mismo será indexado con la inflación esperada;

c) El diseño de un sistema de clasificación de IPS, con base en los indicadores, que provea el sistema obligatorio de garantía de calidad relacionado con el Sistema Tarifario, de manera que incentive a las IPS para ascender en su clasificación y optar por mejores tarifas;

d) Los mecanismos para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado.

Parágrafo. El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta, podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en esta. **El traslado voluntario de un usuario podrá hacerse a partir de un año de afiliado a esa EPS según reglamentación que para dichos efectos expida el Ministerio de la Protección Social.** La Superintendencia Nacional de Salud podrá delegar en las entidades territoriales la autorización de estos traslados. La aseguradora que incurra en las causales mencionadas en el presente artículo, salvo los requerimientos por integración vertical o contratación con la red pública, será investigada y sancionada por la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 29. *De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas.* La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de Empresas Sociales del Estado, ESE, que podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud. En todo caso, toda unidad prestadora de servicios de salud de carácter público deberá hacer parte de una Empresa Social del Estado, excepto las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de **las empresas industriales y comerciales del Estado y de aquellas entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud.** En cada municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE.

Parágrafo 1°. Cuando, por las condiciones del mercado de su área de influencia, las Empresas ESE no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales podrán transferir recursos que procuren garantizar los servicios básicos requeridos por la población, en las condiciones y requisitos que establezca el reglamento.

Parágrafo 2°. La Nación y las entidades territoriales promoverán los servicios de Telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de prestación de servicios como es el caso de las imágenes diagnósticas.

Artículo 30. *Regulación de las Empresas Sociales del Estado.* El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses a partir de la vigencia de la presente ley, los siguientes aspectos:

a) Los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización, y operación de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta los siguientes criterios: Población, densidad poblacional, perfil epidemiológico, área de influencia, accesibilidad geográfica y cultural, servicios que ofrece, grado de complejidad, capacidad instalada, capital de trabajo, producción, sostenibilidad, diseño y la participación de la Empresa Social del Estado, ESE, en la red de su área de influencia;

b) La forma de constituir Empresas Sociales del Estado cuando se trata de empresas de propiedad de varias entidades territoriales que se asocian;

c) Las condiciones y requisitos para que las entidades territoriales puedan transferir a las Empresas Sociales del Estado, ESE, recursos, cuando por las condiciones del mercado las ESE, en condiciones de eficiencia, no sean sostenibles;

d) Los mecanismos de conformación, las funciones y funcionamiento de las juntas directivas del nivel nacional, departamental, distrital y municipal. En todo caso estas deberán estar integradas en forma tal que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad, un tercio represente el sector científico de la salud y un tercio al sector político-administrativo.

Parágrafo 1°. Mientras el Gobierno Nacional reglamente el presente artículo, y a partir de la vigencia de la presente ley, cualquier creación o transformación de una nueva Empresa Social del Estado, ESE, deberá tener previamente, el visto bueno del Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 2°. Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas que en el momento vienen funcionando y tienen contratación vigente podrán continuar su ejecución, y dispondrán de un año a partir de la fecha de la vigencia de la presente ley para transformarse en Empresas Sociales del Estado o afiliarse a una.

Parágrafo 3°. Por ser de categoría especial de entidad pública descentralizada, el Gobierno Nacional expedirá seis meses después de la entrada en vigencia de la presente ley, la reglamentación a los estatutos para su manejo en lo concerniente a conformación de juntas directivas, nombramiento de gerentes, régimen de personal, régimen disciplinario, régimen salarial, prestacional, presupuestal, y de sistemas de información de las Empresas Sociales del Estado

Artículo 31. *Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado* serán nombrados por períodos institucionales de cuatro (4) años, mediante proceso que deberá realizarse en los primeros seis (6) meses del período del Presidente de la República o del Jefe de la Entidad Territorial respectiva. Para lo anterior, la Junta Directiva conformará una terna, de la cual el nominador según estatutos tendrá que escoger, previo proceso de selección por méritos.

Durante su período podrán ser removidos o retirados a solicitud de la Junta Directiva con mayoría calificada, de acuerdo con la reglamentación que sobre la materia expida el Ministerio de la Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Los actuales gerentes de las ESE, continuarán su período hasta el inicio de los nuevos Alcaldes y Gobernadores, sin perjuicio de ser removidos, si no cumplen con los indicadores de gestión.

Parágrafo. En caso de vacancia absoluta de su gerente deberá adelantarse el mismo proceso de selección y el período del gerente seleccionado culminará con el período del respectivo nominador. Cuando la

vacancia se produzca a menos de seis meses de terminar el respectivo período el jefe de la administración de la respectiva entidad territorial a la que pertenece la ESE, encargará un gerente.

Artículo 32. *Del pasivo prestacional de las Empresas Sociales del Estado.* En concordancia con el artículo 33 de la Ley 60 de 1993, el artículo 242 de la Ley 100 de 1993, los artículos 61, 62, 63 de la Ley 715 de 2001, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda y los entes territoriales departamentales firmarán los contratos de concurrencia y pagarán el pasivo prestacional por concepto de cesantías, reserva para pensiones y pensiones de jubilación, vejez, invalidez y sustituciones pensionales, causadas en las Empresas Sociales del Estado al finalizar la vigencia de 1993.

Parágrafo. Concédase plazo de un (1) año a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para que el Ministerio de Hacienda y las entidades territoriales departamentales emitan los bonos pensionales respectivos de acuerdo con la concurrencia entre el Gobierno Nacional y el ente territorial departamental. El incumplimiento de lo establecido en el presente artículo será sancionado como falta gravísima.

Artículo 33. *Del fortalecimiento de asociaciones y/o cooperativas de las ESE.* El Gobierno Nacional, departamental y municipal promoverá la creación y el fortalecimiento de asociaciones y/o cooperativas de las ESE, que tengan como objetivo fortalecer la red pública hospitalaria.

Estas asociaciones y/o cooperativas ofrecerán servicios y/o podrán proveer insumos, siempre y cuando beneficien a las entidades con economía de escala calidad, oportunidad, eficiencia y transparencia.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará mecanismos de adquisición de insumos y medicamentos en las cuales las asociaciones y/o cooperativas a las que hace referencia este artículo, tendrán la posibilidad de competir.

Artículo 34. *Prohibición en la prestación de servicios de salud.* En ningún caso se podrán prestar servicios de salud directamente por parte de los Entes Territoriales.

CAPITULO VI Salud Pública

Artículo 35. *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 y al individuo de manera integrada, siendo uno de los componentes e indicador de las condiciones de vida y bienestar del desarrollo del país. Se realiza bajo la rectoría del Estado y debe promover la participación responsable de todos los sectores y de la comunidad.

Artículo 36. *Plan Nacional de Salud Pública.* El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

a) Las prioridades epidemiológicas, intervenciones de los factores de riesgo y las principales enfermedades y condiciones de Salud Pública que deben ser atendidas. **“Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier entidad pública o privada” En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva;**

b) Las actividades que busquen promover el cambio de estilos de vida saludable **y la integración de estos en los distintos niveles educativos;**

c) Las acciones que, de acuerdo con sus competencias, debe realizar el nivel nacional, los niveles territoriales y las aseguradoras;

d) El plan financiero y presupuestal de Salud Pública, definido en cada uno de los actores responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las Entidades Territoriales y las EPS;

e) Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables, que deben ser alcanzadas y reportadas con nivel de tolerancia cero, que serán fijadas para cada año y para cada período de cuatros años;

f) Las metas y responsabilidades en la vigilancia de Salud Pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana;

g) Las prioridades de Salud Pública que deben ser cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud y las metas que deben ser alcanzadas por las EPS, tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir;

h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica;

i) Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria;

j) El plan deberá incluir, obligatoriamente, acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio. **Así mismo deberá incluir el plan, las acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como los indicadores de mortalidad materna.**

Parágrafo 1°. Los programas de control de interés en Salud Pública definidos con base en el perfil epidemiológico del país y sus territorios corresponden a los bienes servicios y acciones coordinadas intra e intersectorialmente en la forma de programas verticales para el control de las enfermedades de interés en Salud Pública, según el perfil epidemiológico de los territorios de salud.

