

REPUBLICA DE COLOMBIA



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 91

Bogotá, D. C., viernes 28 de abril de 2006

EDICION DE 68 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

LEYES SANCIONADAS

LEY 1022 DE 2006

(abril 24)

*por medio de la cual se declara el Festival de la Cultura Wayúu
como patrimonio cultural de la Nación.*

El Congreso de la República
DECRETA:

Artículo 1°. *Declaración como patrimonio.* Declárese como Patrimonio Cultural de la Nación el Festival de la Cultura Wayúu, manifestación étnica que se desarrolla en el municipio de Uribia, La Guajira.

Artículo 2°. *Inclusión dentro de la política cultural.* El Festival de la Cultura Wayúu será incluido en la política pública cultural, en los planes de desarrollo de las culturas étnicas y en la programación de la financiación de eventos culturales que desarrolle el Ministerio de Cultura.

Artículo 3°. *Promoción y Difusión.* La Nación, a través del Ministerio de Cultura y de las instituciones responsables, promoverá la difusión y la promoción del Festival mediante la producción y distribución de material impreso y fonográfico, fílmico y documental.

Parágrafo. El Ministerio de Cultura, al celebrarse su vigésima versión, editará una obra compilatoria de los diferentes temas abordados en cada uno de los festivales realizados.

Artículo 4°. *Convocatoria pluriétnica.* La realización del Festival de la Cultura Wayúu como manifestación pluriétnica y pluricultural, convocará la expresión de todas las etnias del

país como certamen integrador de los pueblos indígenas de Colombia.

Artículo 5°. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación.

La Presidenta del honorable Senado de la República,

Claudia Blum de Barberi.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Ramón Otero Dajud.

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

Julio E. Gallardo Archbold.

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,

Angelino Lizcano Rivera.

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 24 de abril de 2006.

ÁLVARO URIBE VÉLEZ

La Ministra de Cultura,

Elvira Cuervo de Jaramillo.

OBJECIONES PRESIDENCIALES

OBJECIONES PRESIDENCIALES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 021 DE 2004 CAMARA, 253 DE 2005 SENADO

por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 29 de marzo de 2006

Doctores:

JULIO EUGENIO GALLARDO ARCHBOLD

Presidente

Honorable Cámara de Representantes

CLAUDIA BLUM

Presidenta

Senado de la República

Capitolio Nacional

Referencia: Desestimación de las objeciones presidenciales al Proyecto de ley número 021 de 2004 Cámara, 253 de 2005 Senado, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

Con el propósito de darle cumplimiento al artículo 167 de la Carta Política y 199 y concordantes de la Ley 5ª de 1992, con relación a las objeciones presidenciales de carácter constitucional al proyecto de ley de la referencia, nos dirigimos a ustedes con el fin de que las plenarias de Cámara y Senado de la República, se pronuncien aprobando en su totalidad el libelo de esta iniciativa, por razones de constitucionalidad, legalidad y conveniencia para la reglamentación del ejercicio profesional de quienes ostentan el título de Psicólogos, que por falta de disposición legal se encuentran actualmente en un limbo jurídico donde es pertinente ajustar su ejercicio profesional a derecho. Por tanto, nos permitimos expresar las razones de carácter jurídico para desestimar las citadas objeciones.

Desestimación de las objeciones presidenciales

La interpretación jurídica que el Gobierno Nacional aduce para incoarle al proyecto en estudio vicios de constitucionalidad es a la luz del derecho palmariamente errónea, observándose que no hay cargos de fondo que motiven la inconstitucionalidad, cuando expresa:

“El proyecto de ley define la profesión de Psicología, reglamenta su ejercicio, regula el Colegio Colombiano de Psicólogos como única entidad asociativa, crea el Tribunal Deontológico y Bioéticos de Psicología, asignándole funciones públicas delegadas.

“Colegios de Profesionales-Naturaleza.

Teniendo en cuenta que los Colegios Profesionales tienen su origen en la libre asociación, entendida como el ejercicio libre y voluntario de los ciudadanos para fundar o integrar agrupaciones permanentes con propósitos concretos, le corresponde a los particulares y no al legislador definir sobre la forma de asociación, naturaleza jurídica de la misma para el desarrollo colectivo de las distintas actividades; por lo tanto el proyecto en estudio contraría los artículos 26, 38 y 103 párrafo 3º de la Constitución Política.

La facultad del legislador, de acuerdo con los pronunciamientos de la Corte Constitucional, se debe limitar a determinar de manera general aspectos encaminados a la organización de estas asociaciones, que permitan la participación democrática en las mismas y no a regular como lo hace el citado proyecto el funcionamiento y la forma de asociación de un colegio en particular, ya que esto iría en detrimento de la autonomía del derecho de asociación”.

Igualmente plasma lo siguiente:

“A pesar de la eventualidad de la asunción de funciones públicas de los colegios profesionales por expreso mandato legal, no debe olvidarse que su origen parte de una iniciativa de personas particulares que ejercen una profesión y quieren asociarse. Son los particulares y no el Estado quien determina el nacimiento de un colegio profesional, pues este es eminentemente un desarrollo del derecho de asociación contenido en el artículo 38 del Estatuto Superior y como tal, es necesario considerar que la decisión de asociarse debe partir de los elementos sociales y no de un ser extraño a ellos”.

La Corte Constitucional, en la mencionada Sentencia C-226 de 1994, señaló que esta regulación legal, muestra que el denominado:

“Colegio Nacional de Bacteriología” no es en realidad un colegio profesional en sentido estricto. En efecto este no es un producto de la capacidad asociativa creadora de los elementos sociales de un cuerpo social sino una creación legal. Esto tiene dos consecuencias jurídicas:

De un lado, para la Corte es claro que este pretendido colegio profesional es una verdadera entidad estatal del orden nacional, adscrita al Ministerio y conformada en gran parte por funcionarios estatales. Por consiguiente, su creación debió tener iniciativa gubernamental.

De otro lado, se ha producido un desplazamiento arbitrario de la persona competente para realizar la creación del antecitado colegio por parte del legislador, el cual asume una función de naturaleza particular, sin encontrarse habilitado para ello y por tanto, se ha violado el artículo 38 de la Constitución. En efecto, siendo los colegios profesionales entidades no estatales a pesar de que puedan ejercer determinadas funciones públicas-, no corresponde a la ley crear directamente tales colegios puesto que ellos son una expresión del derecho de asociación, que por esencia es social pero no estatal...”.

Sobre los temas regulados se encuentra que las disposiciones constitucionales que se dicen ser vulneradas por parte del Gobierno Nacional señaladas como inconstitucionales con fundamento en la Jurisprudencia de la Corte Constitucional C- 226 de 1994, no se aplican al proyecto de ley en mención. La aludida Sentencia se refiere a temas materia de demanda de la Ley 36 de 1993, que regulaba el ejercicio de la profesión de Bacteriología, donde la citada Corte, declaró inexecutable algunos artículos que se referían a la reglamentación de profesiones y principio de igualdad, diferencias entre colegios profesionales y entidades estatales y Policía Administrativa, vigilancia e inspección de profesiones y reglamentación técnica. En razón que esencialmente consagraba la citada ley la creación del Colegio Profesional de Bacteriólogos por medio del Legislador, desconociendo su carácter particular y democrático.

En este sentido no es aplicable analógicamente la Sentencia C-226 de 1994, En virtud de que en el articulado de la iniciativa materia de estudio en ninguno de sus apartes se refiere a la creación del Colegio Colombiano de Psicólogos. Está claro que el Colegio Colombiano de Psicólogos no obedece a creación legal; este es del sustrato y naturaleza privada, con estructura interna y funcionamiento democrático. Fueron los Psicólogos de Colombia quienes fundaron e integraron con fundamento en el derecho de asociación la naturaleza jurídica del mismo, como ente único para el desarrollo de sus distintas actividades con observancia del artículo 26 de la Carta Política. Nos permitimos reiterar que el Colegio en mención preexiste al trámite de esta iniciativa y el Legislador no se ha inmiscuido en competencia de los asociados en funciones de su naturaleza particular.

Se apoyan las objeciones presidenciales en la Sentencia C-226 de 1994, atinente a la naturaleza de los colegios profesionales a la luz de los artículos, 38, 26 y 103 de la Carta Política, donde expresó la Corte Constitucional lo siguiente:

“Los colegios profesionales se encuentran consagrados, de manera general, en el artículo 38 constitucional, y en forma particular, en el artículo 26 de la Carta, así:

Artículo 38. Se garantiza el derecho de libre asociación para el desarrollo de las distintas actividades que las personas realizan en sociedad.

Artículo 26. Toda persona es libre de escoger profesión u oficio. La ley podrá exigir títulos de idoneidad. Las autoridades competentes inspeccionarán y vigilarán el ejercicio de las profesiones. Las ocupaciones, artes y oficios que no exijan formación académica son de libre ejercicio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social.

Las profesiones legalmente reconocidas pueden organizarse en colegios. La estructura interna y el funcionamiento de estos deberán ser democráticos. La ley podrá asignarles funciones públicas y establecer los debidos controles.

Los colegios profesionales son corporaciones de ámbito sectorial cuyo sustrato es de naturaleza privada, es decir, grupos de personas particulares asociadas en atención a una finalidad común. Ellos son entonces una manifestación específica de la libertad de asociación. Pero no se puede establecer una plena identificación entre las asociaciones de profesionales y los colegios profesionales, pues la Constitución les da un tratamiento distinto. Así esta Corporación ya había establecido:

“La Constitución no exige a las asociaciones de profesionales el carácter democrático que impone a los colegios, aunque este ha de ser un elemento determinante para que la ley pueda atribuirles las funciones de que habla el artículo 103. Las asociaciones pueden entonces ser democráticas o no y representar los intereses de todo el gremio profesional o solo de una parte de él. Eso dependerá de la propia asociación”.

Es menester señalar, que los artículos 6° y 12 del proyecto de ley materia de estudio no vulneran el derecho de asociación contemplado en la Carta Magna para el desarrollo de las actividades que las personas realizan en sociedad, ni la atribución que el artículo 26 otorga a las profesiones legalmente reconocidas para organizarse en colegios, con estructura interna y funcionamiento democráticos ni los mecanismos de participación democrática estipulados en el artículo 103 de la Carta Política, donde se relaciona en dichas objeciones que este contraría el párrafo 3, inexistente en el referido artículo.

A contrario sensu de lo señalado por el Presidente de la República y el Director Administrativo de la Función Pública, los artículos 6° y 12 del proyecto de ley materia de objeción presidencial, en su alcance y contenido acatan tanto el mandato constitucional de los artículos 26, 38 y 103 de la Carta Magna así como lo establecido por la Corte Constitucional en la referida Sentencia C-226 de 1994 arriba referenciada.

Así pues, que el artículo 6° plasma los requisitos para ejercer la profesión de psicólogo de acuerdo a los parámetros contemplados en la Constitución y en la legislación vigente en materia de educación como: Acreditar su formación académica, idoneidad profesional mediante la presentación del título respectivo, el cumplimiento de las demás disposiciones de la ley y la obtención de la Tarjeta Profesional expedida por el Colegio Colombiano de Psicólogos y el 12 donde se relacionan las funciones públicas que se le otorgarán al Colegio Colombiano de Psicólogos como única entidad asociativa que representa los intereses profesionales de esta área de las ciencias humanas y de la salud conformado por el mayor número de afiliados activos de

esta profesión de acuerdo al artículo 26 de la Carta Política, que se refieren a la expedición de la tarjeta profesional de psicólogos, el trámite de inscripción de los psicólogos en el “Registro Unico Nacional del Recurso Humano en Salud, según las normas establecidas por el Ministerio de la Protección Social y conformar el Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología para darle cumplimiento a lo establecido en el Código Deontológico y Bioético del ejercicio profesional de la Psicología de acuerdo a lo contemplado en la ley y en la reglamentación que se expida para el efecto.

Por tanto, al estipularse en el proyecto de ley de marras las funciones públicas al Colegio Colombiano de Psicólogos antes mencionadas es precisamente por la diferencia que existe entre los colegios y las asociaciones. En tal virtud, los Colegios Profesionales y las Asociaciones pueden coexistir simultáneamente en virtud de que tienen funciones distintas, así lo ha dicho también la Corte Constitucional. Las profesiones se pueden congregar en asociaciones científicas de acuerdo al libre derecho de asociación de la misma manera en cuanto a los Colegios profesionales se puede pertenecer a él como persona natural siempre y cuando cumpla con el requisito de hacer parte de una determinada profesión. La diferencia radica en que los Colegios representan globalmente a quienes ejercen determinada profesión, es el par natural de la profesión y como tal actúa en defensa de ella y de los profesionales tiene que ver con el ejercicio profesional determinado y por ende no pueden ser simplemente portavoces de una parte específica de un gremio profesional. Los Colegios pueden desarrollar las funciones públicas que les otorga la ley de acuerdo al artículo 26 de la Carta Política y en tanto, las asociaciones pueden desarrollar otras distintas a las del citado artículo 26, teniendo en cuenta que la Carta Política les da un tratamiento diferente. Por ejemplo, manejo de programas de educación continuada, tarifas, aspectos gremiales y laborales de acuerdo a los intereses del grupo.

Teniendo en cuenta estas consideraciones de carácter constitucional, legal y jurisprudencial; el Colegio es el único ente que permite un equilibrio en la representatividad profesional, en razón de que la academia no representa a los gremios ni viceversa, la Universidad no representa ni al gremio ni a la academia, en razón de que es certificador. Al hacer referencia a la función pública de la recertificación, con ello se pretende garantizar la calidad de la prestación de los servicios de salud, con el fin de que el talento humano sea idóneo. Se le asigna la función pública al Colegio para que este sea representativo de las vertientes de la profesión de psicología y dé fe sobre la idoneidad de ese recurso humano.

A todas luces el Colegio Colombiano de Psicólogos es la única entidad asociativa que representa los intereses profesionales de los Psicólogos y por tanto a través de este proyecto de ley se le otorgan funciones públicas con observancia del mandato constitucional de los artículos 26, 38 y 103 de la Carta Política.

Con las anteriores consideraciones, solicitamos a las Plenarias de Cámara de Representantes y Senado de la República, aprobar en el sentido de declarar constitucional en todas sus partes los artículos 6° y 12 del Proyecto de ley número 021 de 2004 Cámara, 253 de 2005 Senado, *por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.*

De los Presidentes de Cámara de Representantes y Senado de la República,

Alonso Acosta Osio, Rocío Arias y Ernesto Mesa Arango, Representantes a la Cámara; Alvaro Sánchez Ortega, Samuel Moreno Rojas y Luis Emilio Sierra Grajales, Senadores de la República.

INFORMES DE CONCILIACION

INFORME DE CONCILIACION AL PROYECTO DE LEY NUMERO 205 DE 2004 CAMARA, 086 DE 2005 SENADO

por medio de la cual se dicta la Ley de Teatro Colombiano, se crea el Fondo Nacional del Teatro y se dictan otras disposiciones.

Bogotá. D. C., abril 7 de 2006.