Estos programas estarán bajo la directa responsabilidad del Ministerio de la Protección Social y los entes territoriales, con el apoyo y supervisión del Instituto Nacional de Salud y estarán definidos máximo seis meses después de sancionada esta ley.

El Estado garantizará, que los programas de televisión para la franja infantil deberán obligatoriamente tener contenidos edificantes y promotores de hábitos y comportamientos saludables.

Parágrafo 2°. Las Empresas Promotoras de Salud, EPS, y las entidades territoriales presentarán anualmente un plan operativo de acción, cuyas metas serán evaluadas por parte del Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal efecto. **Las personas que administran los recursos deberán contar con suficiente formación profesional e idónea para hacerlo.**

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social definirá los protocolos de atención que respondan a las prioridades definidas en el literal a) del presente artículo.

Artículo 37. *Supervisión en algunas áreas de Salud Pública.* Corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, como autoridad sanitaria nacional, además de las dispuestas en otras disposiciones legales, las siguientes:

a) La evaluación de factores de riesgo y expedición de medidas sanitarias relacionadas con alimentos y materias primas para la fabricación de los mismos;

b) La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control de la producción y procesamiento de alimentos, de las plantas de beneficio de animales, de los centros de acopio de leche y de las plantas de procesamiento de leche y sus derivados;

c) La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control sanitario de la importación y exportación de alimentos y materias primas para la producción de los mismos, en puertos, aeropuertos y pasos fronterizos. Corresponde a los departamentos, distritos y a los municipios de categorías 1, 2, 3 y especial, la vigilancia y control sanitario de la distribución, transporte y comercialización de alimentos y de los establecimientos gastronómicos;

d) La garantía mediante una tecnología de señalización de medicamentos, su identificación en cualquier parte de la cadena de distribución, desde la producción hasta el consumidor final con el objetivo de evitar la falsificación, adulteración, vencimiento y contrabando. Las entidades territoriales exigirán tanto a distribuidores como a productores que todos los medicamentos que se comercialicen en su jurisdicción cumplan con estos requisitos.

Parágrafo 1°. El Invima, podrá delegar algunas de estas funciones en las entidades territoriales.

Parágrafo 2°. El Invima podrá contratar, cuando sea necesario, algunas funciones del presente artículo. Esta contratación deberá hacerse con entidades de reconocido prestigio, técnico y científico, dándole prioridad a entidades públicas del orden territorial y/o nacional.

Artículo 38. *Control a medicamentos.* Los Entes Territoriales incluidos los distritos, exigirán a los productores y/o distribuidores mayoristas que los productos importados para consumo humano y todos los medicamentos que se vendan en su jurisdicción tengan tecnologías de señalización para el control, que permitan garantizar su excelente calidad para el consumo. La señalización se colocará previa realización a las pruebas analíticas a los productos o medicamentos que garanticen su calidad.

Las tecnologías y su apoyo en el control la realizarán las Universidades Públicas colombianas que posean certificación de calidad internacional mínimo ISO 9000:2001 en desarrollo de software y que además posean una calificación de riesgo en solidez y estabilidad financiera expedidas por certificadoras avaladas por la Superintendencia Financiera con calificación igual o superior a **A**. Esta determinación se confirmará mediante elementos tecnológicos y no la decisión del personal directo encargado del control de la calidad de los productos importados y de todos los medicamentos. Los Entes Territoriales ejecutarán mediante mecanismos contractuales lo dispuesto en la presente norma en un plazo no mayor de seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente ley.

Los productores, distribuidores mayoristas y distribuidores minoristas o vendedores al público, que no permitan realizar operativos de control se les suspenderá la actividad comercial o permisos otorgados por la autoridad competente entre uno (1) y cinco (5) años, sin perjuicio de las sanciones penales y policivas que se impongan.

CAPITULO VII

Inspección, vigilancia y control

Artículo 39. *Definiciones.* Para efectos del presente título de la ley, se adoptan las siguientes definiciones:

a) *Inspección.* La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del sistema general de seguridad social en salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia.

Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular, la práctica de investigaciones administrativas;

b) *Vigilancia.* La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de Salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud para el desarrollo de este;

c) *Control.* El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados

y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

Artículo 40. *Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.* Créase el Sistema de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales.

Artículo 41. *Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.* Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

1. **Financiamiento.** Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.

2. **Aseguramiento.** Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos de afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud.

3. **Prestación de servicios de atención en salud y Salud Pública.** Su objetivo es vigilar la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad.

4. **Atención al usuario y participación social.** Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

5. **Eje de acciones y medidas especiales.** Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización que le otorgue a las Empresas Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen Subsidiado, deberá decidir sobre su liquidación.

6. **Información.** Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

7. **Focalización de los subsidios en salud.** Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales.

Artículo 42. *Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud. Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.

Parágrafo. En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará las normas generales de la conciliación previstas en la Ley 640 de 2001.

Artículo 43. *Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de

inspección, vigilancia y control, desarrollará, **además de los señalados en otras disposiciones**, los siguientes objetivos:

a) Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

b) Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud;

c) Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo;

d) Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al **servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases** de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud;

e) Velar porque la prestación de los servicios de salud se realicen sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud;

f) Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos **con destino a la prestación de los servicios de salud;**

g) Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

h) Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del sistema.

Artículo 44. *Funciones y Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del sistema de inspección, vigilancia y control, las siguientes:

a) Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control al Fondo de Solidaridad y Garantías, Fosyga, y demás actores del sistema, incluidos los regímenes especiales y exceptuados contemplados en la Ley 100;

b) Podrá delegar en los departamentos, distritos y municipios las funciones de inspección y vigilancia de su competencia. La función de control solo podrá ser delegada en los departamentos y el Distrito Capital. La segunda instancia la ejercerá la Superintendencia Nacional de Salud;

c) Señalar los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que **deba** surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, contradicción **y doble instancia**. Para tal fin aplicará las normas contenidas en el Código Contencioso Administrativo;

d) Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud;

e) Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

f) Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud;

g) Sancionar, conforme a lo ordenado en el artículo 8° de esta Ley, al Fondo de Solidaridad y Garantía y/o al Consorcio que lo administre, según corresponda, con multa de hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, que será pagadera a una Cuenta Nacional a favor de la Superintendencia Nacional de Salud;

h) Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y aplicación del gasto social por parte de las Entidades Territoriales;

i) Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para cumplimiento de sus objetivos.

Parágrafo. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría.

Artículo 45. *Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.* Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:

a) Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario;

b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios;

c) Conflictos que se susciten en materia de multiafiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

d) Conflictos relacionados con libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre estos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 1°. La Superintendencia Nacional de Salud solo podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

Parágrafo 2°. El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos de que trata este artículo será el previsto en el artículo 148 de la Ley 446 de 1998

Artículo 46. *Defensor del usuario en salud.* Créase la figura del defensor del usuario en salud que dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Su función será la de ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

Créase el fondo –cuenta, dependiente de la Superintendencia Nacional de Salud, encargado de recaudar y administrar los recursos destinados a la financiación de los costos que demande la defensoría del usuario. Dicho fondo se alimentará con los recursos girados por las EPS para el sostenimiento del mismo. El Ministerio de la Protección Social reglamentará todo lo relacionado con el número de defensores, la elección de los mismos quienes deben ser elegidos por los usuarios y la forma como debe contribuir cada EPS para la financiación de dicho Fondo.

CAPITULO VIII

Disposiciones finales

Artículo 47. *Disposición transitoria –excedentes de la Subcuenta Ecat.* De los excedentes de la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, del Fondo de Solidaridad y Garantías, Fosyga, acumulados a diciembre 31 de 2005, se utilizará, por una sola vez, la suma de ciento cincuenta mil millones de pesos (\$150.000.000.000)

para la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Estos servicios serán liquidados a las tarifas mínimas.

Los recursos se distribuirán entre las entidades territoriales y/o las IPS, de acuerdo con los criterios que para tal efecto defina el Ministerio de la Protección Social y se ejecutarán a través de una cuenta especial en el respectivo Fondo de Salud.

Artículo 48. *De la información en el Sistema General de Seguridad Social.* En el transcurso de los siguientes seis meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social presentará el plan de implementación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social, SISPRO, que permita la eficiente administración de la información del Sistema General de Seguridad Social.

Dicho sistema deberá cumplir las siguientes funciones:

a) Registrar la información de acuerdo con las normas emanadas del Ministerio de la Protección Social. Capturar y sistematizar la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Sivigila, y ponerla a disposición del Instituto Nacional de Salud, del Ministerio de la Protección Social y de las Entidades Territoriales;

b) Recoger y sistematizar la información que determine el Ministerio de la Protección Social para monitorear los resultados en salud de las Entidades Territoriales, las aseguradoras y los prestadores con el fin de alimentar el Sistema de Rectoría y Administración por resultados previsto en el artículo 2º de la presente ley.

Autorízase al Gobierno Nacional para destinar por una sola vez recursos de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, ECAT, del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga para financiar la implementación del mismo, en las tareas que no sean obligación legal de las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades Territoriales.

Parágrafo. En todo caso las Entidades Promotoras de Salud, EPS, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. Estas se administrarán de acuerdo con los lineamientos técnicos del Ministerio de la Protección Social y estarán al servicio de los diversos actores que deben tomar decisiones especialmente el Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el Fosyga, la Superintendencia Nacional de Salud, los Municipios, Distritos y Departamentos, las Administradoras del Régimen Subsidiado y los prestadores de servicios.

Artículo 49. *Régimen de contratación de EPS Públicas.* Las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo Públicas tendrán el mismo régimen de contratación que las Empresas Sociales del Estado.

Artículo 50. *Vigencia y derogatorias.* La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las demás normas que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

En sesiones ordinarias conjuntas de las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del honorable Senado de la República y de la honorable Cámara de Representantes, de los días siete (7), ocho (8), catorce (14) y quince (15) de noviembre de dos mil seis (2006), fueron considerados, debatidos y votados los informes de ponencia para primer debate, el articulado y el título del **Proyecto de ley número 040 de 2006 Senado, 02 de 2006 Cámara, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**, de origen gubernamental, y sus **Proyectos acumulados: números 01 de 2006 Cámara, 018 de 2006 Cámara, 084 de 2006 Cámara, 130 de 2006 Cámara, 137 de 2006 Cámara, 140 de 2006 Cámara, 141 de 2006 Cámara; números 020 de 2006 Senado, 026 de 2006 Senado, 038 de 2006 Senado, 067 de 2006 Senado, 116 de 2006 Senado, 122 de 2006 Senado, 128 de 2006 Senado y, 143 de 2006 Senado y el Proyecto de ley número 01 de 2006**

Senado, número 087 de 2006 Cámara. Los informes de ponencias radicados, están publicados en las *Gacetas del Congreso* números 485 y 510 de 2006, respectivamente.

El texto del proyecto de ley que sirvió como base para el debate (discusión y votación), corresponde al publicado en la *Gaceta del Congreso* número 485 de 2006, posteriormente adicionado mediante **proposiciones** suscritas por honorables Senadores y Representantes, las cuales reposan en el expediente del proyecto.

La Secretaría General de las Comisiones Séptimas Constitucionales Conjuntas, deja expresa **constancia** (ratificada en Actas y en grabaciones magnetofónicas) que, conforme a lo ordenado en los artículos ciento cincuenta y uno (151) superior y ciento diecinueve (119) y doscientos seis (206) de la ley 5ª de 1992, con mayoría absoluta en ambas Comisiones, fueron votados y aprobados los artículos que a continuación se relacionan en el siguiente cuadro:

Artículos que fueron votados y aprobados, con el requisito de las normas orgánicas, en el primer debate al Proyecto de ley número 040 de 2006 Senado, 02 de 2006 Cámara, y sus acumulados.

En el articulado del proyecto sometido a debate	Corresponde, en el texto aprobado, reordenado, a:
En el artículo 6º. Modifícase artículo 214 de la Ley 100 (Recursos del Régimen Subsidiado). – literal a) del numeral 1 (de las Entidades Territoriales) – Literal c) del numeral 1. – Literal d) del numeral 1. – Literal a) del numeral 2 (del Fondo de Solidaridad). – Literal b) del numeral 2. – literal a) del numeral 3.	Artículo 13. Modifícase el artículo 214 de la Ley 100, el cual quedará así: – Literal a) del numeral 1 (de las Entidades Territoriales). – Literal c) del numeral 1. – Literal d) del numeral 1. – Literal a) del numeral 2 (del Fondo de Solidaridad). – Literal b) del numeral 2. – Literal a) del numeral 3.
Parágrafo del artículo 6º.	Parágrafo del artículo 13.
Literal e) del artículo 8º (flujo y protección de los recursos)	Literal e) del artículo 15 flujo y protección de los recursos.
Artículo 17. Regulación de las Empresas Sociales del Estado.	Artículo 30. Regulación de las Empresas Sociales del Estado.
Artículo 21. Supervisión en algunas áreas de Salud Públicas.	Artículo 37. Supervisión en algunas áreas de Salud Públicas.

Preguntadas las Comisiones ¿si deseaban que el proyecto tuviera segundo debate?, estas respondieron afirmativamente. La designación de ponentes para segundo debate, por separado en cada una de las Comisiones Homólogas, se realizaría posteriormente. La relación completa del primer debate al presente proyecto de ley, en sesiones conjuntas de las Comisiones Séptimas Constituciones Permanentes del Senado y de la Cámara de Representantes, se halla consignada en las Actas números 03 (2 de noviembre de 2006), 04 (7 de noviembre de 2006), 05 (8 de noviembre de 2006), 06 (14 de noviembre de 2006) y 07 (15 de noviembre de 2006).

En cumplimiento de lo ordenado en el artículo 8º del Acto Legislativo número 01 de 2003 (inciso último del artículo 160 superior), el anuncio correspondiente se realizó en la sesión ordinaria conjunta, **con mensaje de insistencia**, del día jueves dos (2) de noviembre de dos mil seis (2006), tal como consta en el Acta número Tres (3) de esa fecha.

El Presidente,

Honorable Senador *Miguel Pinedo Vidal.*

La Vicepresidenta,

Honorable Representante *Liliana María Rendón Roldán.*

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

El Subsecretario,

Rigo Armando Rosero Alvear.

**Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes
del honorable Senado de la República
y de la honorable Cámara de Representantes**

Bogotá, D. C., a los veintidós (22) días del mes de noviembre del año dos mil seis (2006), se autoriza la publicación del presente texto en la *Gaceta del Congreso* de la República.

El Presidente,

Honorable Senador *Miguel Pinedo Vidal*.

La Vicepresidenta,

Honorable Representante *Liliana María Rendón Roldán*.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

El Subsecretario,

Rigo Armando Rosero Alvear.