Doctores

CLAUDIA BLUM DE BARBERI

Presidenta del honorable Senado de la República

JULIO EUGENIO GALLARDO ARCHBOLD

Presidente de la honorable Cámara de Representantes

Congreso de la República

Ciudad

Referencia: Informe de Conciliación al Proyecto de ley número 205 de 2004 Cámara y 086 de 2005 Senado, por medio de la cual se dicta la Ley de Teatro, se crea el Fondo Nacional de Teatro y se dictan otras disposiciones.

Honorables Congresistas:

De acuerdo con la designación efectuada por ustedes y de conformidad con los artículos 161 de la Constitución Política y 186 de la Ley 5ª

de 1992, los suscritos Senadores y Representantes integrantes de la Comisión Accidental de Conciliación, nos permitimos someter por su conducto a consideración de las plenarias del honorable Senado de la República y de la honorable Cámara de Representantes, para continuar su trámite correspondiente, el texto conciliado del proyecto de ley en referencia, dirimiendo de esta manera las discrepancias existentes entre los textos aprobados por las respectivas sesiones plenarias realizadas el 9 de agosto de 2005 (Cámara) y 13 de diciembre de 2005 (Senado).

Luego de un análisis detallado de los artículos 4º parágrafo 2 y el artículo 6º, cuya aprobación por las respectivas plenarias presenta diferencias mas de redacción y digitación que un cambio de fondo en el propósito de los artículos mencionados, en reunión realizada el 4 de abril de 2006, hemos acordado y concluido que el texto del proyecto aprobado en el segundo debate de la plenaria de la Cámara efectuada el 9 de agosto de 2005 sea el que se acoja para su promulgación definitiva.

Cordialmente,

Samuel Moreno Rojas y Edgar Artunduaga, honorables Senadores; Ernesto Mesa, honorable Representante de Antioquia y Alexander López Maya, honorable Representante del Valle.

INFORMES DE MEDIACION

INFORME DE MEDIACION AL PROYECTO DE LEY NUMERO 188 DE 2005 SENADO, 164 DE 2004 CAMARA

por la cual se modifica parcialmente la planta de personal de la Cámara de Representantes, en desarrollo del artículo 150, numeral 20 de la Constitución Política.

Bogotá, D. C., abril 18 de 2006

Doctora

CLAUDIA BLUM

Presidenta del Senado

Doctor

JULIO GALLARDO

Presidente de la Cámara de Representantes

Referencia: Informe de mediación al Proyecto de ley número 188 de 2005 Senado, 164 de 2004 Cámara.

De acuerdo con el encargo impartido por ustedes, de manera atenta nos permitimos adjuntar el texto conciliado correspondiente al Proyecto de ley de la referencia, por la cual se modifica parcialmente la planta de personal de la Cámara de Representantes, en desarrollo del artículo 150 numeral 20 de la Constitución Política.

Cordialmente,

Héctor Helí Rojas J. y Oswaldo Darío Martínez B., Senadores; Rosmery Martínez R. y José Luis Arcila C., Representantes a la Cámara.

Anexo: lo anunciado.

TEXTO CONCILIADO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 188 DE 2005 SENADO, 164 DE 2004 CAMARA

por la cual se modifica parcialmente la planta de personal de la Cámara de Representantes, en desarrollo del artículo 150, numeral 20 de la Constitución Política.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Modifíquese el artículo 383 de la Ley 5ª de 1992, así:

3.11 Comisión de los Derechos Humanos y Audiencias.

3.12 Comisión Especial de Seguimiento al Proceso de Descentralización y Ordenamiento Territorial.

Artículo 2º. Adiciónese el artículo 383 de la Ley 5ª de 1992, así:

3.11 Comisión de Derechos Humanos y Audiencias:

Nº cargos	Nombre Cargo	Grado
1	Profesional Universitario	06
1	Secretaria Ejecutiva	05
1	Transcriptor	04
3		

Artículo 3º. *Funciones del Profesional Universitario de la Comisión de los Derechos Humanos y Audiencias de la Cámara de Representantes.* El Profesional Universitario con atribuciones de Profesional Universitario de la Comisión de Derechos Humanos y Audiencias de la Cámara de Representantes tendrá las siguientes funciones:

1. Supervisar la labor administrativa de la Comisión y de los servidores públicos que la integran.

2. Apoyar la labor interna de los congresistas y miembros de la Comisión y la ejecución de los planes trazados por la Comisión.

3. Elaborar el orden del día de cada sesión, en coordinación con el Presidente de la Comisión.

4. Mantener informados a los miembros de la Comisión sobre el curso de los temas tratados en las sesiones, así como hacer seguimiento al desarrollo de los mismos.

5. Llamar a lista a las sesiones y verificar el quórum.

6. Asesorar judicialmente en forma temporal a los usuarios de los servicios de la Comisión, de acuerdo con las instrucciones que le imparta al efecto su Presidente.

7. Las demás que le sean asignadas por las leyes y normas reglamentarias posteriores de acuerdo con la naturaleza de su cargo.

Parágrafo. Para ser Profesional Universitario de la Comisión de los Derechos Humanos y Audiencias de la Cámara de Representantes se

requiere acreditar título de abogado y un (1) año de experiencia profesional en el área de los Derechos Humanos.

Artículo 4°. *Funciones del cargo de Secretaria Ejecutiva de la Comisión de los Derechos Humanos y Audiencias de la Cámara de Representantes.* La Secretaria Ejecutiva de la Comisión de los Derechos Humanos y Audiencias de la Cámara de Representantes tendrá las siguientes funciones:

1. Dar información a las personas y entidades que lo soliciten.
2. Recibir, analizar y contestar la correspondencia de la Comisión y buscar datos que ayuden a su pronta y adecuada tramitación.
3. Atender al público en general, Representantes y demás servidores públicos.
4. Llevar la agenda diaria de compromisos del superior inmediato y mantenerlo informado de sus actividades y compromisos más importantes.
5. Tomar dictados, redactar oficios, memorandos, correspondencia, etc., y transcribirlos a computador.
6. Las demás que se le asignen acordes con la naturaleza de su cargo.

Parágrafo. La Secretaria Ejecutiva de la Comisión de los Derechos Humanos y Audiencias de la Cámara de Representantes deberá contar con tarjeta profesional de secretaria o diploma de bachiller comercial y dos (2) años de experiencia relacionada.

Artículo 5°. *Funciones del cargo de Transcriptor de la Comisión de los Derechos Humanos y Audiencias de la Cámara de Representantes.*

El Transcriptor de la Comisión de los Derechos Humanos y Audiencias de la Cámara de Representantes tendrá las siguientes funciones:

1. Grabar y transcribir las intervenciones de cada uno de los Representantes y de las demás personas que participen en las sesiones, contenidas en los equipos de grabación.
2. Remitir los documentos transcritos al Profesional Universitario de la Comisión o a la persona encargada, para la elaboración del anteproyecto del acta.
3. Ordenar el archivo en cuanto a cintas y transcripciones para darle mayor agilidad a la Comisión.
4. Apoyar durante las sesiones y colaborar en los asuntos de la Comisión.
5. Todas las demás que se le asignen acordes con la naturaleza de su cargo.

Parágrafo. El Transcriptor de la Comisión de los Derechos Humanos y Audiencias de la Cámara de Representantes deberá acreditar título de bachillerato comercial y un (1) año de experiencia relacionada.

Artículo 6°. La Mesa Directiva de la Cámara de Representantes realizará los trámites pertinentes para el cumplimiento de la presente ley, así como la ubicación del espacio físico donde funcionará la Comisión de Derechos Humanos y Audiencias de la Cámara de Representantes.

Artículo 7°. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su sanción y promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NUMERO 275 DE 2006 CAMARA

por medio de la cual se hace una adición al Código Penal (Ley 599 de 2000), se crea el tipo penal "denegación de salud" y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1°. El Título I, Libro Segundo del Código Penal, denominado Delitos contra la vida y la integridad personal, tendrá el siguiente Capítulo Noveno y el siguiente artículo:

"CAPITULO NOVENO"

De la denegación de salud

Artículo 134A. *Denegación de salud.* El que omita, impida, dilate, retarde, o niegue, la prestación del servicio público esencial de salud a cargo del Estado a una persona cuya vida o salud se encuentre en estado de inminente peligro, incurrirá en prisión de 2 a 4 años.

Si como consecuencia de la anterior conducta, sobreviene la muerte, la pena de prisión será de trece (13) a veinticinco (25) años.

Si la conducta fuere realizada por un profesional de la salud, se le impondrá también la inhabilitación para el ejercicio de la profesión por el mismo tiempo.

Artículo 134B. El Representante Legal o quien haga sus veces de una Entidad Prestadora de Salud de carácter Estatal o particular, que niegue la autorización de un procedimiento médico, hospitalario, quirúrgico o farmacéutico, autorizado por medio de Acción de Tutela, incurrirá en prisión de 2 a 4 años y multa de 300 a 1.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Artículo 2°. Esta ley entrará a regir a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Guillermo Antonio Santos Marín, Representante a la Cámara; Mauricio Jaramillo Martínez, Senador.

EXPOSICION DE MOTIVOS

DEL PODER PUNITIVO DEL ESTADO

"Las ideas que anidan en el corazón de los hombres de conseguir una paz social justa, un sistema equitativo que ampare sus derechos

fundamentales y una seguridad personal que evite los despotismos y arbitrariedades, han ido formando un patrimonio común, una plataforma sobre la que debe descansar también el ejercicio del poder punitivo del Estado..."¹.

Estas ideas sirven de directriz en la creación, aplicación y ejecución de las normas penales, y es por esto que el Estado debe intervenir para evitar los ataques graves a los bienes jurídicos más importantes, que en el caso que nos ocupa, corresponde al "**derecho a la Vida**". Las perturbaciones más leves del orden jurídico son objeto de otras ramas del derecho. Por tal razón, el derecho penal como todo el ordenamiento jurídico, y ante el surgimiento de nuevos tipos de delitos, este debe cumplir una función eminentemente protectora de bienes jurídicos. Resulta lógico y aceptable que el derecho penal no ha logrado impedir, disminuir, evitar o prevenir los comportamientos delictivos, puesto que a medida que la sociedad se desarrolla se da un surgimiento dinámico de la criminalidad.

Es por esto que la finalidad esencial de este proyecto, es la de tutelar en forma coactiva, mediante la amenaza de la imposición de una pena, unos valores jurídicos fundamentales, en cuya preservación o protección se encuentra interesado el Estado.

En este proyecto se trata de un delito, denominado "**Denegación de Salud**", introducido dentro del Título I, Libro Segundo del Código Penal, denominado delitos contra la vida y la integridad personal, puesto que el derecho a la vida es el atributo supremo de todo ser humano, soporte necesario de todos los demás derechos y facultades a él garantizados por el ordenamiento, y supuesto lógico de la existencia de la organización social.

ESTRUCTURACION DEL TIPO PENAL

A. La conducta delictuosa

Conforme al artículo 134A la conducta delictuosa consiste en "El que", es decir, cualquier persona puede encuadrar en el tipo penal, siempre que omita, retarde, rehúse, o impida la prestación del servicio

¹ Francisco Muñoz Conde – Introducción al derecho penal. Bosch, casa Editorial, S. A. Madrid-España.

público esencial de salud otorgado por el Estado, conociendo que el hecho es típicamente antijurídico y queriendo libremente su realización.

La negación o falta de atención en la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud, es un delito autónomo, que lo pueden cometer los funcionarios o empleados responsables de que el servicio público de seguridad social en salud sea prestado a los ciudadanos en forma real y efectiva en Colombia. Es en consecuencia un delito instantáneo, no requiere del resultado muerte como consecuencia de la omisión, o negación. El delito se consuma con la sola realización o el desarrollo de cualquiera de los cinco verbos rectores. La pena se agrava si como consecuencia de la negación o dilatación en la prestación del servicio sobreviene la muerte

B. Descripción Típica

1. **En sentido cuantitativo:** El sujeto activo es singular o monosubjetivo, ya que la parte preceptiva de la norma en el inciso 1°, lo señala con la expresión “El que”.

En sentido cualitativo: Se trata de un sujeto activo no calificado, pues en el inciso 1°, no se requiere condición o calidad especial en el agente del hecho típico, ya que cualquier persona puede encuadrar su conducta en el respectivo tipo.

En el inciso 3° del proyecto, encontramos un sujeto activo calificado, por cuanto el tipo penal o el precepto exigen cierta calidad, en este caso “el profesional de la salud”.

2. **Conducta Objetiva:** Posee cuatro conductas alternativas o cinco verbos rectores a través de los cuales se puede desarrollar el tipo penal. El verbo omitir, significa abstenerse de hacer algo. El verbo retardar, significa demorar, tardar o detener algo. El verbo impedir, significa, estorbar, imposibilitar la ejecución de algo. El verbo dilatar, es no hacer lo que se tiene que hacer dentro del término previsto por la ley o autoridad, procedimiento o protocolo médico, o cuando a falta de término no se ejecuta en el tiempo oportuno para que produzcan sus consecuencias normales. El verbo negar, significa no conceder lo que se pidió o solicitó, o eludir sin excusa legal un acto propio que se le ha solicitado u ordenado por la ley o autoridad competente.

Toda entidad pública o privada que preste servicios de salud, de cualquier nivel está obligada a atender las urgencias en su fase inicial. El único requisito es la necesidad. Según la ley no necesita de contratos, ni de afiliaciones ni demostrar capacidad de pago. Debe atenderlo el equipo médico de urgencias entrenado para tal fin. Siempre se debe atender el paciente, incluso para decirle que el caso no es urgente se requiere valoración médica. Todo caso debe ser atendido por un médico y las negaciones, retardos, omisiones son violaciones a los derechos de los pacientes y constituyen delito. La Superintendencia de Salud expidió la Resolución número 021 de 2005, mediante la cual se exige a los empleados del sector salud diligenciar el formato de negación de servicios de salud y medicamentos. En él debe explicar el profesional de la salud la razón por la cual no se brinda por ejemplo el servicio de urgencias o medicamentos.

Si después de recibir la atención de urgencias, esto es, de estabilizar sus signos vitales y sacarlo del peligro, diagnosticar su situación y definir la conducta a seguir, deben remitirlo a otra institución de mayor complejidad, deben hacerlo las mismas instituciones prestadoras de salud, sin que sea necesario firmar cheques, cuotas moderadoras, pagarés, depósitos, etc.. Cualquier cobro previo es ilegal.

3. **Sujeto Pasivo:** El sujeto pasivo, es común e indeterminado, esto es, puede ser cualquier persona que necesite y solicite la prestación del servicio médico, quirúrgico, farmacéutico u hospitalario, en cualquier nivel de atención, a una entidad responsable de la prestación del servicio, sea esta pública, mixta o privada.

C. Antijurisdicción

El objeto jurídico general tutelado es la vida y la integridad personal. El objeto jurídico específico tutelado es el cumplimiento imperativo de la seguridad social en salud para garantizar en forma efectiva y real la vida y la integridad de las personas. El cumplimiento del mandato imperativo de la prestación de los servicios públicos de salud, ordenada

por la Constitución y la ley, se logra con la atención médica, quirúrgica hospitalaria y farmacéutica, oportuna, pronta, efectiva y científica, para prevenir o curar las alteraciones en el cuerpo o en la mente que ponen en riesgo el bienestar o la vida de una persona, que ameritan la atención urgente de un equipo de salud.

D. Culpabilidad

El dolo es la forma de culpabilidad de este delito, esto es, que para que la conducta típicamente antijurídica sea culpable, es necesario que sea dolosa. El sujeto activo no solo debe comprender y determinarse de acuerdo con esa comprensión, sino además debe saber que quiere la realización de la conducta.

E. Punibilidad

La pena señalada para este delito es de dos (2) a cuatro (4) años de prisión, que el juez en cada caso, deberá individualizarla. Esta pena se aumentará de trece (13) a veinticinco años de prisión, en caso de muerte del paciente, además la suspensión del ejercicio al profesional de la salud por el mismo término.

LA CONSTITUCION POLITICA Y EL DERECHO A LA SALUD

La actividad de la salud como una función social.

El fundamento de la salud como función social se encuentra en el artículo 1° de la Constitución Política, ya que en él se establece que Colombia es un Estado social de derecho fundado en el respeto de la dignidad humana y la solidaridad de las personas que la integran, concepto que desarrolla el artículo 2° de la Carta al prever como uno de los objetos de las Autoridades de la República el de asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

El Derecho a la salud tiene como fundamento los artículos 1° (**dignidad humana**), 11 (**vida**), 13 (**igualdad**) y su desarrollo en los artículos 48 (**seguridad social**), 49 (**la salud como servicio público a cargo del Estado**), 50 (**atención a los niños menores de un año**) y 366 (**mejoramiento de la calidad de vida**).

Igualmente, el artículo 95 numeral 2 de la Constitución impone como deber a todas las personas: obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.

Con la Constitución de 1991 se introduce un nuevo derecho social de gran trascendencia por ser la salud un bien de interés público.

El Estado tiene la obligación de preocuparse por la salud de sus gobernados, a ejemplo de los gobernantes griegos para quienes este punto desplazaba todos los demás.

El derecho a la Salud ha sido reconocido como un derecho fundamental en el Pacto Internacional de Derechos de las Naciones Unidas de 1966, en cuyo artículo 12 consagra que los Estados partes reconocen “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y del goce de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones.

El fundamento ideológico de los instrumentos internacionales es el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, que señala que toda persona tiene derecho a la asistencia médica. En el artículo 49 se consagra la garantía de las personas en materia de salud. De allí se deriva no sólo el deber del Estado y la solidaridad de la comunidad, sino además, la obligación de los particulares de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. Consagrándose así tres destinatarios de este derecho; en primer lugar su propio beneficiario que debe sufragar su gasto si tiene capacidad para ello; la sociedad mediante la solidaridad y el Estado.

La Ley 9ª de 1979 constituye un importante precedente en lo relativo a la concepción de este derecho y a las responsabilidades oficiales y particulares. Ella dispone que:

“todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentaciones especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la salud de los demás”.

Con fundamento en los lineamientos trazados por la nueva Constitución, el Ministerio de Salud expidió la Resolución número 13.437 del 1º de noviembre de 1991, por la cual se constituyen los comités de ética hospitalaria y se adopta un decálogo de los derechos de los pacientes.

En la mencionada Resolución se determinó:

“Primero. Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención de los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio público de salud en las **Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas**, los derechos de los pacientes que se establecen a continuación:

Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, **posición económica o condición social:**

... 3. **Su derecho a recibir un trato digno...**” (Negrillas fuera del texto).

En todo caso, es indudable, dada su naturaleza de servicio público, que la seguridad social tiene que ser **permanente**, por lo cual no es admisible su interrupción, y que se habrá de cubrir con arreglo a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Si a lo dicho se agrega el carácter **obligatorio** del servicio, se tiene que, a la luz de la Constitución, el Estado es responsable de garantizar que las entidades de la seguridad social -públicas o particulares- estén dispuestas en todo momento a brindar atención oportuna y eficaz a sus usuarios. Allí radica uno de los fines esenciales de la actividad que les compete según el artículo 2º de la Carta.

De lo anterior se desprende que, todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud, sean públicas o privadas y tengan o no celebrado contrato de asistencia con entidades de previsión social, están obligadas a prestar atención inicial de urgencia, independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes y sin condicionar ese servicio a pagos previos ni al cumplimiento de los contratos que eventualmente tengan celebrados con el Estado en materia de seguridad social. Esa obligación es genérica, perentoria e inexcusable, de tal manera que, en el caso de probarse la negativa o renuencia de cualquier institución a cumplirla, se configura grave responsabilidad en su cabeza por atentar contra la vida y la integridad de las personas no atendidas y, claro está, son aplicables no solamente las sanciones que prevé el artículo 49 de la Ley 10 de 1990 sino las penales del caso si se produjesen situaciones susceptibles de ello a la luz de la normatividad correspondiente.

Es más, una de las manifestaciones concretas de las finalidades propias del Estado Social de Derecho se encuentra precisamente en dar mayor protección a aquellas personas que por diversas razones se encuentran en situación de debilidad, de desigualdad o indefensión. La precaria situación económica de muchas personas en Colombia obliga al Estado a adoptar medidas encaminadas a destinar parte de sus esfuerzos y recursos hacia el mejoramiento de las condiciones de vida de todos, pero particularmente de los más desamparados. De manera que no se justifica que pueda existir excusa alguna para que las entidades de salud públicas o privadas no le presten la atención médica que necesite un persona cuya vida o salud está en peligro, por cuanto dicha actividad corresponde a las finalidades propias del Estado Social y a aquellas que precisamente deben adelantar esas instituciones de salud en beneficio de los sectores menos favorecidos de la sociedad ya que en la mayoría de los casos, el llamado **“Paseo de la Muerte”** se presenta en esta población vulnerable.

MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL

- Constitución Nacional.

El artículo 2º de la Carta Fundamental, en su inciso segundo, proclama que “las autoridades de la República están instituidas par proteger a

todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra y bienes, creencias y demás derechos y libertades y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares”.

El artículo 11 de la misma obra, señala que “el derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte”.

El artículo 48 establece que “la seguridad social es un servicio público de carácter público que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado...”.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social”.

El artículo 49 prescribe que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. 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 señaladas 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.”.

Artículo 365. “Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional.

Los servicios públicos estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley, podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares. En todo caso, el Estado mantendrá la regulación, el control y la vigilancia de dichos servicios.”.

• Ley 100 de 1993.

El inciso segundo del artículo 152 dice la ley citada, señala que “los objetivos del sistema general de seguridad social en salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.”.

Esta misma ley en su artículo 153, bajo el principio de equidad establece que “El sistema de seguridad social en salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago.”.

Así mismo, bajo el principio de protección integral, dice que “El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud”.

• Estatuto orgánico del sistema general de seguridad social en salud (Decreto 1298/94).

El artículo 2º de esta obra prescribe lo siguiente “La prestación de los servicios de salud, es un servicio público esencial a cargo del Estado, gratuito y obligatorio en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional, administrado en asocio con las entidades territoriales, sus entes descentralizados y las personas privadas autorizadas para el efecto, en los términos que establece el presente estatuto”.

El artículo 3º establece los siguientes principios:

“Universalidad. Todos los habitantes en el territorio nacional tendrán acceso a los servicios de salud.

“Equidad. El sistema general de seguridad social en salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa”.

El artículo 6° establece “Principio General. Todo habitante del territorio nacional tiene derecho a las prestaciones de salud, en los términos previstos en este estatuto, y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la salud de la comunidad”.

ANÁLISIS DE CONVENIENCIA

Hace pocas semanas, todos los medios de comunicación dieron cuenta de dolorosos episodios que enlutaron varias familias colombianas, que pusieron en evidencia la fragilidad y lo inhumano del sistema de seguridad social en salud de Colombia.

Dichos episodios que hoy nos sorprenden, desafortunadamente no son hechos aislados dentro del diario vivir de muchos colombianos, sino que son actos repetitivos, conductas habituales de muchos, los empleados de las entidades responsables de la prestación del servicio de salud, que con desprecio por la vida de los demás, pisotean sus derechos a sabiendas que el Estado y todas las autoridades de la República están en la obligación de garantizarla y que hacen esfuerzos económicos y presupuestales para que lo ordenado en la Constitución y la ley no sea una ficción.

Soy un colombiano, testigo de excepción, a quien le tocó vivir, la indiferencia, el desprecio por la salud, de algunos empleados de tres entidades prestadoras de servicios en salud, a donde acudí para que me diagnosticaran y trataran un problema de salud, sin que esto fuera posible, no obstante mi condición de congresista y cotizante y afiliado al sistema, teniendo que finalmente recurrir a médico particular.

No es extraño entonces hoy, que por cuenta de peligrosos funcionarios y empleados del sistema de seguridad social en salud, se esté patrocinando el famoso “paseo de la muerte”, que tantas vidas ha cobrado y pueda cobrar en el futuro, sin que esta conducta criminosa, sea reprochada penalmente por la sociedad colombiana, y mantengamos los congresistas una actitud indolente e indiferente ante tan preocupante amenaza social.

Qué es o en qué consiste el paseo de la muerte. Es la incapacidad científica, técnica, logística, administrativa o simplemente volitiva de los empleados del sector salud, para resolver algunos tipos de enfermedad o urgencias, que traen como consecuencia el paseo del paciente de clínica en clínica o de hospital en hospital, sin que reciba atención en salud oportuna y eficiente, hasta que en medio de estos viajes fallece. Esto es simplemente denegaron del servicio público esencial de salud.

La impunidad no puede seguir reinando para esta clase de conductas, que cualquier día puede tocar las puertas de cualquier familia colombiana, y por eso la necesidad de penalizar este tipo de conductas de empleados y funcionarios responsables de todo el sistema de seguridad social en salud, es decir, de la prestación del servicio de atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria.

Si todos los colombianos, bajo el principio de universalidad, garantizados en la Constitución y la ley, arriba citadas, tienen acceso a la seguridad social en salud, ¿Entonces cuál es la razón para que las personas mueran por falta de atención oportuna y eficiente, por falta de elementos farmacéuticos, falta de camas, médicos, ambulancias, falta de capacidad de pago de la víctima, falta de presupuesto oficial, falta de convenios interinstitucionales, etc.,?

¿Si todos los colombianos, bajo el principio de universalidad, tienen acceso a la prestación de la seguridad social en salud, si todos los colombianos participan del sistema de seguridad social en salud, bien sea en condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado o en forma temporal como participantes vinculados, y sin embargo mueren muchos colombianos por falta de atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria en sus distintos niveles de atención, quién es el responsable de esa muerte y qué sanción penal recibe? Esta pregunta

hoy todavía no tiene respuesta, porque no se ha tipificado o penalizado este tipo de comportamientos o conductas. Solo existe la vía de la responsabilidad civil médica extracontractual, ante la jurisdicción contenciosa en caso de entidades públicas, o ante la jurisdicción ordinaria, en caso de entidades privadas.

He ahí la necesidad y conveniencia de tipificar o penalizar este tipo de conductas que hoy por hoy son una amenaza social contra la vida y la integridad personal.

INSTITUCIONALIZACIÓN DEL “PASEO DE LA MUERTE”

Hoy los mercaderes de la salud en Colombia, plantean que la Salud es una mercancía, que la atención hay que comprarla, que todo hay que pagarlo y que cada cual recibe de acuerdo con el Plan de Salud que pueda pagar o de los subsidios que el Estado le pueda dar de acuerdo con su nivel de pobreza.

Por las razones expuestas, es que el Sistema de Seguridad Social en Salud, se basa en el llamado aseguramiento, que no es otra cosa que la venta de paquetes de servicios, de acuerdo con la capacidad de pago, pero sin asumir riesgos por las contingencias epidemiológicas o financieras que se puedan presentar, lo que es más grave con una onerosa intermediación financiera que determina el gran lucro de las llamadas aseguradoras y descargando al Estado de la responsabilidad de garantizar del derecho a los ciudadanos.

Son estos elementos los que han determinado el fracaso de la Ley 100 de 1993, y por consiguiente, han dado origen al llamado “Paseo de la Muerte”, ya que la ineficiencia del Estado a través de un régimen de seguridad social lesivo para la población de escasos recursos económicos, deslegitima nuestro estado de derecho y con ello, el fundamento de la salud como función social, arrastrando a una población vulnerable a tener que claudicar y resignarse en las puertas de los hospitales y clínicas del país, mendigando por el derecho a la vida, a la igualdad, a la dignidad y lo que es más, al mejoramiento de la calidad de vida.

No estamos lejos de los hechos, y son numerosos los casos que se han presentado en el país, donde los enfermos han tenido que deambular por los centros hospitalarios en busca de atención médica, con las consecuencias ya conocidas. A continuación, es preciso traer a colación algunos casos publicados por los diarios del país, que muestran la magnitud del problema:

Diario *El Tiempo*, marzo 4 /2006.

TRES CENTROS MEDICOS LE NEGARON ATENCION POR FALTA DE SEMANAS COTIZADAS

Niño de 11 años, nueva víctima del ‘paseo de la muerte’ en Barranquilla

El martes en la tarde, mientras Barranquilla gozaba en el último día del Carnaval, Dennis Urieta Rojas buscaba algo que explicara lo inexplicable: la muerte de su hijo, de apenas 11 años.

Lo que empezó como una simple fiebre, una semana antes, terminó en tragedia. Inicialmente, cuenta la madre, los médicos de la Clínica Prevenir, adonde llegó el 22 de febrero con su niño, no podían hallar la causa de la fiebre.

“Me dijeron que era la peste tropical que anda por ahí; después, que era un ñero que se le infectó. Sólo cuando les pedí que hicieran la prueba de dengue dieron con el mal”, contó la afligida mujer.

Pero ni así mejoraron las cosas. Las fiebres altas no cedían, el niño empezó a delirar y en la clínica sólo le recetaban antibióticos y calmantes y lo regresaban a casa. “Cuando vi que la salud de mi hijo se deterioraba, lo llevé otra vez de urgencias a la clínica. Allí vomitó sangre y fue cuando el médico recomendó remitirlo a una unidad de cuidados intensivos, pero ellos no tenían”, dijo la mujer.

El drama se agravó porque la entidad a la que estaba afiliado el niño (Colmédicas) no autorizó el traslado a la Clínica Reina Catalina, con la excusa de que el niño sólo tenía cotizadas 26 semanas y se requería mínimo de 100 para permitir el procedimiento. De oficina en oficina, y enviada de un médico a otro, pasaron los días hasta que finalmente la mujer decidió trasladar al niño al Hospital Me-

tropolitano. Allí le negaron atención porque no tenían convenio con Colmédicas.

Desesperada, Dennis corrió con su hijo a la clínica La Asunción, donde le exigieron 5 millones de pesos.

Ella ofreció un millón, lo único que pudo reunir con sus familiares, pero no le aceptaron esa plata. Tuvo que regresar a Prevenir.

Amenazó con interponer una tutela. Trece horas después, el niño fue remitido otra vez, a la Reina Catalina, donde demoraron más de dos horas para la admisión mientras el niño agonizaba en una camilla, sin el respirador artificial que necesitaba para sobrevivir. Cuando se decidieron a atenderlo ya era muy tarde. Entró en crisis respiratoria, porque tenía los pulmones invadidos por la enfermedad. A los 11 años no lo mató el dengue, sino la indolencia. La Red de Urgencias del Distrito de Barranquilla está al frente de las investigaciones por el caso. Y los directivos de las diferentes instituciones médicas a las cuales fue llevado el menor y la EPS Colmédica se negaron a dar declaraciones sobre el hecho.