Con base en lo consagrado en el artículo 182 de la Ley 5ª de 1992, por haberse presentado supresiones, adiciones y artículos nuevos, suscriben el presente texto, aprobado en primer debate en sesiones conjuntas de las

Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes, los Coordinadores y Ponentes de cada una de las citadas Comisiones, como aparece:

Por la Comisión Séptima del honorable Senado de la República:

Honorable Senadores:

Coordinadores:

Dilian Francisca Toro Torres, Jairo E. Merlano Fernández y Miguel Pinedo Vidal.

Ponentes:

Luis Carlos Avellaneda Tarazona, Germán Antonio Aguire M., Dieb Maloof Cuse, Claudia Rodríguez Castellanos, Iván Díaz Matéus, Jorge Eliécer Ballesteros B., y Reginaldo Enrique Montes Alvarez.

Por la Comisión Séptima de la honorable Cámara de Representantes:

Honorable Representantes:

Eduardo Benítez Maldonado, Ponente Coordinado; Oscar Gómez Agudelo, Iván David Hernández G., Pedro Jiménez Salazar, Jorge Mora Gil, Rodrigo Romero Hernández Venus Albeiro Silva Gómez, Fernando Tafur Díaz y María Isabel Urrutia.

TEXTOS DEFINITIVOS

**TEXTO DEFINITIVO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 24
DE 2006 CAMARA**

**Aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable
Cámara de Representantes del día 14 de noviembre de 2006,
según consta en el Acta 025, previo su anuncio el día 7
de noviembre de 2006, según Acta 024, por medio de la cual se crea
e implementa el programa “Agro, Ingreso Seguro, AIS”.**

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene como objeto la creación e implementación del programa “Agro, Ingreso Seguro, AIS”, destinado a proteger los ingresos de los productores que resulten afectados ante las distorsiones derivadas de los mercados externos y a mejorar la competitividad de todo el sector agropecuario nacional, con ocasión de la internacionalización de la economía.

Artículo 2°. *Marco general.* El programa “Agro, Ingreso, Seguro” de que trata la presente ley se enmarca dentro de las acciones previstas por el Gobierno Nacional para promover la productividad y competitividad, reducir la desigualdad en el campo y preparar al sector agropecuario para enfrentar el reto de la internacionalización de la economía. En tal sentido, se propenderá por el ordenamiento productivo del territorio y la empresarización del campo, en concordancia con la agenda interna de productividad y competitividad, la apuesta exportadora del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, MADR, y en coordinación con las instituciones del orden territorial.

Artículo 3°. *Componentes del programa.* El programa “Agro, Ingreso Seguro” tendrá dos componentes: El de apoyos económicos directos, que busca proteger los ingresos de los productores durante un período de transición, en el cual se espera mejorar en competitividad y adelantar procesos de reconversión. Por su parte, el componente de apoyos a la competitividad busca preparar el sector agropecuario ante la internalización de la economía, mejorar la productividad y adelantar procesos de reconversión en todo el sector agropecuario.

Parágrafo 1°. Para todos los efectos, se debe entender que los apoyos económicos directos o incentivos son una ayuda que ofrece el Estado sin contraprestación económica alguna a cambio por parte del particular. Se entregan de manera selectiva y temporal dentro del ejercicio de una política pública, siendo potestad del Gobierno Nacional seleccionar, de una manera objetiva, el sector que se beneficiará con el apoyo económico directo o incentivo y el valor de los mismos, así como de-

terminar dentro de estos los requisitos y condiciones que debe cumplir quien aspire a convertirse en beneficiario.

Los apoyos económicos directos o incentivos no son derechos ni contratos y serán siempre una mera expectativa hasta que haya decisión definitiva de la autoridad competente o de quien esta haya designado para hacer la selección que señale al particular como beneficiario. Por tanto, hasta ese momento los apoyos económicos directos o incentivos no generan obligaciones, contraprestaciones o derechos adquiridos.

Parágrafo 2°. El Comité Intersectorial creado en esta ley asesorará al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, MADR, en la distribución de los recursos aprobados para cada vigencia entre los componentes del programa. Los recursos destinados a los apoyos a la competitividad no podrán ser inferiores al cuarenta por ciento (40%) del valor total del programa en cada año. Los apoyos económicos directos no excederán los primeros seis (6) años de ejecución del programa.

Parágrafo 3°. El Gobierno Nacional apoyará a los departamentos con bajos índices de productividad y competitividad y determinará una matriz de distribución regional que permita la aplicación de criterios de equidad en la inversión del programa de AIS.

Artículo 4°. *Condiciones de los apoyos económicos directos.* La creación, cuantificación y asignación de los apoyos económicos directos se sujetará a las siguientes condiciones:

1. Los apoyos económicos directos serán de carácter transitorio y decreciente, asignándose en función del avance de los productores beneficiarios en términos de competitividad para enfrentar la competencia internacional o ser más eficientes en el mercado interno.

2. Tendrán un valor máximo por anualidad y tipo de producto.

3. La continuidad de la asignación de estos apoyos se condicionará al cumplimiento por parte de los productores de los compromisos de desempeño que en materia de competitividad establezca el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, basado en los conceptos técnicos del Comité Intersectorial creado en la presente ley.

4. Su aplicación debe ser transparente en sus reglas de asignación, distribución y acceso.

5. En el diseño e implementación de la asignación, distribución y acceso a estos apoyos económicos se deberá observar el principio de equidad.

6. Deben tener bajos costos de implementación, operación y acceso para los productores.

Artículo 5°. *Apoyos para la competitividad*. Los incentivos para la competitividad tendrán en cuenta las cadenas productivas y estarán determinados por los siguientes instrumentos:

1. Incentivos a la productividad: Este componente incluye la destinación de recursos del programa orientados a fortalecer la asistencia técnica, el desarrollo y transferencia de tecnología. Asimismo, promover la cultura de buenas prácticas agrícolas y pecuarias, la asociatividad entre los productores y cofinanciar adecuación de tierras e infraestructura de riego y drenaje.

2. Apoyo a través de crédito: A partir de este componente se habilitarán con recursos del programa líneas de crédito en condiciones preferenciales para fomentar la reconversión y mejoramiento de la productividad y adecuación de tierras. Adicionalmente se implementarán líneas de crédito con Incentivo a la Capitalización Rural, ICR, para promover modernización agropecuaria.

3. Apoyo a la comercialización: El programa también contempla la asignación de recursos para apoyar los procesos de comercialización. Para estos efectos, se implementarán instrumentos que respondan a las exigencias de los mercados interno y externo, tales como la trazabilidad de los productos que lo requieran e incentivos a los compradores tendientes a asegurar la absorción de productos agropecuarios en condiciones de precio justas para el productor, solo cuando las condiciones de mercado lo exijan.

Parágrafo. El Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, MADR, con la asesoría del Comité Intersectorial, podrá ampliar los campos de aplicación de los recursos dentro de los instrumentos definidos en el presente artículo, cuando así lo determinen sus miembros con base en conceptos técnicos.

Artículo 6°. *Recursos*. Con el fin de financiar el desarrollo del programa “Agro, Ingreso Seguro, AIS”, el Gobierno Nacional incorporará dentro de un programa específico en el Presupuesto del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural para el año 2007 como mínimo la suma de cuatrocientos mil millones de pesos (\$400.000.000.000.00) y a partir del año 2008 la suma como mínimo de quinientos mil millones de pesos (\$500.000.000.000.00) anuales. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignará dichos recursos ajustados como mínimo por el Índice de Precios al Consumidor, IPC, para cada vigencia, con arreglo a las disposiciones de la Ley Orgánica del Presupuesto.

Parágrafo. Los gastos de administración y operación del programa “Agro, Ingreso Seguro”, en el primer año, no podrá exceder el cinco por ciento (5%) del total de los recursos apropiados para esa vigencia. A partir del segundo año de implementación del programa, los gastos de administración y operación del mismo no podrán exceder el tres por ciento (3%) del total de recursos apropiados para cada año.

Artículo 7°. *Evaluación del programa*. Al inicio del programa se establecerá una línea base que permita determinar la situación de los productores agropecuarios. El Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural contratará cada dos (2) años o antes, si lo estima conveniente, una evaluación externa con una entidad independiente y de reconocida idoneidad para evaluar los resultados en la ejecución del programa previsto en la presente ley.

La distribución de los recursos para el programa con posterioridad a dicho estudio dependerá de los resultados obtenidos a partir del mismo, teniendo como parámetro el desempeño global del sector en materia de: Incremento en la competitividad, crecimiento, formalización, generación de empleo y reducción de la desigualdad en el campo.

Artículo 8°. *Comité Intersectorial*. Créase el Comité Intersectorial del Programa “Agro, Ingreso Seguro, AIS”, como ente asesor, el cual estará conformado por:

- a) El Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural, quien lo presidirá;
- b) El Ministro de Hacienda y Crédito Público;
- c) El Ministro de Comercio, Industria y Turismo;

- d) El Director del Departamento Nacional de Planeación;
- e) El Presidente del Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario, Finagro;
- f) El Presidente de la Sociedad de Agricultores de Colombia, SAC;
- g) El Presidente de la Federación Nacional de Ganaderos, Fedegán;
- h) El Presidente de la Federación Nacional de Avicultores, Fenavi;
- i) Un representante de los pequeños agricultores;
- j) El Gerente General de la Federación Nacional de Cafeteros.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural reglamentará el mecanismo de participación de los pequeños agricultores en el Comité.

Parágrafo 2°. La asistencia y participación de los miembros del sector oficial en este Comité Intersectorial será delegable en el caso de los Ministros solo en los Viceministros; en el caso del Director del Departamento Nacional de Planeación, solo en el Subdirector General y en el caso de Finagro, solo en el Secretario General.

Parágrafo 3°. Los Presidentes de los gremios representantes del sector privado podrán delegar su asistencia informando previamente y por escrito ante la Secretaría Técnica del Comité AIS.

Parágrafo 4°. La Secretaría Técnica del Comité del Programa “Agro, Ingreso Seguro, AIS”, será ejercida por la Dirección de Comercio y Financiamiento del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.

Artículo 9°. *Funciones del Comité intersectorial*. El Comité Intersectorial tendrá las siguientes funciones:

1. Asesorar al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural en la definición de la distribución de los recursos asignados en cada vigencia para los componentes de mejoramiento de la competitividad y apoyos económicos directos, en concordancia con el parágrafo del artículo 3°.
2. Asesorar al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural en el diseño, con base en criterios técnicos, de la metodología de cuantificación, asignación y distribución por producto de los apoyos económicos directos a que se refiere la presente ley.
3. Asesorar al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural en el diseño e implementación de los apoyos para la competitividad a través de incentivos a la productividad, créditos para la modernización y la reconversión productiva e instrumentos de comercialización.
4. Diseñar e implementar los mecanismos de seguimiento y monitoreo permanentes de la ejecución del programa.
5. Evaluar anualmente los resultados de la ejecución del programa y adoptar las modificaciones que considere pertinentes.
6. Adoptar su propio reglamento.

Artículo 10. Créase el Fondo de Inversiones de Capital de Riego administrado por el Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario, Finagro, con el objeto de apoyar y desarrollar iniciativas productivas preferiblemente en zonas con limitaciones para la concurrencia de inversión privada, dando prioridad a proyectos productivos agroindustriales. El Gobierno Nacional podrá transferir recursos a este Fondo del Programa Agro Ingreso Seguro creado en la presente ley, como capital semilla para su operación.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional reglamentará la operación del Fondo, estableciendo entre otros aspectos, el período de vigencia del mismo, las condiciones, la concentración de inversiones, forma de ingreso y retiro de nuevos inversionistas nacionales o extranjeros, ya sean públicos o privados y la forma en la que Finagro realizará la administración del Fondo.

Parágrafo 2°. El presente artículo no deroga las atribuciones impartidas a Finagro en leyes anteriores.

Artículo 11. *Vigencia*. Esta ley empezará a regir a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias,

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL

Bogotá, D.C., 14 de noviembre de 2006.

En sesión Plenaria del día 14 de noviembre de 2006 fue aprobado en segundo debate el texto definitivo del Proyecto de ley número 24 de 2006 Cámara, “por medio de la cual se crea e implementa el Programa “Agro, Ingreso Seguro, AIS”.

Esto, con el fin de que el citado proyecto de ley siga su curso legal y reglamentario y de esta manera dar cumplimiento con lo establecido en el artículo 182 de la Ley 5ª de 1992.

Lo anterior, según consta en el Acta de sesión Plenaria 025 del 14 de noviembre de 2006, previo su anuncio el día 7 de noviembre de 2006, según Acta 024.

Cordialmente,

Luis Enrique Dussán López, Coordinador Ponente; Juan Carlos Valencia Montoya, Lucero Cortés Méndez, Sandra Arabella Velásquez Salcedo, Orsinia Patricia Polanco Jusayu, Pedro María Ramírez Ramírez, Jorge Carmelo Pérez Alvarado, Constantino Rodríguez Calvo, Ponentes.

El Secretario General,

Angelino Lizcano Rivera.

* * *

**TEXTO DEFINITIVO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 308
DE 2006 CAMARA, 43 DE 2006 SENADO**

Aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable Cámara de Representantes del día 14 de noviembre de 2006, según consta en el Acta 025, previo su anuncio el día 7 de noviembre de 2006, según Acta 024, por medio de la cual se aprueba el “Convenio de Seguridad Social entre la República de Colombia y el Reino de España”, hecho en Bogotá, D. C., el 6 de septiembre de 2005.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Apruébase el “Convenio de Seguridad Social entre la República de Colombia y el Reino de España”, hecho en Bogotá, D. C., el 6 de septiembre de 2005.

Artículo 2°. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 7ª de 1944, el “Convenio de Seguridad Social entre la República de Colombia y el Reino de España”, hecho en Bogotá, D. C., el 6 de septiembre de 2005, que por el artículo 1° de esta ley se aprueba, obligará al país a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto del mismo.

Artículo 3°. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL

Bogotá, D.C., 14 de noviembre de 2006.

En sesión Plenaria del día 14 de noviembre de 2006 fue aprobado en segundo debate el texto definitivo del Proyecto de ley número 308 de 2006 Cámara, 243 de 2006 Senado, “por medio de la cual se aprueba el “Convenio de Seguridad Social entre la República de Colombia y el Reino de España”, hecho en Bogotá, D. C., el 6 de septiembre de 2005”.

Esto, con el fin de que el citado proyecto de ley siga su curso legal y reglamentario y de esta manera dar cumplimiento con lo establecido en el artículo 182 de la Ley 5ª de 1992.

Lo anterior, según consta en el Acta de sesión Plenaria 025 del 14 de noviembre de 2006, previo su anuncio el día 7 de noviembre de 2006, según Acta 024.

Cordialmente,

James Britto Peláez,
Ponente.

El Secretario General,

Angelino Lizcano Rivera.

**TEXTO DEFINITIVO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 297
DE 2006 CAMARA, 128 DE 2005 SENADO**

Aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable Cámara de Representantes del día 14 de noviembre de 2006, según consta en el Acta 025, previo su anuncio el día 7 de noviembre de 2006, según Acta 024, por medio de la cual se aprueba el “Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco”, hecho en Ginebra el veintiuno (21) de mayo de dos mil tres (2003).