Pero este no es el primer caso.

En Barranquilla han ocurrido seis casos similares, sólo en lo que va corrido de este año. En el Hospital San Camilo, han muerto cuatro pacientes por circunstancias atribuidas a supuesta negligencia médica. Falleció un menor de 15 años. La víctima sufrió un trauma craneoencefálico por una caída.

“Los médicos del centro de salud dijeron que el menor requería atención urgente de tercer nivel y comenzó el viacrucis con la Red de Urgencias Pública. Sus Familiares llamaron 25 veces y nunca pudieron encontrar una cama desocupada en una unidad de cuidados intensivos. El niño permaneció 12 horas en urgencias, donde murió.

Diario “*El Tiempo* marzo 16 de 2006”.

DENUNCIAN AL HOSPITAL TUNJUELITO POR DEMORAS Y MAL SERVICIO DE AMBULANCIA “Paseo de la muerte a niña de 5 años”.

La ambulancia tardó seis horas en recoger a la paciente. Luego la llevó sin auxiliar de enfermería. La niña murió en el hospital.

La tragedia llegó al hogar de Ferney Pinzón el pasado viernes, cuando su hija, Gineth, de 5 años, se convirtió en otra víctima más del llamado ‘paseo de la muerte’.

Ese día, hacia las 4 de la tarde, Ferney llevó a su niña al Centro de Atención Médico Integral (Cami) El Carmen, en el sur, para que le atendieran de urgencia por un problema respiratorio.

Debido a que el estado de salud de la pequeña se complicó, los médicos ordenaron su remisión al hospital Tunjuelito Nivel II y pidieron la ambulancia (placas OIB 368) con la cual opera este hospital.

Pero el vehículo apareció casi seis horas después y sin llevar ningún auxiliar de enfermería para que atendiera a la niña por el camino. Según denunció el padre, cuando la pequeña ingresó al Tunjuelito, hacia las 10:10 de la noche, ya estaba desfallecida. Gineth murió media hora después de haber ingresado a este hospital.

“Este fue otro paseo de la muerte, porque aquí el servicio de ambulancia no funciona. Ese vehículo no cumple con los requisitos exigidos para operar. Anda solo con el conductor y sin auxiliar de enfermería para que asista a los pacientes”, aseguró el radioperador del hospital Tunjuelito, Martín Contreras.

Diario El Universal

En Cartagena –según el CRU (Centro Regulador de Urgencias)– fallecen cada mes, en promedio, 25 personas por la falta de asistencia médica a tiempo en las clínicas. Este panorama es todavía más desalentador al repasar la cifra, un poco menor, del año 2004, cuando el promedio mensual fue de 17 muertes.

Hoy es preciso tipificar como delito la denegación de salud, pues no podemos esperar que los problemas se agudicen y que amanezcamos con noticias de muertes trágicas relacionadas con la desatención de salud, bajo la mirada atónita y complaciente de un Estado que debe

preservar y garantizar el derecho, no solo a la salud sino a la vida de los colombianos, donde la pobreza, la desnutrición, la violencia y el desempleo y todo ese cinturón de miseria, han empujado a la población vulnerable a tener que refugiarse en su propia resignación. Es el caso por ejemplo de la población desplazada, donde el 88%, es decir unos 2,2 millones de personas, no tiene recursos suficientes para adquirir alimentos. Ellos son los más pobres entre los pobres².

Por tal motivo, dejo a consideración de los Honorables Representantes a la Cámara, el texto de este proyecto de ley, con la seguridad de que con su aprobación estaremos erradicando de nuestro entorno una nueva conducta que está haciendo tránsito ha convertirse en la más grave violación al derecho a la vida.

Guillermo Antonio Santos Marín, Representante a la Cámara; *Mauricio Jaramillo Martínez*, Senador.

CAMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARIA GENERAL

El día 25 de abril del año 2006 ha sido presentado en este Despacho el Proyecto de ley número 275 con su correspondiente exposición de motivos, por el honorable Representante *Guillermo A. Santos M.*; honorable Senador *Mauricio Jaramillo M.*

El Secretario General,

Angelino Lizcano Rivera.

PROYECTO DE LEY NUMERO 258 DE 2006

por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los 100 años de fundación de la Institución Educativa Colegio Nacional San Luis Gonzaga en el municipio de Chinácota, Norte de Santander.

Bogotá, D. C., abril 19 de 2006.

Doctor

ALFREDO ROCHA ROJAS

Secretario General

Comisión Cuarta

Honorable Cámara de Representantes

Respetado secretario

Dando cumplimiento a la designación recibida por parte de la mesa directiva de la comisión para actuar como ponente del Proyecto de ley número 258 de 2006, *por medio del cual la Nación se asocia a la celebración de los 100 años de fundación de la Institución Educativa Colegio Nacional San Luis Gonzaga en el municipio de Chinácota, Norte de Santander*, me permito presentar la misma con el fin de iniciar el trámite respectivo del proyecto de ley de la referencia.

El ordenamiento jurídico nacional establece que en la creación de gastos de carácter público por medio de iniciativas legislativas, esta actividad congresual se limita exclusivamente a la creación del Título Jurídico que fundamentará y explicará la inclusión futura del gasto o inversión pública en el presupuesto, sin que dicha actividad, como se resalta en el proyecto de ley en estudio, se convierta en una imposición imperativa para el ejecutivo por parte del órgano legislativo, pues es aquel el ordenador y autoridad autónoma en lo referente a gastos públicos nacionales. Es así como con la expedición de leyes de estas características se da el primer paso para la realización futura de un proyecto de inversión que encuentre asidero en el gran marco presupuestal, pues el título jurídico del gasto ya existe, simplemente nos resta esperar la asignación de los rubros presupuestales para el inicio de la ejecución de la obra.

A propósito de este tema a sostenido la Corte Constitucional. En Sentencia C-343 de 1995;

“La iniciativa parlamentaria para presentar proyectos de ley que decreten gasto público, no conlleva la modificación o adición del presupuesto general de la Nación. Simplemente esas leyes servirán de título para que posteriormente, a iniciativa del Gobierno, se incluyan en

2 Programa Mundial de Alimentos – PMA

la ley anual de presupuesto las partidas necesarias para atender esos gastos.”.

Igualmente, realizando un estudio sistemático de los requisitos de carácter indispensable que la legislación ha sostenido en los temas de gastos públicos de iniciativa legislativa, nos encontramos con la Ley Orgánica 819 de 2003, la cual sostiene que todo proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, expedido por el Congreso, la Asamblea o el Consejo, respectivamente, deberá señalar específicamente el impacto fiscal que dicho proyecto generaría, y su adecuación en el marco fiscal de mediano plazo; actuación esta que a lo largo de la exposición de motivos del Proyecto de ley 258 de 2006 juiciosamente se ha realizado, pues se explica de manera clara que el Marco Fiscal de Mediano Plazo presentado el año inmediatamente anterior, el cual es el referente para este proyecto, pues el trámite del mismo inició bajo la vigencia de este, estableció en su Capítulo X. titulado Del Plan Financiero, que los rubros de **inversión** para el año 2006 se espera que ascienda a 4.550 mm, manteniéndose en 1.5% del PIB, asignaciones respecto de las cuales se hará uso para realizar las inversiones a realizar en este proyecto, las cuales ascenderá a los setecientos millones (700.000.000) de pesos.

De la mano con lo anterior, es importante resaltar que en el Proyecto de ley 258 de 2006, se hace uso de la figura contemplada en la Ley 715 de 2001 artículo 102, en donde se contempla lo que se denomina como cofinanciación, figura en virtud de la cual los entes territoriales y la nación convergen a realizar aportes para la realización de una determinada obra o inversión, y en el caso concreto será de un aporte nacional del noventa (90%) por ciento de la mano con una asignación municipal del diez (10%) por ciento restante.

Es oportuno en este punto hacer alusión a un pronunciamiento que a propósito de la cofinanciación realizó la Corte Constitucional donde sostuvo que esta figura era;

“... desarrollo de los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad (C.P., artículo 288), la nación pueda en ciertos eventos brindar apoyo económico adicional a los municipios. Lo anterior, sin embargo, debe realizarse dentro del marco de la ley orgánica que distribuye competencias y recursos entre la nación y las entidades territoriales y siempre que, en aplicación de tales principios, ello sea procedente (C-017/97)”.

Por las razones expuestas hasta este momento, y encontrando totalmente adecuada tanto al orden constitucional como legal los móviles que llevaron a la creación y redacción de este proyecto de ley, encaminado al mejoramiento de las instituciones donde se presta los servicios educativos es obvio que mejorará la calidad de dicho servicio, redundando esto en la creación de mejores bachilleres y futuros ciudadanos. No obstante lo anterior es válido recalcar que las inversiones propuestas en el citado proyecto de ley están plasmadas en proyectos de inversión totalmente viables por el Departamento Nacional de Planeación e insertados en rubros presupuestales específicos y con sus respectivas cofinanciaciones territoriales.

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 258 DE 2006 CAMARA

por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los 100 años de fundación de la Institución educativa Colegio Nacional San Luis Gonzaga en el municipio de Chinácota, Norte de Santander.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. La Nación se asocia a la celebración del centenario de actividades académicas del Colegio San Luis Gonzaga, en reconocimiento a sus labores en beneficio del municipio de Chinácota, Norte de Santander.

Artículo 2°. Autorícese al Gobierno Nacional, de conformidad con los artículos 288, 334, 341 y 345 de la Constitución Política y las competencias asignadas en la Ley 715 de 2001, para incorporar dentro del presupuesto general de la Nación correspondiente a la vigencia fiscal 2007, las apropiaciones necesarias que permitan cofinanciar con un aporte del noventa (90%) por ciento la construcción, ejecución, terminación y dotación siguientes obras de infraestructura en el ente educativo;

- Remodelación, adecuación y dotación del aula múltiple del Colegio San Luis Gonzaga, ampliando su capacidad, adecuación de fachada y el suministro de luz eléctrica.

- Construcción del Coliseo cubierto con capacidad para albergar a más de 100 personas sobre las canchas de baloncesto y microfútbol de dicha institución.

Parágrafo. El costo total de las obras anteriormente descritas asciende a los setecientos millones (\$700.000.000) de pesos y se llevarán a cabo a través de la figura de cofinanciación entre la Nación, con recursos del Presupuesto general y el ente territorial respectivo con los recursos destinados para él en el Plan Nacional de Desarrollo.

Artículo 5°. El Congreso de Colombia, concurre a la celebración de los 100 años de la fundación del Colegio Nacional San Luis Gonzaga, emitiendo en Nota de Estilo un pergamino que contenga el texto de la presente ley.

Artículo 6°. La presente ley rige a partir de su promulgación.

Proposición

Con base en el texto del proyecto de Ley presentado, solicitarlo darle primer debate al Proyecto de ley número 258 de 2006, Cámara “...por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los 100 años de fundación de la Institución educativa Colegio Nacional San Luis Gonzaga en el municipio de Chinácota, Norte de Santander”.

Agradeciendo de antemano su acostumbrada colaboración;

Alfonso Antonio Campo Escobar,
Representante a la Cámara,
Departamento del Magdalena.

P O N E N C I A S

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 023 DE 2005 CAMARA

por medio de la cual se modifican la Ley 97 de 1913, la Ley 84 de 1915, y se dictan otras disposiciones.

Respetados Colegas parlamentarios:

De acuerdo a la honrosa designación que nos hiciera la mesa directiva de esta Comisión nos permitimos rendir el informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 023 de 2005, Cámara, iniciativa presentada por el honorable Representante Gustavo Lanziano.

El grupo de ponentes se reunió para discutir y analizar el contenido del proyecto con representantes de las entidades interesadas en el proyecto tales como: Andesco, Ministerio de Minas y Energía, Superintendencia de Servicios Públicos, CREG, Red de Veedurías de Colombia,

Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Asociación de Concesionarios del Alumbrado Público, Aciem, la Federación Colombiana de Municipios, entre otras.

1. CONSIDERACIONES LEGALES SOBRE EL ALUMBRADO PUBLICO

En proyecto de ley, se argumenta que éste tiene como objetivo primordial “**darles a los municipios, usuarios y ciudadanía en general la claridad sobre el tributo de alumbrado público, en donde se debe hacer énfasis en que no es un impuesto legalmente establecido, no es un tributo sino una obligación exclusiva a cargo de los municipios, liberando de una carga ilegalmente cobrada a los colombianos**”.

Así mismo, en la exposición de motivos se sustenta la necesidad de aprobar la iniciativa legislativa, en que el impuesto de alumbrado públi-

co establecido por las Leyes 97 de 1913 y 84 de 1915 no se encuentra vigente, conclusión esgrimida con base en el concepto de la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, Consulta número 1201 de junio 9 de 1999, con ponencia del consejero Javier Henao Hadrón.

Se manifestó que en relación con la vigencia del literal d) del artículo 1° de la Ley 97 de 1913¹, la Corte Constitucional en Sentencia C-504 de 2002, M.P. Jaime Araújo Rentería, declaró la exequibilidad de dicha norma, luego de analizar, entre otras cosas, el alcance de la facultad extraordinaria otorgada al Presidente de la República mediante el artículo 76 de la Ley 11 de 1986, a fin de codificar las disposiciones vigentes para la organización y el funcionamiento de la Administración Municipal, dando así origen al Decreto 1333 de 1986, con base en dicho análisis, la Corte Constitucional concluyó que la norma en comento se encuentra vigente, motivo por el cual procedió al estudio de constitucionalidad de la misma. Mencionó dicha sentencia:

“Ahora bien, con apoyo en las facultades extraordinarias otorgadas al Presidente para “Codificar las disposiciones constitucionales y legales vigentes para la organización y el funcionamiento de la Administración Municipal. (...)” el Gobierno expidió el Decreto 1333 de 1986, contenido del Código de Régimen Municipal. Siguiendo los lineamientos de la ley de facultades, a través del artículo 172 de este decreto se estableció: Además de los existentes hoy legalmente, los municipios y el Distrito Especial de Bogotá pueden crear los impuestos y contribuciones a que se refieren los artículos siguientes”.

En el artículo 173 y siguientes el Decreto 1333 contempla los siguientes tributos municipales: impuesto predial; impuesto de industria y comercio y de avisos y tableros; impuesto de industria y comercio al sector financiero; impuesto de circulación y tránsito; impuesto de parques y arborización; impuesto de espectáculos públicos; impuesto a las ventas por el sistema de clubes; impuesto de casinos; impuesto de degüello de ganado menor; impuestos sobre billetes, tiquetes y boletas de rifas y apuestas y premios de las mismas; impuesto sobre apuestas mutuas; estampilla pro-electrificación rural. Asimismo, en el artículo 233 del Decreto 1333 se indicó que los concejos municipales y el Distrito Especial de Bogotá pueden crear los siguientes impuestos: de extracción de arena, cascajo y piedra del lecho de los cauces de ríos y arroyos; de delineación en los casos de construcción de nuevos edificios o de refacción de los existentes; por el uso del subsuelo en las vías públicas y por excavaciones en las mismas. Culmina el Título de los Bienes y Rentas Municipales aludiendo a la contribución de valorización y a la participación en el impuesto a las ventas (artículos 234 y 245).