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Apruébase el “Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco”, hecho en Ginebra el veintiuno (21) de mayo de dos mil tres (2003).

Artículo 2°. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 72 de 1944, el “Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco”, hecho en Ginebra el veintiuno (21) de mayo de dos mil tres (2003), que por el artículo 1° de esta ley se aprueba, obligará al país a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto del mismo.

Artículo 3°. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL

Bogotá, D.C., 14 de noviembre de 2006.

En sesión Plenaria del día 14 de noviembre de 2006 fue aprobado en segundo debate el texto definitivo del Proyecto de ley número 297 de 2006 Cámara, 128 de 2005 Senado, “por medio de la cual se aprueba el ‘Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco’, hecho en Ginebra el veintiuno (21) de mayo de dos mil tres (2003)”.

Esto, con el fin de que el citado proyecto de ley siga su curso legal y reglamentario y de esta manera dar cumplimiento con lo establecido en el artículo 182 de la Ley 5ª de 1992.

Lo anterior, según consta en el Acta de sesión Plenaria 025 del 14 de noviembre de 2006, previo su anuncio el día 7 de noviembre de 2006, según Acta 024.

Cordialmente,

Jairo Alfredo Fernández Quessep,
Ponente.

El Secretario General,

Angelino Lizcano Rivera.

* * *

**TEXTO DEFINITIVO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 146
DE 2005**

Aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable Cámara de Representantes del día 14 de noviembre de 2006, según consta en el Acta 025, previo su anuncio el día 7 de noviembre de 2006, según Acta 024, por la cual se crea el Programa de Escuelas para la Democracia y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Creación.* Créase el Programa de Escuelas de Educación para la Democracia con las que se pretende ofrecer a los ciudadanos las herramientas necesarias para el ejercicio de la democracia participativa con una clara función social.

Artículo 2°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto desarrollar los principios consignados en la Constitución Política, de manera especial los artículos 41, 67, 70, 95, en concordancia con los artículos 0, 1°, 2°, 4°, 6°, 7°, 8°, 16, 18, 20, 22, 27, 37, 40, en el que se fomente el aprendizaje de los principios y valores democráticos, participativos y pluralis-

tas, con una educación comprometida en la formación de ciudadanos en el respeto a los derechos humanos, la paz, la convivencia y el desarrollo a escala humana.

Artículo 3°. *Definición.* El Programa de Escuelas para la Democracia es el proceso de formación de ciudadanos para la democracia a través de la educación popular continua y permanente.

Artículo 4°. *Implementación.* El Programa de Escuelas para la Democracia se implementará en el área rural y en las áreas marginadas urbanas, especialmente aquellas personas mayores de 17 años que no han alcanzado a culminar el nivel de educación básica secundaria.

Artículo 5°. *Objetivos del Programa.* El Programa de Escuelas de Educación para la Democracia propenderá por el bienestar general, la paz, la cooperación y promoción de los Derechos Humanos, el Derecho Internacional Humanitario y la reconstrucción pedagógica de los conflictos, a partir de la creación de escenarios para la discusión de las políticas públicas y la generación de iniciativas de desarrollo nacional, regional y local, impulsados a partir de una ética para la vida y la dignidad humana.

Artículo 6°. *Principios.* El Programa de Escuelas de Educación para la Democracia se regirá por los principios de la democracia participativa, el pluralismo, el respeto por la diferencia, la responsabilidad social e individual, la equidad de género, la inclusión social, la concertación, la solidaridad y la mutua cooperación hacia la materialización de los fines del Estado Social de Derecho.

Artículo 7°. *La Red Nacional para el Programa de Escuelas de Educación para la Democracia.* Créase la Red Nacional para el Programa de Escuelas de Educación para la Democracia como instancia para la promoción y el fomento de experiencias sobre educación en democracia, socialización de metodologías sobre pedagogías para la democracia participativa y pluralista.

Los diferentes servicios e iniciativas en materia del Programa deberán realizarse en red, con el propósito de garantizar criterios articulados e integrales, que respondan a las diversas necesidades nacionales, regionales y locales y sea capaz de formular propuestas que redunden en metodologías y políticas orientadas a hacer realidad el mandato contemplado en la presente ley.

El Ministerio de Educación Nacional o quien haga sus veces, reglamentará el trabajo en red, teniendo en cuenta la participación democrática de los distintos niveles territoriales, quienes deberán participar en la conformación de las redes, en el ámbito de su competencia y según lo dispuesto en la presente ley.

La red hará las veces de unidad de coordinación entre los distintos actores, en función de la que se habrán de diseñar, implementar y evaluar los servicios, planes del Programa implementado en materia de Escuelas para la Democracia.

Parágrafo. Las metodologías, planes y programas del Programa de Escuelas de Educación para la Democracia habrán de ser diseñadas por la Red y reglamentadas por la normatividad que para tal efecto sea expedida por el Ejecutivo.

Artículo 8°. *Conformación del Equipo de Apoyo.* Para que la Red del Programa de Escuelas de Educación para la Democracia pueda cumplir con las funciones estipuladas en la presente ley, el Ministerio de Educación Nacional podrá conformar un Equipo de Apoyo que asumirá las funciones de Secretaría Técnica del Programa de Escuelas de Educación para la Democracia. Este estará conformado por profesionales de la educación en ejercicio de su labor docente o directiva docente, vinculados a la nómina Nacional o Situado Fiscal, en cualquiera de los niveles de la educación que reúnan las más altas calidades académicas; que tengan experiencia investigativa en procesos de Formación en Democracia; que sean especializados en cualquiera de las áreas del conocimiento afines; que sean autores o coautores de por lo menos una investigación en el campo de pedagogías democráticas y de artículos

relacionados con el Programa, publicados a Nivel Regional, Nacional o Internacional.

Artículo 9°. *Responsabilidades de las instituciones educativas, las organizaciones y los proyectos educativos institucionales.* Las instituciones educativas oficiales de la Nación formarán parte del Programa de Educación para la Democracia, conservando su autonomía en lo administrativo y académico. Estas instituciones deberán hacerse responsables por la permanente vivencia, actualización y renovación de sus Proyectos Educativos Institucionales, de acuerdo con las transformaciones y necesidades sociales, así como la innovación y el continuo mejoramiento de la calidad educativa que en ellas se imparten, ajustándose a los indicadores de gestión y evaluación, así como a los lineamientos de política pública consignados en el Plan Nacional del Programa de Escuelas de Educación para la Democracia, diseñado por la Red Nacional para el Programa de Escuelas para la Democracia.

Las Instituciones Educativas Estatales brindarán las condiciones organizativas y laborales para la Realización del Programa. Las Instituciones Educativas con mayor desarrollo en el área de formación en democracia ofrecerán su apoyo técnico y humano a las redes que para tal efecto se constituyan.

Artículo 10. *Responsabilidades de las instituciones facultadas para ofrecer asesoría técnica y pedagógica.* Las Escuelas Normales Superiores y las Universidades que posean una Facultad de Educación u otra Unidad Académica dedicada a la formación en democracia que estén debidamente acreditadas, podrán prestar la asesoría técnica y pedagógica que requiera el desarrollo del Programa, en los términos que establezca la reglamentación que para tal efecto se expida.

Artículo 11. Para el debido cumplimiento de lo dispuesto en la presente ley, las administraciones Nacional, Departamental y Municipal podrán incorporar en su presupuesto las apropiaciones presupuestales requeridas.

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

Artículo 12. *Transitorio.* El programa se llevará a cabo inicialmente en aquellas zonas de conflicto que tengan más de cien mil (100.000) habitantes.

Artículo 13°. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

CAMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARIA GENERAL

Bogotá, D. C., 14 de noviembre de 2006.

En sesión Plenaria del día 14 de noviembre de 2006 fue aprobado en segundo debate el texto definitivo del Proyecto de ley número 146 de 2005, “por la cual se crea el Programa de Escuelas para la Democracia y se dictan otras disposiciones”.

Esto, con el fin de que el citado proyecto de ley siga su curso legal y reglamentario y de esta manera dar cumplimiento con lo establecido en el artículo 182 de la Ley 5ª de 1992.

Lo anterior, según consta en el Acta de Sesión Plenaria 025 del 14 de noviembre de 2006, previo su anuncio el día 7 de noviembre de 2006, según Acta 024.

Cordialmente,

Yesid Espinosa Calderón,
Ponente.

El Secretario General,

Angelino Lizcano Rivera.

**TEXTO DEFINITIVO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 292
DE 2006 CAMARA, 127 DE 2005 SENADO**

Aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable Cámara de Representantes del día 31 de octubre de 2006, según consta en el Acta 022, previo su anuncio del día 25 de octubre de 2006, según Acta 021, por medio de la cual se aprueban las enmiendas a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, OMS: Enmiendas al artículo 7º, adoptada por la 18ª Asamblea Mundial de la Salud el 20 de mayo de 1965, modificación de los artículos 24 y 25, adoptada por la 51ª Asamblea Mundial de la Salud el 16 de mayo de 1998 y la adopción del texto en árabe y de la reforma del artículo 74, adoptados por la 31ª Asamblea Mundial de la Salud el 18 de mayo de 1978.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Apruébanse las “Enmiendas a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, OMS. “Enmiendas al artículo 7º”, adoptada por la 18ª Asamblea Mundial de la Salud el 20 de mayo de 1965; “Modificación de los artículos 24 y 25”, adoptada por la 51ª Asamblea Mundial de la Salud el 16 de mayo de 1998 y la “Adopción del texto en árabe y de la reforma del artículo 74”, adoptados por la 31ª Asamblea Mundial de la Salud el 18 de mayo de 1978.

Artículo 2º. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1º de la Ley 7ª de 1944, las “Enmiendas a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, OMS: “Enmiendas al artículo 7º, adoptada por la 18ª Asamblea Mundial de la Salud el 20 de mayo de 1965; “Modificación de los artículos 24 y 25”, adoptada por la 51ª Asamblea Mundial de la Salud el 16 de mayo de 1998 y la “Adopción del texto en árabe y de la reforma del artículo 74”, adoptados por la 31ª Asamblea Mundial de la Salud el 18 de mayo de 1978, que por el artículo 1º de esta ley se aprueban, obligarán al país a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto de las mismas.

Artículo 3º. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

CAMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARIA GENERAL

Bogotá, D.C., 31 de octubre de 2006.

En sesión Plenaria del día 31 de octubre de 2006 fue aprobado en segundo debate el texto definitivo del Proyecto de ley número 292 de 2006 Cámara, 127 de 2005 Senado, “por medio de la cual se aprueban las enmiendas a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, OMS: Enmiendas al artículo 7º, adoptada por la 18ª Asamblea Mundial de la Salud el 20 de mayo de 1965, modificación de los artículos 24 y 25, adoptada por la 51ª Asamblea Mundial de la Salud el 16 de mayo de 1998 y la adopción del texto en árabe y de la reforma del artículo 74, adoptados por la 31ª Asamblea Mundial de la Salud el 18 de mayo de 1978”.

Esto, con el fin de que el citado proyecto de ley siga su curso legal y reglamentario y de esta manera dar cumplimiento con lo establecido en el artículo 182 de la Ley 5ª de 1992.

Lo anterior, según consta en el Acta de sesión Plenaria 022 del 31 de octubre de 2006, previo su anuncio del día 25 de octubre de 2006, según Acta 021.

Atentamente,

Pablo Enrique Salamanca Cortés,

Ponente.

El Secretario General,

Angelino Lizcano Rivera.

**TEXTO DEFINITIVO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 298
DE 2006 CAMARA, 196 DE 2005 SENADO**

Aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable Cámara de Representantes del día 7 de noviembre de 2006, según consta en el Acta 024, previo su anuncio el día 31 de octubre de 2006, según Acta 022, por medio de la cual se aprueba el “Convenio entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Popular de China sobre Cooperación en Sanidad Animal y Cuarentena”, firmado en Beijing a los seis días del mes de abril del año 2005.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Apruébase el “Convenio entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Popular de China sobre Cooperación en Sanidad Animal y Cuarentena”, firmado en Beijing a los 6 días del mes de abril de 2005.

Artículo 2º. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1º de la Ley 7ª de 1944, el “Convenio entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Popular de China sobre Cooperación en Sanidad Animal y Cuarentena”, firmado en Beijing a los 6 días del mes de abril de 2005, que por el artículo 1º de esta ley se aprueba, obligará al país a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto del mismo.

Artículo 3º. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

CAMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARIA GENERAL

Bogotá, D.C., 7 de noviembre de 2006.

En sesión Plenaria del día 7 de noviembre de 2006 fue aprobado en segundo debate el texto definitivo del Proyecto de ley número 298 de 2006 Cámara, 196 de 2005 Senado, “por medio de la cual se aprueba el Convenio entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Popular de China sobre Cooperación en Sanidad Animal y Cuarentena”, firmado en Beijing a los seis días del mes de abril del año 2005.

Esto, con el fin de que el citado proyecto de ley siga su curso legal y reglamentario y de esta manera dar cumplimiento con lo establecido en el artículo 182 de la Ley 5ª de 1992.

Lo anterior, según consta en el Acta de sesión Plenaria 024 del 7 de noviembre de 2006, previo su anuncio el día 31 de octubre de 2006, según Acta 022.

Cordialmente,

Augusto Posada Sánchez,

Ponente.

El Secretario General,

Angelino Lizcano Rivera.

* * *

**TEXTO DEFINITIVO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 285
DE 2006 CAMARA, 129 DE 2005 SENADO**

Aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable Cámara de Representantes del día 31 de octubre de 2006, según consta en el Acta 022, previo su anuncio del día 25 de octubre de 2006, según Acta 021, por medio de la cual se aprueba el “Convenio de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República de Chile”, suscrito en Santiago a los nueve (9) días del mes de diciembre del año dos mil tres (2003).

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Apruébase el “Convenio de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República de Chile”, suscrito en Santiago

de Chile a los nueve (9) días del mes de diciembre del año dos mil tres (2003).

Artículo 2°. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la ley 7ª de 1944, el “Convenio de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República de Chile”, suscrito en Santiago de Chile a los nueve (9) días del mes de diciembre del año dos mil tres (2003) que por el artículo 1° de esta ley se aprueba, obligará al país a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto del mismo.

Artículo 3°. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL

Bogotá, D. C., 31 de octubre de 2006.

En sesión Plenaria del día 31 de octubre de 2006 fue aprobado en segundo debate el texto definitivo del Proyecto de ley número 285 de 2006 Cámara, 129 de 2005 Senado, “por medio de la cual se aprueba el “Convenio de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República de Chile”, suscrito en Santiago a los nueve (9) días del mes de diciembre del año dos mil tres (2003).

Esto, con el fin de que el citado proyecto de ley siga su curso legal y reglamentario y de esta manera dar cumplimiento con lo establecido en el artículo 182 de la Ley 5ª de 1992.

Lo anterior, según consta en el Acta de sesión Plenaria 022 del 31 de octubre de 2006, previo su anuncio del día 25 de octubre de 2006, según Acta 021.

Atentamente,

Hernando Betancourt Hurtado,
Ponente.

El Secretario General,

Angelino Lizcano Rivera.