La redacción del artículo 233 del decreto 1333 de 1986 sugiere una modificación del artículo 1° de la ley 97 de 1913, que dejaría al margen del mundo positivo, entre otros, los literales censurados por el actor.

Tendencia que a su turno pretendería consolidarse con la opción derogatoria vertida en el artículo 385 *ibidem*, que a la letra dice:

“Conforme con lo dispuesto en el artículo 76, literal b), de la Ley 11 de 1986, están derogadas las normas de carácter legal sobre organización y funcionamiento de la administración municipal no codificadas en este estatuto”.

Desde luego que esta disposición no tiene el menor arraigo jurídico en la Ley 11 de 1986, que como bien se registró, no le confirió al Presidente de la República atribución alguna para modificar o derogar leyes. De suerte tal que los literales acusados han mostrado siempre una vigencia impositiva no susceptible de afectación por dispositivos, que como el del artículo 385, pretenden derogarlos tácitamente al amparo de facultades inexistentes.

La Corte Constitucional procedió a la revisión de la norma acusada y concluyó que esta era acorde con la Constitución de 1991, lo que nos lleva a concluir que la Ley 97 de 1913 en lo relacionado con el impuesto de alumbrado público se encuentra vigente y, en virtud de tal vigencia, algunos municipios han adoptado el cobro de este impuesto para cumplir con el servicio en su respectiva jurisdicción, de tal forma que el proyecto de ley en estudio al modificar la fuente de financiación del servicio de alumbrado presenta serios efectos presupuestales para los entes territoriales.

En efecto, la consecución de recursos para cubrir el costo del servicio de alumbrado público ha representado para los municipios problemas

financieros, al punto que la ley se ha encargado de establecer regalías destinadas exclusivamente al pago de deudas por servicios de energía y alumbrado a cargo de los mismos², con lo cual se confirma que la responsabilidad en la prestación de este servicio es de los municipios, realidad que no requiere de precepto legal que así lo indique³.

Frente a tal responsabilidad, y algunos municipios han adoptado el cobro del impuesto sobre el servicio de alumbrado público, amparados en la Ley 97 de 1913, lo cual es apenas razonable, teniendo en cuenta que los impuestos son ingresos propios recurrentes que permiten destinar de manera continua recursos para la operación, mantenimiento, repotenciación, modernización y administración de la infraestructura necesaria para la prestación de tal servicio.

Con lo anterior, en lo relativo al servicio de alumbrado público, su fuente de financiación es el tributo establecido en las Leyes 97 de 1913 y 84 de 1915, teniendo en cuenta que se encuentran vigentes y que la primera goza, en lo concerniente al impuesto sobre el alumbrado público, de una declaratoria de constitucionalidad por parte de la Corte Constitucional.

En cambio, si los municipios deben asumir con los recursos por ingresos tributarios el costo de Servicio, como lo propone el proyecto de ley, se afectaría la programación y ejecución presupuestal de los entes territoriales llegando incluso a afectar la disponibilidad de recursos propios y, por ende, los indicadores de la Ley 617 de 2000. Al respecto es de suma importancia llamar la atención acerca de que el costo fiscal de la iniciativa legislativa no ha sido cuantificado en la exposición de motivos de la misma, requisito de necesario cumplimiento al tenor del artículo 7° de la Ley 819 de 2003, según el cual:

“Artículo 7°. *Análisis del impacto fiscal de las normas.* En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.”.

2. EL IMPUESTO DEL ALUMBRADO PUBLICO

Los municipios han sido conscientes de su responsabilidad en la prestación del servicio municipal del alumbrado público a sus áreas respectivas, para cumplir con dicha función ha creado el impuesto del alumbrado a sus habitantes respaldándose en las Leyes 97 de 1913 y 84 de 1915.

La Ley 97 de 1913 le dio potestad al municipio de Bogotá, como se comentó anteriormente para la creación de los impuestos del servicio del alumbrado y el del barrido y limpieza de calles, y la Ley 84 de 1915 amplió dicha potestad a los demás municipios del país. Los municipios crearon dichos impuestos a través de sus concejos, impuestos que posteriormente fueron integrados al impuesto predial.

Para el cobro del impuesto del alumbrado público los municipios tienen las modalidades de una tarifa fija (en pesos), un porcentaje del consumo de energía eléctrica y un porcentaje incluido en el predial. El hecho de que no aparezca cobrado en las facturas de energía no significa que no se cobre.

Cuando un comercializador es el contratista de un municipio, este está recibiendo este pago recaudado a través de la factura, como lo sugiere la CREG en su Resolución 043 de 1995.

En lo facturado se cancela la energía consumida por el sistema de alumbrado, el mantenimiento, operación y expansión de este. En caso de que el recaudo no baste para pagar su prestación, el municipio deberá aportar los recursos faltantes.

La CREG también ratificó la responsabilidad de los municipios en su prestación.

Así, es claro que la potestad para crear el impuesto del alumbrado público está en cabeza de los municipios a través de sus concejos; por

¹ “Artículo 1°. El Concejo Municipal de la ciudad de Santa Fe Bogotá puede crear libremente los siguientes impuestos y contribuciones, además de los existentes hoy legalmente; organizar su cobro y darles el destino que juzgue más conveniente para atender a los servicios municipales, sin necesidad de previa autorización de la Asamblea Departamental: d) Impuesto sobre el servicio de alumbrado público.”.

² Ley 781 de 2002, artículo 4° numeral 13; Ley 788 de 2002, artículo 107; Ley 859 de 2003, artículo 1°; Decreto 1190 de 2003, reglamentario del artículo 107 de Ley 788 de 2002.

³ La Resolución CREG 043 de 1995 que define el servicio de alumbrado público, ha establecido que la responsabilidad en la prestación, expansión y mantenimiento del servicio corresponde a los municipios.

lo tanto es inconveniente quitarle esta potestad a los municipios reconocida por nuestra Carta Política y se estaría ante una modificación y aplicación incorrecta de la misma.

En el caso de Bogotá, las anteriores administraciones presentaron a consideración 13 proyectos de acuerdo al Concejo, tendientes a obtener autorización para cobrar el impuesto de alumbrado público a los capitales, y en igual de ocasiones este legislativo lo negó.

3. RESPONSABILIDAD EN LA PRESTACION DEL ALUMBRADO PUBLICO.

La definición de la Resolución CREG 043 de 1995 bien conceptualiza el alumbrado público y su prestador:

“Servicio de alumbrado público. Es el servicio público consistente en la iluminación de las vías públicas parques públicos, y demás espacios de libre circulación que no se encuentren a cargo de ninguna persona natural o jurídica de derecho privado o público, diferente del municipio, con el objeto de proporcionar...”.

La Resolución es clara en definirlo como un servicio público cuya prestación es responsabilidad de los municipios dentro del perímetro urbano y área rural en su jurisdicción, así mismo, el artículo 311 de nuestra Carta establece: **“Al Municipio como entidad político-administrativa del Estado le corresponde prestar los servicios públicos que determine la ley, construir las obras que demande el progreso local, ordenar el desarrollo de su territorio, promover la participación comunitaria, el mejoramiento social y cultural de sus habitantes...”.**

Son los municipios los responsables por la prestación del servicio municipal de alumbrado público, el mantenimiento de los postes, redes, transformadores exclusivos, luminarias y demás elementos destinados para su prestación. También es responsable por la expansión y por el suministro de la energía eléctrica específica para el alumbrado público.

El municipio podrá realizar el mantenimiento y la expansión por su propia cuenta o mediante convenio o contrato celebrado con la misma empresa de servicios públicos que le suministre la energía eléctrica o con cualquier otra persona natural o jurídica que acredite idoneidad y experiencia en la realización de dichas labores.

4. ESQUEMAS DE FUNCIONAMIENTO DEL ALUMBRADO PUBLICO

Por ser propietarios los municipios a nivel nacional de los activos o infraestructura del alumbrado público, suya es también la potestad de contratar con un tercero que en la mayoría de veces es el mismo comercializador de energía que ejerce casi un monopolio natural; ya sea por contrato o por concesión.

Los concejos municipales, obedeciendo mandatos constitucionales pueden manejar los contratos de mantenimiento con quienes ellos determinen, sin necesidad que sea empresa de servicios públicos domiciliarios de energía. La CREG concedora de esta autonomía de los municipios, simplemente se limita a establecer en la Resolución 043 de 1995:

2. “Con cualquier otra persona natural o jurídica que acredite idoneidad...”.

8. “Las actividades de que trata el presente artículo podrían ser desarrolladas por uno o varios contratistas...”.

Las Leyes 142 y 143 de 1994 le dieron a la CREG la competencia de la regulación, que en lo atinente al alumbrado público es el suministro de la energía eléctrica, las actividades de mantenimiento y expansión son exclusivas de los municipios por Constitución Política. En el punto de entrega de la energía eléctrica nace la frontera comercial.

En cualquiera de las dos modalidades, la tarifa sea fija (un valor por luminaria reflejado en un consumo o variable con medidor) va incluida en las facturas del comercializador hacia el municipio.

4.1. POR CONTRATO O CONVENIO

El municipio contrata con la misma empresa distribuidora y comercializadora de energía local el suministro de la energía requerida para el sistema de alumbrado público. Debido a su carácter especial, el alum-

brado público se considera como un usuario no regulado; es decir sus tarifas son de libre negociación.

Por tal razón los municipios al comprar energía en bloque pueden negociar sus tarifas, y obtener así mejores tarifas en beneficio de sus finanzas públicas.

La CREG expidió la Resolución 089 de 1996: **“Por la cual se establece el régimen de libertad de tarifas para la venta de energía eléctrica a los municipios y distritos, con destino al alumbrado público.”**

“Artículo 10: Establécese el régimen de libertad de tarifas para la energía eléctrica que las empresas distribuidoras-comercializadoras o comercializadoras suministren a los municipios y distritos, con destino al alumbrado público.”.

“Artículo 2°. La actividad de comercialización de electricidad para alumbrado público está sujeta a las normas que rigen la comercialización de electricidad.”.

“Artículo 3°: Esta resolución deroga el artículo 50 de la Resolución CREG 043 del 23 de octubre de 1995, y rige a partir de la fecha de su publicación en el *Diario Oficial*.”.

La no aplicación de esta resolución, la falta de control y de repotenciación hacia la tecnología del sodio han afectado las finanzas públicas de los municipios.

Ejemplo de ello ha sido el contrato que ha venido prestando frente al Distrito la EEB y hoy la empresa Codensa, al no obtener las ventajas de unas tarifas mucho más justas y ser el mayor usuario no regulado del país.

4.2. POR CONCESION

En esta opción el municipio otorga la infraestructura a un concesionario para su operación, mantenimiento, repotenciación e incluso contrata el suministro de la energía requerida. El concesionario se compromete a cambiar las luminarias ineficientes por otras con menor consumo y a efectuar el mantenimiento y la operación del sistema, así como a ejecutar las expansiones programadas.

Sin embargo, para la repotenciación el municipio puede contratar un crédito que puede ser manejado por una fiducia que puede vigilar lo que se ahorre por las nuevas fuentes de energía y que el concesionario vaya descontando del suministro. Está probado que el simple cambio del conjunto eléctrico de las luminarias existentes de la fuente de mercurio a la de sodio, en menos de dos años la economía del suministro cubre el valor del cambio, es preciso enfatizar que los municipios no tienen un mejor alumbrado público, no porque no lo quieran, sino simplemente por problemas financieros.

Las deficiencias financieras de los municipios hacen que los Concejos cuando aprueban el presupuesto por un problema coyuntural de pobreza, no destinen para el alumbrado público sino lo básico proporcional a su condición económica.

Cuando esta situación se sale del control de la competencia del concejo municipal se termina sin su intervención concesionado el alumbrado público, generándole unos costos al municipio superiores a los que puede cubrir, y deja de lado otros compromisos de orden social.

En cualquiera de las dos modalidades, las tarifas que se cobran por el impuesto del alumbrado están dadas por tasas variables resultantes de un porcentaje aplicado al consumo o por tasas fijas. Siendo las tarifas adoptadas por la opción de las concesiones mucho más costosas que las de contrato, además que los concesionarios no deben realizar grandes inversiones puesto que las infraestructuras ya han sido construidas por el municipio; por lo tanto no son recomendadas su elección.

5. CONSIDERACIONES FINALES

Dadas las características técnicas, administrativas y financieras del servicio de alumbrado público y el interés que despierta la regulación de tan importante tema, el grupo de ponentes sugiere que previa concertación, estudio y análisis entre las entidades del orden nacional, territorial y de las distintas organizaciones prestadoras del servicio de Energía

Eléctrica de naturaleza pública, privada o mixta; y así como las propuestas generadas desde las comunidades en general, se elabore una nueva propuesta legislativa, que facilite la expedición de una normatividad que permita superar las deficiencias legales existentes alrededor de este importante servicio, organizar su prestación y brindar seguridad jurídica a los entes territoriales, a los prestadores del servicio y a los usuarios del servicio en general, este último como principal beneficiario del mismo.

Proposición

Con fundamento en las consideraciones anteriores, nos permitimos rendir informe negativo al Proyecto de ley número 023 de 2005, Cámara “*Por medio de la cual se modifican la ley 97 de 1913, la Ley 84 de 1915, y se dictan otras disposiciones*”, y como consecuencia de las argumentaciones propuestas se propone el archivo del proyecto.

Cordialmente,

Alirio Villamizar Afanador, Ponente Coordinador; *Luis Enrique Dussán López*, Coponente; *Luz Piedad Valencia Franco*, Coponente, honorables Representantes.

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 260 DE 2006 CAMARA, ACUMULADO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 263 DE 2006 CAMARA

por la cual se modifica la Ley 546 de 1999 y se destinan recursos para la vivienda de interés social.

Doctor

CESAR NEGRET MOSQUERA

Presidente Comisión Tercera

Cámara de Representantes

Honorable Representante:

Nos ha correspondido rendir ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 260 de 2006 Cámara, acumulado al Proyecto de ley número 263 de 2006 Cámara, *por la cual se modifica la Ley 546 de 1999 y se destinan recursos para la vivienda de interés social*. Proyectos de ley presentados por los honorables Representantes Oscar Darío Pérez y Omar Flórez y por la señora Ministra de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Sandra Suárez Pérez. Esta iniciativa refleja el interés parlamentario y gubernamental por mejorar la calidad de vida de los colombianos. A continuación ponemos en consideración de los miembros de la Comisión Tercera de la Cámara de Representantes, el presente informe de ponencia, el cual estructuramos de la siguiente manera:

1. Antecedentes del proyecto de ley.
2. Descripción de la normatividad propuesta.
3. Acciones del Gobierno Nacional.
4. Conclusiones.
5. Proposición final.

Con base en lo anterior, pasamos a rendir informe de ponencia.

1. Antecedentes del proyecto de ley

Es importante señalar que la modificación de la Ley 546 de 1999, con relación al artículo 29 que trata sobre destinación de subsidios a la vivienda de interés social subsidiable, ya había sido abordada por el Congreso de la República en anteriores legislaturas. Es así como en septiembre del año 2004, los representantes Omar Flórez, Etanislao Ortiz y el senador Humberto Builes presentaron el Proyecto de Ley 151 de 2004 Cámara “*Por el cual se modifica la Ley 546 de 1999 y se destinan recursos para la vivienda de interés social*”, el cual a pesar de contar con ponencias favorables de los representantes Oscar Darío Pérez, Oscar Grisales y Luis Salas y el respaldo del pleno de la Cámara de Representantes no fue posible que terminara favorablemente su trámite legislativo. El Proyecto de ley 260 de 2006 Cámara, acumulado al Proyecto de ley 263 de 2006, retoma muchas de las propuestas de la anterior iniciativa.

Con la expedición de la Ley 546 de 1999 se avanzó en el objetivo de dar vivienda digna a todos los colombianos, de conformidad con lo establecido en el artículo 51 de la Constitución Política.

Esta ley además de constituir un instrumento normativo básico que regula el crédito hipotecario para financiación de vivienda en Colombia, consagró disposiciones específicas relacionadas con la Vivienda de Interés Social, VIS, es decir, aquella destinada a beneficiar a los colombianos con menores ingresos.

A través de la Ley 546 de 1999, en su artículo 29, se establece que, durante un plazo máximo de cinco (5) años, contados a partir de la fecha de su expedición, se destinarán recursos por valor de \$150.000.000.000 expresados en Unidad de Valor Real, UVR, a la concesión de subsidios para vivienda de interés social. La norma consagra lo siguiente:

Artículo 29. *Destinación de subsidios a la vivienda de interés social subsidiable*. De conformidad con el numeral 2 del artículo 359 de la Constitución Política, durante los cinco (5) años siguientes a la vigencia de la presente ley, se asignará de los recursos del presupuesto nacional una suma anual equivalente a ciento cincuenta mil millones de pesos (\$150.000.000.000.00) expresados en UVR, con el fin de destinarlos al otorgamiento de subsidios para la Vivienda de Interés Social, VIS, subsidiable. La partida presupuestal de que trata este artículo no podrá ser objeto en ningún caso de recortes presupuestales.

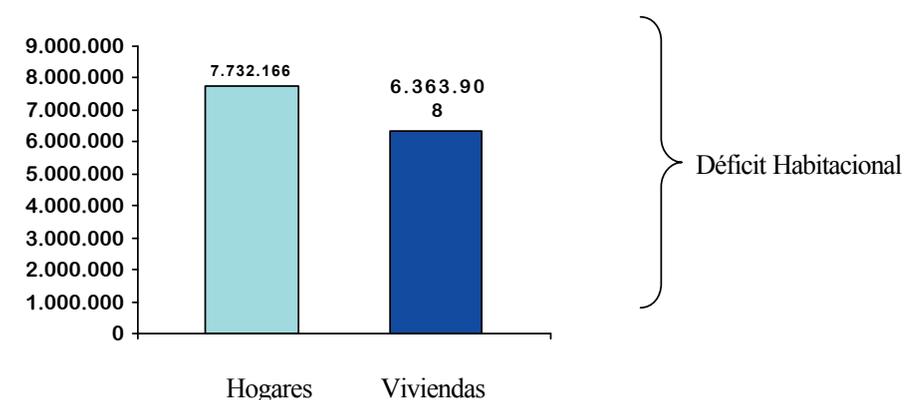
Para dar cumplimiento al artículo 51 de la Constitución Política de Colombia las entidades del Estado o de carácter mixto, que promuevan, financien, subsidien o ejecuten planes de vivienda de interés social subsidiable, directa o indirectamente diseñarán y ejecutarán programas de vivienda urbana y rural, especialmente para las personas que devengan hasta dos (2) salarios mínimos y para los desempleados. Dichos programas se realizarán en distintas modalidades en los términos de la Ley 3ª de 1991.

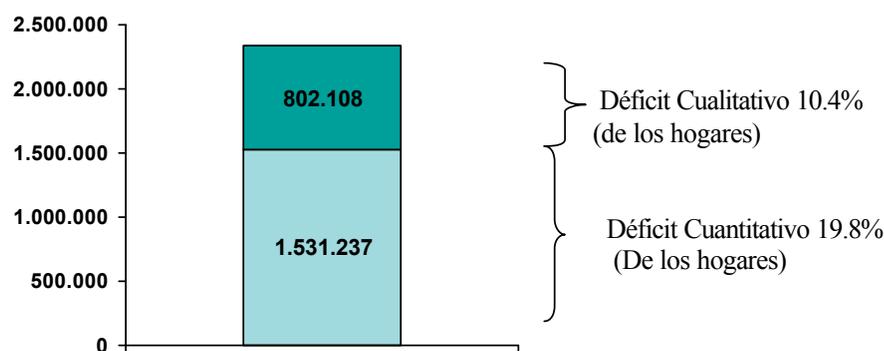
Parágrafo 1º. El Gobierno Nacional destinará anualmente el veinte por ciento (20%) de los recursos presupuestales apropiados para el subsidio a la vivienda de interés social VIS para atender la demanda de la población rural. Al final de cada semestre si no se hubiere colocado el total de los recursos en la vivienda rural, el remanente se destinará a atender la demanda urbana.

Parágrafo 2º. Las autoridades municipales y distritales exigirán a todos los proyectos de vivienda la obligatoriedad de disponer el uno por ciento (1%) de las viviendas construidas y en los proyectos de menos de cien (100) viviendas de una de ellas para la población minusválida. Las viviendas para minusválidos no tendrán barreras arquitectónicas en su interior y estarán adaptadas para dicha población, de acuerdo con las reglamentaciones que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

De igual forma, el artículo en su parágrafo primero (1º), establece los criterios de distribución regional, de los cuales el 20% se destina a Vivienda de Interés Social Rural y el 80% restante para subsidiar Vivienda de Interés Social Urbana.

No obstante lo anterior, a pesar del esfuerzo de las entidades vinculadas a la Política de Vivienda de Interés Social, la demanda por VIS aún es considerable. En Colombia el déficit habitacional se estima en 2.3 millones de unidades, afectando a más del 30% de los hogares. El déficit cuantitativo asciende a 1.531.237, es decir, un porcentaje del 19.8% de los 7.7 millones de hogares colombianos que no cuentan en la actualidad con vivienda. El déficit cualitativo asciende a 802.108, correspondiente al 10.4% de los hogares. Las anteriores cifras reflejan el enorme esfuerzo económico que aún se requiere para solucionar el problema de vivienda a las personas que lo necesitan.





Así mismo, cada año se conforman en las áreas urbanas del país cerca de 200.000 hogares, de los cuales 65.000 están vinculados a la economía informal y presentan ingresos inferiores a 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes (smmlv). De igual forma se estima que un millón de hogares están localizados en zonas de alto riesgo y cerca de 210.000 hogares desplazados por la violencia, localizados actualmente en las ciudades, requieren atención de vivienda.

En los centros urbanos el 44% de los hogares, no son propietarios de sus viviendas. El 71% de esos hogares constituyen la demanda potencial del programa de Subsidio Familiar de Vivienda.

Cabe destacar que Colombia se considera un país altamente urbanizado (32.7 millones de habitantes en zonas urbanas, es decir el 72% de la población nacional); pero a pesar de las ventajas que supone el proceso de urbanización, en las ciudades existe una alta incidencia de asentamientos precarios y un consumo acelerado de suelo urbanizable.

2. Descripción de la Normatividad Propuesta

El articulado acogido por el grupo de ponentes, es el correspondiente al Proyecto de ley número 260 de 2006 Cámara, el cual prevé modificaciones al artículo 29 de la Ley 546 de 1999 en los siguientes términos:

- Se levanta la restricción de tiempo relacionada con la destinación de los recursos del Presupuesto Nacional para el otorgamiento de subsidios de Vivienda de Interés Social, y se propone que en los recursos sean asignados anualmente.

- Se propone calcular el otorgamiento de subsidios, en salarios mínimos mensuales legales vigentes (smmlv) y no en Unidad de Valor Real, UVR. La UVR corresponde exactamente a la variación del Índice de Precios al Consumidor IPC certificado por el DANE y su valor en pesos se determina exclusivamente con base en la inflación como tope máximo. Por su parte el Salario Mínimo recoge la inflación esperada más la productividad, es decir toma en cuenta la pérdida del poder adquisitivo y un valor adicional.

Si el presupuesto destinado a subsidios de vivienda se mide en salarios mínimos la indexación anual será más alta. Por esta razón se propone calcular el presupuesto para subsidios de VIS en salarios mínimos, esto traería como resultado que los recursos sean mayores pues este índice es superior a los índices de inflación.

Por último, teniendo en cuenta que los valores de los subsidios familiares de vivienda se miden en salarios mínimos, se pretende dar uniformidad a todo el sistema de asignación de subsidios.

Para ilustrar las ventajas de expresar la cifra en smmlv, en el siguiente cuadro se muestra la diferencia entre el aumento del IPC anual y la variación de los smmlv en los últimos siete años.

AÑO	IPC ANUAL	VARIACION SMMLV
1999	9,24%	16,01%
2000	8,75%	10,00%
2001	7,66%	9,96%
2002	7,01%	8,04%
2003	6,50%	7,44%
2004	5,51%	7,83%
2005	4,85%	6,56%

- Se incrementa nominalmente la suma que, del Presupuesto Nacional, debe destinarse a subsidios de vivienda de interés social subsidiable. Se pasa de ciento cincuenta mil millones de pesos (\$150.000.000.000.00) expresados en UVR a ochocientos sesenta mil (860.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

- Se elimina la equivalencia en unidades UVR de la suma que se destina a los subsidios, estableciendo como mecanismo de actualización anual lo equivalente a 1 smmlv.

- Se modifican los porcentajes de distribución de los recursos, incrementando la porción de los mismos que debe destinarse a subsidios de vivienda de interés social rural, de 20% a 30%.

- Se suprime el inciso segundo del artículo 29, relacionado con la obligación de las entidades del Estado o de carácter mixto, que promuevan, financien, subsidien o ejecuten planes de vivienda de interés social subsidiable, directa o indirectamente de diseñar y ejecutar programas de vivienda urbana y rural, especialmente para las personas que devengan hasta dos (2) smmlv y para los desempleados.

3. Acciones del Gobierno Nacional

El Gobierno Nacional ha trabajado en facilitar el acceso a una vivienda digna y, a su vez, mejorar la calidad de vida urbana reduciendo la pobreza, al focalizar los esfuerzos en los hogares con menores ingresos. Lo anterior asegurando el desarrollo sostenible y el cumplimiento de las Metas de Desarrollo del Milenio.

En el Plan Nacional de Desarrollo, el Gobierno Nacional planteó un conjunto de objetivos y estrategias que se recogen en las siete herramientas de equidad, entre las que se encuentra **Calidad de vida urbana**, dirigida a todas las ciudades del país, con acciones que se han centrado en apoyar proyectos urbanos dirigidos a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, así como a socializar y poner a disposición de los municipios un conjunto de instrumentos para promover el desarrollo de proyectos estratégicos, la aplicación de instrumentos de gestión y financiación, así como la generación de una oferta de suelo urbanizable que resulte accesible a los diferentes grupos de población.

En el transcurso del periodo de Gobierno se han financiado más de 340.526 soluciones de vivienda lo que representa el 85% de cumplimiento de la meta. Así, se han desembolsado 262.621 subsidios que corresponden el 77.4% (Incluye asignaciones y desembolsos de subsidios asignados por el Inurbe). El Gobierno Nacional ha asignado 117.141 subsidios por valor de 713.000 millones en todo el territorio nacional.

Según informes del Fondo Nacional de Vivienda, durante el año 2005 se postularon cerca de 71.500 hogares en las Bolsas Ordinarias, de Esfuerzo Territorial, Unica Nacional y Especie, de los cuales solo 17.500 recibieron o recibirán Subsidio Familiar de Vivienda (SFV) el presente año. De esta forma para el año 2006 existe una demanda efectiva por SFV de 54.000 hogares postulantes no asignados. Adicional a lo anterior, de las Bolsas para atención a la Población Vulnerable quedaron alrededor de 15.000 hogares postulados que no recibieron el subsidio.

Es tan alta la magnitud de la demanda de subsidios familiares de vivienda y la necesidad de una utilización más eficiente de los recursos del Presupuesto General de la Nación, que fue necesario recurrir al mecanismo de las vigencias futuras 2007 por \$75.000 millones de pesos, lo cual fue aprobado por el documento Conpes 3403 de 2005, para atender parcialmente la demanda reseñada.

4. Conclusiones

Por lo anterior y con base en el avance y los logros de la política de vivienda de interés social, la demanda observada en VIS, el impacto positivo de la Política de Subsidio Familiar de Vivienda en materia económica y social que se hace necesario aumentar el cupo presupuestal destinado a la Política de Vivienda de Interés Social a ochocientos sesenta mil (860.000) SMMLV, toda vez que las necesidades y carencias de la población superan con creces los recursos disponibles, a pesar de los valiosos esfuerzos que se han adelantando hasta la fecha.

El aumento de dicha suma se debe, en gran medida, a que el cupo fiscal determinado en el artículo 29 de la Ley 546 de 1999 ha quedado desactualizado por el incremento de los insumos necesarios en la cade-

na de producción de vivienda, por lo tanto es imperativo aumentar su cuantía expresada en Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes y determinar su permanencia en el tiempo.

5. **Proposición final.**

Con fundamento en las anteriores consideraciones expuestas, de manera respetuosa nos permitimos solicitar a los Honorables miembros de la Comisión Tercera Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes dar primer debate al Proyecto de Ley número 260 de 2006 Cámara, acumulado al Proyecto de Ley No. 263 Cámara “por el cual se modifica la ley 546 de 1999 y se destinan recursos para la vivienda de interés social” y acoger el texto del articulado propuesto en el Proyecto de Ley No. 260 de 2006 Cámara.

De los Honorables Representantes

Zulema Jattin Corrales, Ponente Coordinador; *Sergio Diazgranados*, Ponente Coordinador;

César Negret, *Oscar Darío Pérez*, *Adriana Gutiérrez*, *Rafael Amador*, *Enrique Emilio Angel*, Ponentes.

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 260 DE 2006 CAMARA ACUMULADO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 263 DE 2006 CAMARA

por la cual se modifica la Ley 546 de 1999 y se destinan recursos para la vivienda de interés social.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Modifícase el literal primero y el párrafo primero del artículo 29 de la Ley 546 de 1999, el cual quedará así:

Artículo 1º: *Destinación de subsidios para vivienda de interés social.* De conformidad con el artículo 51 y el numeral segundo del artículo 359 de la Constitución Nacional, de los recursos del Presupuesto Nacional se asignará una suma anual equivalente a ochocientos sesenta mil (860.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes, con el objeto de destinarlos al otorgamiento de Subsidios de Vivienda de Interés Social Urbana y Rural. La partida presupuestal de que trata este artículo no podrá ser objeto en ningún caso de recorte presupuestal.

Parágrafo 1º. El Gobierno destinará anualmente el treinta por ciento (30%) de los recursos presupuestales apropiados, para VIS Rural. Al final de cada semestre si no se hubiere colocado el total de los recursos en la vivienda rural, el remanente se destinará a atender la demanda urbana.

Artículo 2º: *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su promulgación.

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 269 DE 2006 CAMARA

por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los cuarenta y cuatro (44) años de fundación de La Primavera, Vichada y se dictan otras disposiciones.