* * *

TEXO DEFINITIVO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 300 DE 2006 CAMARA, 74 DE 2005 SENADO

Aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable Cámara de Representantes del día 31 de octubre de 2006, según consta en el Acta 022, previo su anuncio el día 25 de octubre de 2006, según Acta 021, por medio de la cual se aprueba el “Convenio de Santa Cruz de La Sierra Constitutivo de la Secretaría General Iberoamericana, Segib”, adoptado en San José de Costa Rica el 12 mayo 2004 y el “Estatuto de la Secretaría General Iberoamericana”, aprobado en San José, Costa Rica, el 20 de noviembre del año 2004.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Apruébese el “Convenio de Santa Cruz de La Sierra Constitutivo de la Secretaría General Iberoamericana”, adoptado en San José de Costa Rica el 12 mayo 2004 y el “Estatuto de la Secretaría General Iberoamericana”, aprobado en San José, Costa Rica, el 20 de noviembre del año dos mil cuatro (2004).

Artículo 2°. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la ley 7ª de 1944, el “Convenio de Santa Cruz de La Sierra Constitutivo de la Secretaría General Iberoamericana”, adoptado en San José de Costa Rica el 12 mayo 2004 y el “Estatuto de la Secretaría General Iberoamericana”, aprobado en San José, Costa Rica, el 20 de noviembre del año 2004, que por el artículo 1° de esta ley se aprueba, obligarán al país a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto de los mismos.

Artículo 3°. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL

Bogotá, D. C., 31 de octubre de 2006.

En sesión Plenaria del día 31 de octubre de 2006 fue aprobado en segundo debate el texto definitivo del Proyecto de ley número 300 de 2006 Cámara, 74 de 2005 Senado, “por medio de la cual se aprueba el Convenio de Santa Cruz de La Sierra Constitutivo de la Secretaría General Iberoamericana, Segib”, adoptado en San José de Costa Rica el 12 mayo 2004 y el “Estatuto de la Secretaría General Iberoamericana”, aprobado en San José, Costa Rica, el 20 de noviembre del año 2004.

Esto, con el fin de que el citado proyecto de ley siga su curso legal y reglamentario y de esta manera dar cumplimiento con lo establecido en el artículo 182 de la Ley 5ª de 1992.

Lo anterior, según consta en el Acta de sesión Plenaria 022 del 31 de octubre de 2006, previo su anuncio el día 25 de octubre de 2006, según Acta 021.

Atentamente,

Fabiola Olaya Rivera,
Ponente.

El Secretario General,

Angelino Lizcano Rivera.

CONTENIDO

Gaceta número 562 - Jueves 23 de noviembre de 2006	
CAMARA DE REPRESENTANTES	
PROYECTOS DE LEY	
	Págs.
Proyecto de ley número 181 de 2006 Cámara, por medio de la cual se establece la obligación de dispensadores de condones en establecimientos públicos y se dictan otras disposiciones.....	1
PONENCIAS	
Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Acto legislativo número 179 de 2006 Cámara, 08 de 2006 Senado, por medio del cual se modifican los numerales 8 y 9 del artículo 135, se modifican los artículos 299 y 312, y se adicionan dos numerales a los artículos 300 y 313 de la Constitución Política de Colombia.....	2
Informe de ponencia para segundo debate y Texto aprobado en primer debate, en sesiones conjuntas de las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes al Proyecto de ley número 040 de 2006 Senado, 02 de 2006 Cámara, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, de origen gubernamental, y sus Proyectos Acumulados: 01 de 2006 Cámara, 018 de 2006 Cámara, 084 de 2006 Cámara, 130 de 2006 Cámara, 137 de 2006 Cámara, 140 de 2006 Cámara, 141 de 2006 Cámara, 20 de 2006 Senado, 26 de 2006 Senado, 38 de 2006 Senado, 67 de 2006 Senado, 116 de 2006 Senado, 122 de 2006 Senado, 128 de 2006 Senado, 143 de 2006 Senado y el 01 de 2006 Senado, 087 de 2006 Cámara.....	5
TEXTOS DEFINITIVOS	
Texto definitivo al Proyecto de ley número 24 de 2006 Cámara, aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable Cámara de Representantes del día 14 de noviembre de 2006, según consta en el Acta 025, previo su anuncio el día 7 de noviembre de 2006, según Acta 024, por medio de la cual se crea e implementa el programa “Agro, Ingreso Seguro, AIS”.....	23
Texto definitivo al Proyecto de ley número 308 de 2006 Cámara, 43 de 2006 Senado, aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable Cámara de Representantes del día 14 de noviembre de 2006, según consta en el Acta 025, previo su anuncio el día 7 de noviembre de 2006, según Acta 024, por medio de la cual se aprueba el “Convenio de Seguridad Social entre la República de Colombia y el Reino de España”, hecho en Bogotá, D. C., el 6 de septiembre de 2005.....	25
Texto definitivo al Proyecto de ley número 297 de 2006 Cámara, 128 de 2005 Senado, aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable Cámara de Representantes del día 14 de noviembre de 2006, según consta en el Acta 025, previo su anuncio el día 7 de noviembre de 2006, según Acta 024, por medio de la cual se aprueba el “Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco”, hecho en Ginebra el veintiuno (21) de mayo de dos mil tres (2003).....	25
Texto definitivo al Proyecto de ley número 146 de 2005 Cámara, aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable Cámara de Representantes del día 14 de noviembre de 2006, según consta en el Acta 025, previo su anuncio el día 7 de noviembre de 2006, según Acta 024, por la cual se crea el Programa de Escuelas para la Democracia y se dictan otras disposiciones.....	25
Texto definitivo al Proyecto de ley número 292 de 2006 Cámara, 127 de 2005 Senado, aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable Cámara de Representantes del día 31 de octubre de 2006, según consta en el Acta 022, previo su anuncio del día 25 de octubre de 2006, según Acta 021, por medio de la cual se aprueban las enmiendas a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, OMS: Enmiendas al artículo 7º, adoptada por la 18ª Asamblea Mundial de la Salud el 20 de mayo de 1965, modificación de los artículos 24 y 25, adoptada por la 51ª Asamblea Mundial de la Salud el 16 de mayo de 1998 y la adopción del texto en árabe y de la reforma del artículo 74, adoptados por la 31ª Asamblea Mundial de la Salud el 18 de mayo de 1978.....	27
Texto definitivo al Proyecto de ley número 298 de 2006 Cámara, 196 de 2005 Senado, aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable Cámara de Representantes del día 7 de noviembre de 2006, según consta en el Acta 024, previo su anuncio el día 31 de octubre de 2006, según Acta 022, por medio de la cual se aprueba el “Convenio entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Popular de China sobre Cooperación en Sanidad Animal y Cuarentena”, firmado en Beijing a los seis días del mes de abril del año 2005.....	27
Texto definitivo al Proyecto de ley número 285 de 2006 Cámara, 129 de 2005 Senado, aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable Cámara de Representantes del día 31 de octubre de 2006, según consta en el Acta 022, previo su anuncio del día 25 de octubre de 2006, según Acta 021, por medio de la cual se aprueba el “Convenio de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República de Chile”, suscrito en Santiago a los nueve (9) días del mes de diciembre del año dos mil tres (2003).....	27
Texto definitivo al Proyecto de ley número 300 de 2006 Cámara, 74 de 2005 Senado, aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable Cámara de Representantes del día 31 de octubre de 2006, según consta en el Acta 022, previo su anuncio el día 25 de octubre de 2006, según Acta 021, por medio de la cual se aprueba el “Convenio de Santa Cruz de La Sierra Constitutivo de la Secretaría General Iberoamericana, Segib”, adoptado en San José de Costa Rica el 12 mayo 2004 y el “Estatuto de la Secretaría General Iberoamericana”, aprobado en San José, Costa Rica, el 20 de noviembre del año 2004.....	28