Honorables Representantes:

De conformidad con la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Cuarta de la Cámara de Representantes y cumpliendo con el reglamento del Honorable Congreso de la República en lo pertinente con el trámite que deben cumplir los proyectos de ley, atentamente presentamos a su consideración la Ponencia para Primer debate al Proyecto de Ley Número 269-2006 Cámara. **“Por medio del cual la nación se asocia a la celebración de los cuarenta y cuatro (44) años de fundación de La Primavera Vichada y se dictan otras disposiciones”.**

FUNDAMENTO DE LA PONENCIA

El proyecto de ley, objeto de la presente ponencia, busca resaltar y celebrar los cuarenta y cuatro (44) años de fundación de La Primavera, una población del departamento del Vichada, a través de un evento científico, cultural y folclórico en donde su principal propósito es resaltar la tradición, las costumbres y los hábitos de sus gentes.

Como fundamento legal de la finalidad expuesta por el autor, encontramos una concordancia plena con los principios fundamentales de que habla la Ley 397 de 1997, en donde establece que **“El Estado impulsará y estimulará los procesos, proyectos y actividades culturales en un marco de reconocimiento y respeto por la diversidad y variedad cultural de la Nación colombiana”.**

Igualmente, es evidente su coherencia con los artículos 70, 71 y 72 de la Constitución Política, en donde responsabiliza al estado de *promover la investigación, la ciencia, el desarrollo y la difusión de los valores culturales de la Nación, lo mismo que crear incentivos para personas e instituciones que desarrollen y fomenten la ciencia y la tecnología y las demás manifestaciones culturales.*

La iniciativa objeto de análisis tiene fundamento en el artículo 154 de la Carta Política. Al respecto ha dicho la Honorable Corte Constitucional, lo siguiente:

“La distinción entre presupuesto y leyes que decretan gasto público quedó, pues, establecida en la Constitución Política de 1991. Lo anterior resulta relevante si se tiene en consideración que el artículo 154 superior, referente a la iniciativa legislativa, no estableció excepciones en favor del gobierno para la presentación de proyectos de ley en los que se decrete gasto público -como inversiones públicas-, salvo que se trate de alguno de los eventos contemplados en los numerales 3, 9 y 11 del artículo 150, que se ordene la participación en rentas nacionales o transferencias de las mismas, o que se autorice aportes o suscripciones del Estado a empresas comerciales o industriales, entre otros. Por tal motivo, debe reconocerse, entonces, que a partir de la vigencia de la Carta Política los congresistas readquirieron la iniciativa para presentar proyectos de ley que decreten gasto público”. (Sentencia C-343 de 1995; M.P. Vladimiro Naranjo Mesa).

Con el mismo propósito se han expedido las siguientes leyes: Ley 988 de 2005 “Por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los ciento cincuenta años de la fundación del municipio de Toledo en el departamento de Antioquia y se dictan otras disposiciones”, Ley 977 de 2005 “Por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los cuatrocientos años de la fundación del municipio de Nocaima en el departamento de Cundinamarca y se dictan otras disposiciones” y la Ley 950 de 2005 “Por la cual la Nación rinde homenaje al municipio de Soledad con motivo de los 405 años de haberse fundado el primer asentamiento humano en su territorio, se exaltan las virtudes de sus habitantes y se autoriza en su homenaje la inversión de unas obras de interés social”.

La Primavera, Vichada, fue colonizado por hombres y mujeres oriundos del Casanare y de otras partes del departamento, que llegaron hasta allí alrededor del año 1963 buscando mejores tierras para su ganado y oportunidades mayores para su núcleo familiar y allí sin cita previa lograron formar un asentamiento poblacional que posteriormente tomó el nombre de La Primavera y que hoy es orgullo de las gentes del Vichada.

Hoy en día, el municipio tiene una extensión aproximada de 21.420 km², se encuentra situado sobre la margen derecha del río Meta y corresponde a la capital del municipio del mismo nombre, con una temperatura promedio de 29 grados centígrados y una altura sobre el nivel del mar de 120 mts. Políticamente está dividido en un corregimiento -Nueva Antioquia- y cinco inspecciones -Santa Bárbara, San Teodoro, Santa Cecilia, Marandua, y Matiyure.

Este próspero municipio es considerado uno de los de mayor potencialidad socioeconómica del departamento, gracias a las bondades agrológicas de las riveras del río Meta, lo cual ha permitido la explotación de la ganadería, garantizando el establecimiento de una base económica relativamente estable. La población de La Primavera, se constituye en un alto porcentaje de personas o familias oriundas del Casanare, Arauca, Meta y otras regiones del país, que por distintas causas han sentado sus raíces en esta región. De acuerdo a las proyecciones del Dane, cuenta con 15.095¹ habitantes, de los cuales 3.867 viven en la zona urbana y 11.228 en el área rural.

¹ Fuente: DANE, Colombia. Proyecciones de Población. Estudios Censales.

Parte importante en la conformación de los pueblos es su cultura y la que les da sentido de pertenencia y se materializa a través de las costumbres y el folclor; esta región del país por su proceso de conformación y colonización ha construido una identidad de tradiciones llaneras, alrededor de lo que representa su vocación ganadera. Tanto sus pobladores como sus gobernantes han venido apoyando las diferentes expresiones culturales a través de eventos de música llanera, torneos y concursos, con el ánimo de conservar y rescatar esta idiosincrasia, pero se hace necesario fortalecer a través de todas las instancias del nivel municipal, departamental y nacional estos intentos aislados por mantener la fuerza y el carácter pujante propia de las vastas llanuras Orinocenses.

Con la institucionalización de este evento se busca aprovechar el gran capital artístico y cultural de los moradores del municipio de La Primavera y en general de toda la población que hace parte de esta área de influencia. Con el ánimo de aprovechar al máximo los recursos, es preciso encontrar la forma colegiada de conjugar todos los esfuerzos para convertirlos en adelantos positivos para la sociedad. Las diferentes costumbres, tradiciones y expresiones culturales y artísticas deben ser estudiadas, inventariadas y difundidas para crear un sentido de tolerancia, convivencia, arraigo y pertenencia por esta región que sigue reclamando una compensación nacional ante su desarrollo tardío y sus múltiples problemas de orden público.

Además de conmemorar los cuarenta y cuatro años (44) de la creación de esta población, se pretende con este proyecto institucionalizar un evento anual, que se denominará a “las ideas de la llanura” y se constituirá en un espacio artístico, donde también se permita dar rienda suelta a las ideas no solo en torno a las labores cotidianas, folclóricas y musicales, sino también a la manera de concebir el enigma de la praxis y exaltar la tecnología en las diferentes áreas del conocimiento humano, a través de investigaciones que profundicen en lo científico y que de alguna forma potencialicen con ello la región, pues las exigencias modernas hace mucho tiempo rebosaron el hato ganadero tradicional y se está en la disyuntiva de cambiar los procesos agrícola-ganaderos del llano o desaparecer paulatinamente como entidad cultural.

Proposición

Por las consideraciones plasmadas en la presente ponencia, solicitamos a los miembros de la Comisión Cuarta de la Cámara de Representantes aprobar en Primer Debate el Proyecto de Ley número 269-2006 Cámara. **“Por medio del cual la nación se asocia a la celebración de los cuarenta y cuatro (44) años de fundación de La Primavera Vichada y se dictan otras disposiciones”.**

De los Honorables Representantes, con atención,

Jorge Julián Silva Meche, Carlos Arturo Quintero Marín, Representantes a la Cámara.

* * *

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 052 DE 2004 SENADO Y 179 DE 2005 CAMARA

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, y sus Proyectos Acumulados 19, 31, 33, 38, 54, 57, 58, 98, 105, 115, 122, 148 y 151 de 2004 Senado.

Antecedentes

Trámite en el Senado

1. El proyecto de ley fue presentado el 3 de agosto de 2004.
2. Aprobado en primer debate por la Comisión Séptima del Senado los días 17, 24, 30 de noviembre; 2, 3, 6, 7, 13 y 14 de diciembre de 2004.
3. Aprobado por la Plenaria del Senado los días: 31 de agosto; 7 y 20 de septiembre de 2005.

Trámite en la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes

1. Fue recibido en la Secretaría General de la Cámara de Representantes el día 21 de octubre de 2005.

2. Fue entregado en la Comisión Séptima de la Cámara el 27 de octubre de 2005.

3. En la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes se designaron ponentes (7) el día 15 de noviembre de 2005.

4. La Comisión Séptima de la Cámara ha realizado durante el presente semestre varias audiencias públicas sobre el proyecto de ley así:

- a) El 30 de septiembre de 2005 “Audiencia pública en la ciudad de Valledupar”;

- b) El 6 de octubre de 2005 “Audiencia pública en la ciudad de Apartadó”;

- c) El 24 de noviembre de 2005 “Audiencia pública en la ciudad de Popayán”.

5. El día 17 de noviembre de 2005, se entregó a cada uno de los honorables Representantes de la Comisión Séptima un CD con los siguientes documentos sobre el proyecto de ley:

- a) Los 14 proyectos de ley inicialmente presentados;

- b) Texto definitivo aprobado en Plenaria de Senado;

- c) Concepto de Asosalud;

- d) Concepto de la Defensoría del Pueblo;

- e) Concepto de la Contraloría General de la República;

- f) Concepto de la Federación de Municipios;

- g) Concepto Academia Nacional de Medicina;

- h) Análisis legislativo sobre el proyecto realizado por el Programa de Fortalecimiento Legislativo del Congreso;

- i) Concepto doctor, José Ancízar Jiménez Gutiérrez.

Principios orientadores

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, forma parte del Sistema de Seguridad Social Integral, regulado por la Ley 100 de 1993, con fundamento en los derechos y deberes de los ciudadanos consagrados en la Constitución Política.

El artículo 48 de la Carta establece la seguridad social como un derecho irrenunciable de los habitantes del territorio nacional, y como un servicio público obligatorio, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, de tal manera que el Estado, con la participación de los particulares, amplíe progresivamente la cobertura de la Seguridad Social.

La Constitución también señala en el artículo 49, que se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, como servicio público a cargo del Estado, el cual lo organiza, dirige, establece políticas, reglamenta, vigila y controla. En su prestación pueden concurrir agentes públicos y privados. Los servicios deben ser organizados en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Conforme al preámbulo de la Ley 100 de 1993, la Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. El artículo 162 de la Ley 100 de 1993 establece que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, creará las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001.

De igual manera, al reconocer a Colombia como un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria y descentralizada, la Carta faculta la autonomía de sus entidades territoriales, pero al mismo tiempo en su artículo 356 determina que la ley, a iniciativa del Gobierno, fijará los servicios a cargo de la Nación, de los departamentos, distritos, y municipios y crea el Sistema General de Participaciones para efecto de atender los servicios a cargo de estos últimos y proveer los

recursos para financiar adecuadamente su prestación. Adicionalmente, autoriza al Gobierno para reglamentar los criterios de distribución del Sistema General de Participaciones de los departamentos, distritos y municipios, de acuerdo con las competencias que le asigne a cada una de estas entidades.

En lo relativo a la prestación de los servicios de salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el artículo 185 de la Ley 100 de 1993 definió que estas deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán a la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema.

La participación ciudadana se constituyó, a partir de la Constitución de 1991, en una de las formas más referenciadas de la democracia de la sociedad colombiana. Tanto es así, que uno de los ejes del Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido a partir de la Ley 100 en 1993 es el fortalecimiento y reiteración de representantes de la comunidad en todas las instancias decisorias del sistema. Y usualmente se invoca el artículo 270 de la Constitución, en el que se coloca a las formas y sistemas de participación ciudadana como instrumentos de vigilancia de la gestión pública.

Cobertura del aseguramiento

Desde 1993 con la implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, ha habido un considerable avance en los índices de cobertura de aseguramiento; cálculos del Ministerio de la Protección Social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 2003, indican que aproximadamente el 62% de la población colombiana se encuentra afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud, de la cual 39% se encuentra afiliada al Régimen Contributivo y 23% al Régimen Subsidiado. Sin embargo, es preocupante que alrededor del 38% de la población, aproximadamente 16 millones de personas, no se encuentran aseguradas en ninguno de los dos regímenes establecidos, y que casi la mitad de los no asegurados son 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 asegurados. 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.

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, que dificulta la planeación, gestión y vigilancia de los recursos lo cual implica una operación más costosa, y que genera iniquidades en el acceso a los servicios de salud. Segundo, conlleva a que el esquema de aseguramiento existente funcione 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 asegurados son los responsables últimos de la salud de la población.

Los notables avances de la cobertura del régimen subsidiado durante los dos años se han debido gracias al incremento de los recursos disponibles para subsidios a la demanda resultantes de transformación de subsidios de oferta, de una mejor gestión de las fuentes de financiamiento existentes, (por ejemplo: Un mayor recaudo de los dineros

provenientes de juegos y azar) y de esfuerzos por depurar las bases de datos de afiliación, con lo cual se ha calificado como no pobres o no necesitados de subsidio a personas que venían recibiendo subsidio. Esta depuración liberó un gran número de cupos disponibles.

Sin embargo, con esta tendencia de crecimiento en la afiliación la meta de cobertura universal en el Régimen Subsidiado podría tardar casi 10 años. Por las razones expuestas anteriormente se considera que el costo social y económico de continuar con la actual tendencia es grande, y se requiere la implementación de cambios legales a la organización y financiamiento del Régimen Subsidiado para cumplir con el mandato constitucional de universalidad.

Cabe advertir, sin embargo, que a pesar del crecimiento durante los primeros años de los aportes de solidaridad para el aseguramiento, se observa un peligroso estancamiento en ese componente de la financiación como consecuencia del decrecimiento del empleo durante los pasados años de recesión económica y la menor densidad salarial en la conformación de la estructura de empleo una vez superada la crisis. Por esta razón el crecimiento de la cobertura del aseguramiento se ha vuelto dependiente de la capacidad de aporte del Sistema General de Participaciones (SGP) y el desigual esfuerzo propio de las principales entidades territoriales. Esta situación hace vulnerable al sistema a los ingresos de la Nación, los cuales a su vez registran oscilaciones cíclicas. Y constituye una barrera a los objetivos de equiparación y progresividad en la cobertura.

Fragilidad financiera del SGSSS

Los aumentos de los recursos del Sistema cada vez se cimentan sobre las transferencias presupuestales nacionales (específicamente para aseguramiento subsidiado y para cubrir a población pobre no carnetizada) y menos en los aportes de solidaridad directas del régimen contributivo. Ello debido a dos razones esenciales: la población con requerimientos de subsidio es más grande cada vez, pese a los esfuerzos de depurar las bases gruesas de pobreza; y en segundo lugar a que la base económica del contributivo es menor bien porque la población con capacidad de pago crece a menor ritmo, y porque las bases de sus ingresos de cotización crecen aun menos, e incluso manifiestan síntomas depresivos.

La manifestación más marcada y progresiva que manifiesta el mercado laboral colombiano desde la década pasada es la de imponerse la contratación a término definido, sin vínculos contractuales laborales, con contratos civiles de prestación de servicios, incluso bajo modalidades de *out sourcing* y similares, por contratación directa o con intermediación de contratante (a la manera de Oficinas de Empleo). Así es que no más del 33% del empleo total del país hoy es asalariado con modalidades convencionales de compromisos obrero-patronales, en comparación a hace 15-20 años cuando la condición de asalariado formal explicaba cerca del 70% del mercado laboral del país.

En lo pertinente a los recaudos de la seguridad social, la nueva forma del mercado laboral determina una secular debilidad en la medida que los contratantes literalmente quedan eximidos del aporte patronal, pues el contratista (factor trabajo) debe certificar la totalidad de los aportes para formalizar la contratación. En la medida que la totalidad de las cotizaciones se traduce en una proporción sumamente elevada del ingreso originado en el contrato, el contratista racionalmente intenta disminuir ese nivel, para afectar lo menos posible el ingreso personal disponible de ese contrato.

De modo pues que en estas circunstancias el contratante (antes empleador convencional) no es evasor pues recurre a los términos que le permite legítimamente la actual legislación laboral, ni el contratista (trabajador) es elusor porque acuerda con el contratante mecanismos con qué mejorar la escasa remuneración pactada en la respectiva contratación. Es equivocado, en consecuencia, la queja frecuente de distintos analistas que califican de delictiva a esta supuesta práctica de evasión y elusión, pues se amparan en la legislación laboral vigente.

Pero además, la progresiva contratación laboral con precarios pagos al trabajo, se traduce también en bajos niveles de densidad salarial sobre la que se hacen las cotizaciones a la seguridad social. Ello a su vez se traduce en bajos aportes de solidaridad del régimen contributivo, debi-

litando ese subsidio cruzado que se propuso originalmente la Ley 100. Y a su vez, la creciente contratación laboral en términos informales, y la creciente ocupación independiente en condiciones infralaborales, no permite niveles de ingreso suficientes para ser contributivos, lo que convierte a esta crecida población en beneficiarios de algún cotizante contributivo cuando la clasificación Sisbén no le permite ser sujetos del subsidio explícito, porque la estratificación lo califica por encima del nivel 3 pese a la precariedad o ausencia de ingresos. El resultado es que el gasto subsidiado del sistema no crece solo por la condición explícita de pobre según Sisbén, sino por la precarización (desempleo, subempleo, entre otros) creciente de sectores medios amparados en el contributivo.

La búsqueda de soluciones tiene límites estrechos en estas condiciones. No es elevando cotizaciones, ni redistribuyendo recursos entre contributivo y subsidiado. En términos directos dentro del Sistema, debe resolverse aunque parcialmente la separación que se hizo de aportes mancomunados entre los factores económicos (capital, empresariado y trabajo), ante todo para vincular la financiación del SGSSS con los beneficios del crecimiento económico. Los mayores aportes deben originarse en sectores que obtienen beneficios económicos y financieros del sistema, y en segundo lugar los factores que configuran los mercados de todos los sectores económicos.

De allí nace la idea de establecer aportes o contribuciones de las ganancias logradas en actividades económicas vinculadas al SGSSS: Industria y comercio de medicamentos farmacéuticos, industria y proveedores de dotaciones clínico-hospitalarias, aportes de utilidades financieras netas de la intermediación en el mercado de aseguramiento que se interrelaciona con los servicios de salud.

Toda relación contractual, de naturaleza pública y privada, debe destinar por parte del contratante una partida proporcional para los aportes a la seguridad social. Esta se constituye en los aportes patronales que el Sistema establece a las nóminas convencionales en las que se resume el empleo formal.

Financiamiento y Gestión de los Recursos en el Régimen Subsidiado

La actual estructura de financiación de los subsidios a la demanda contempla diversas fuentes de ingreso, tales como el punto de cotización del Régimen Contributivo, los aportes del presupuesto nacional, los aportes de las Cajas de Compensación Familiar, los recursos del Sistema General de Participaciones para subsidios a la demanda, y otros recursos tales como los rendimientos financieros, excedentes de contratación, multas y reintegros. Por otro lado, están los recursos para la financiación de la oferta pública, que incluyen dineros del Sistema General de Participaciones para oferta y recursos de rentas cedidas destinados a la salud.

Esta estructura de financiamiento con múltiples fuentes dispersas lleva a que los procesos de contratación y pago de servicios del Régimen Subsidiado requieran un gran número de trámites, lo cual promueve retrasos en el flujo de los recursos, dificulta la vigilancia y el control del uso de los recursos y crea espacios para la corrupción. Adicionalmente, la separación de los recursos en componentes para financiar la oferta y la demanda, dificulta su gestión e incrementa los costos administrativos que debe asumir el país. Por lo tanto, una importante proporción de los dineros para el Régimen Subsidiado se desvía hacia usos diferentes de atención de las personas, lo cual va en detrimento de la oportunidad y calidad de los servicios de salud prestados a la población.

Selección y contratación de Entidades Aseguradoras en el Régimen Subsidiado

En las condiciones actuales de operación del Sistema existe un gran número de Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, dispersas en el territorio nacional, que manejan pequeños grupos de riesgo en salud y de riesgo financiero. Esta forma de organización no permite el aprovechamiento de economías de escala en la operación e incrementa los costos administrativos de estas entidades. De igual manera, la capacidad de las Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, para constituirse en compradores inteligentes para sus afiliados debe lograr

que se vinculen a la red de prestadores aquellos de mayor calidad y con mejores resultados para beneficio esencial de su población asegurada.

Adicional a ello, las entidades aseguradoras no enfrentan presión por parte de los usuarios para mejorar la calidad de los servicios pues no se cumple a plenitud el artículo 153 de la Ley 100 que asegura a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Las restricciones para que el usuario ejerza plenamente este derecho son de diversa índole, pero quizá una de las más importantes ha sido el desconocimiento por parte de la población de sus derechos y deberes en el SGSSS, situación que favorece que las entidades territoriales adelanten la contratación de entidades aseguradoras sin tener en cuenta las preferencias de los usuarios.

La fragilidad de las competencias de Inspección, Vigilancia y Control, es otro factor que da ocasión para las *barreras de acceso* a los servicios no solo de los usuarios del régimen subsidiado, sino también en el régimen contributivo. Más allá de reglamentación, con base en la cual el usuario es enviado de una a otra instancia cada una de las cuales invoca una u otra norma, no existe en las diferentes regiones del país una capacidad institucional resolutoria *ipso facto* de las demandas de servicios no atendidas a los usuarios.

Lo expuesto en los dos párrafos anteriores lleva a plantear que hay que introducir cambios en la organización y contratación de las entidades aseguradoras que operan en el Régimen Subsidiado y a implementar mecanismos para que el ejercicio de la libre elección por parte del usuario se constituya en un fuerte incentivo para que las entidades aseguradoras compitan ofreciendo mejores servicios que resulten en un impacto positivo sobre la salud de los usuarios.

Pero también da origen a reformar la institucionalidad, operatividad, y competencias de un adecuado sistema de Inspección, Vigilancia y Control con amplia, efectiva y preeminente participación de los usuarios

Escasa incidencia de los usuarios en el SGSSS

No obstante que, incluso desde antes de la Ley 100 de 1993 a través de los Copacos, es abundante la reglamentación sobre la representación de los usuarios en diferentes instancias de toma de decisiones, de vigilancia y control, e incluso de administración, la incidencia de la ciudadanía usuaria sobre el SGSSS es literalmente nula.

Son múltiples los factores que explican esta ausencia, más visible en el caso del régimen contributivo que en el subsidiado, de incidencia del usuario sobre el sistema: La abundante, dispersa, urdida e incluso contradictoria legislación sobre el SGSSS¹; debido a lo anterior, es generalizado el desconocimiento por parte de los usuarios de los deberes y derechos, al punto que cualquier funcionario del Sistema resuelve dificultades de atención al usuario usualmente con la mención a cualquiera de las intrincadas normas; las posiciones dominantes en las instancias decisorias del Sistema se sostienen justamente sobre la experticia del conocimiento o abuso de la ignorancia sobre la señalada legislación por parte de otros actores, entre ellos el más vulnerable el usuario.

Una Inspección, Vigilancia y Control que no resuelve la mayoría de conflictos

Desde la creación del SGSSS en 1993, existen yuxtaposiciones institucionales que confunden las responsabilidades e incluso entrecruzan las competencias de algunas de ellas. Por ejemplo, en una misma entidad como el Ministerio de la Protección Social se entrecruzan competencias de dirección, diseño de política, asignación de recursos, regulación, supervisión, Inspección, Vigilancia y Control.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud, según una copiosa normatividad, tiene facultades para garantizar el cumplimiento de las normas del sistema en cada uno de los actores, y sobre cada uno de los factores del funcionamiento del sistema. Sin embargo, es reconocida la escasa gestión de esta entidad, pues:

¹ Se afirma que sobre el SGSSS se han emanado más de 20.000 normas, entendidas como circulares, resoluciones, decretos reglamentarios, acuerdos.

- Carece de recursos e instrumentos aplicados para cumplir con la diversidad de competencias.
- No opera como parte de un sistema de IVC, sino como una entidad independiente.
- No tiene clara ni operativamente definido un patrón de IVC.
- Carece de instrumentos con los que se articule su gestión con otros actores del Sistema: Guías ciudadanas, estándares de servicios mínimos del sistema, sistemas de calidad (con indicadores para medir desempeños de entidades), indicadores de tarifas o rangos de procedimientos, normas de calificación y clasificación.
- No tiene autonomía frente a otros actores, entre algunos de sus vigilados.
- Trabaja aislada de otros órganos de control del Estado.

Salud Pública

El Plan de Atención Básica, PAB, creado por la Ley 100 de 1993 define acciones orientadas a la colectividad que complementan las acciones de promoción y prevención definidas en los planes de beneficios. Sin embargo, los aspectos reglamentarios y operativos que se han hecho de la Ley 100 en esta materia y de los conceptos relacionados con la salud pública, han dado lugar a una confusión relacionada con cuáles son las intervenciones incluidas dentro del PAB y cuáles son las actividades y servicios dirigidos a los individuos que deben ser atendidos por las entidades aseguradoras ya que estas actividades en algunos casos son componentes de los planes de beneficios. La confusión señalada ha conducido a la dispersión de las actividades del PAB entre los diversos actores y niveles territoriales y a la atomización de las responsabilidades, de tal manera que el impacto de las acciones se disuelve, la atención a las personas y a las colectividades no es oportuna y suficiente, y además se pierde la transparencia en el manejo de los recursos.

En este orden de ideas, uno de los cambios más problemático para la atención en Salud Pública ha sido el establecido por el artículo 46 de la Ley 715 de 2001, mediante el cual quedaron a cargo de las entidades territoriales las actividades de promoción y prevención del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POS-S. Para evaluar la gestión y cumplimiento de las actividades de promoción y prevención del POS-S a partir de la implementación de esta medida, el Ministerio de la Protección Social adelantó un análisis a partir de una encuesta diseñada para este fin, por el período comprendido entre 1° de agosto de 2002 y marzo 31 de 2003 y el período correspondiente al 1° de abril y 31 de diciembre de 2003.

Los resultados obtenidos demuestran con claridad la problemática de la ejecución de los recursos del 4.01% del valor de la UPC-S y el incumplimiento de las acciones de promoción y prevención del POS-S a cargo de las entidades territoriales en el país. Es decir, se encontraron indicadores negativos de la eficiencia de la gestión tanto del nivel municipal como de los procesos de evaluación y control de gestión que los departamentos deben adelantar.

También se deduce del estudio que el cumplimiento de las acciones de promoción de la salud es insatisfactorio en casi todos los municipios, al encontrar que cerca del 50% de los municipios no reportaron información sobre las actividades de vacunación ejecutadas, o esta era inconsistente o incompleta. En la mayoría de municipios que respondieron la encuesta, el cumplimiento de indicadores que son la clave para la evaluación de las acciones de promoción y prevención fue calificado como muy deficiente o deficiente para la aplicación de por ejemplo el toxoide tetánico a mujeres en edad fértil y para las normas de planificación familiar y detección temprana del cáncer de cuello uterino.

Buscando establecer condiciones para una ejecución armónica y sinérgica de las acciones colectivas e individuales en salud pública, en este proyecto se considera conveniente replantear el PAB y derogar el artículo 46 de la Ley 715 de 2001 de tal manera que se le devuelva la responsabilidad de la ejecución de la totalidad de las acciones de promoción y prevención a las entidades aseguradoras del Régimen Subsidiado, lo cual permite tener un responsable único de estas actividades permitiendo un desarrollo de este componente de la salud en forma integral y articulada.

Prestación de Servicios de Salud

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.

Las crisis del funcionamiento hospitalario aparecen cuando la entidad ha acumulado de manera progresiva un pasivo que es incapaz de financiar con su ingreso corriente, bien sea por tener unos costos fijos y elevados permanentes o por tener un insuficiente flujo de caja y/o de venta de servicios, o por ambos fenómenos de manera simultánea. Esto último es lo más frecuente y como resultado se produce un desequilibrio en su balanza de efectivo, que en muchos casos ha conducido, en los años recientes, al cierre total de servicios por períodos prolongados en algunas entidades hospitalarias públicas, lo que obliga a los usuarios a buscar otros prestadores a mayor costo o a no acceder a los servicios de salud.

Las situaciones de crisis se hacen recurrentes en la medida en que se aplican medidas de rescate de los hospitales públicos, con dineros entregados directamente a las instituciones, acción que alivia las coyunturas financieras de cada período fiscal, pero que es considerada por muchos como ¿la peor señal estatal hacia la búsqueda de soluciones estructurales, y a la larga un incentivo a la ineficiencia?

Diversos estudios señalan que la planeación, la organización y el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud ha 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 el derecho que les asiste.

En este sentido, la Ley 715 de 2001 determinó que el servicio de salud en el nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.

Propósito del proyecto

La presente ley tiene por objeto lograr que todos los ciudadanos colombianos estén asegurados al SGSSS y tengan acceso a los servicios de salud expresamente definidos en los Planes de Beneficios, garantizar el uso adecuado y eficiente de los recursos del Régimen Subsidiado, fortalecer la ejecución armónica de las políticas, planes y proyectos de Salud Pública. Conforme manifestaciones de la ciudadanía a través de las discusiones en torno al proyecto de ley, tres objetivos adicionales se hicieron manifiestos para mejorar los cambios a través del proyecto: Una mayor, mejor y más preeminente participación de la ciudadanía usuaria en instancias reguladoras, y de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS. En segundo lugar, corregir algunos de la diversidad de factores de iniquidad en la estructura legal del sistema, entre ellos, los de incluir fuentes de financiamiento que se han beneficiado económica y financieramente con el Sistema, en vez de descargar el aumento de recursos en mayores aportes a la ciudadanía usuaria. En tercer lugar, establecer un sistema de Inspección, Vigilancia y Control sobre la base

de una mayor participación ciudadana usuaria, y en trabajo armónico entre diferentes entidades del Estado constituidas desde la década pasada para hacer estas competencias.

Para ello se propone ampliar la cobertura de aseguramiento para la población pobre mediante la instauración de fuentes adicionales de recursos, una redistribución de las actuales fuentes de financiamiento del Régimen Subsidiado, la destinación de parte de los recursos de oferta del Sistema General de Participaciones para Salud y la introducción de diferentes modalidades de subsidios a la demanda, reorganizar la estructura de financiamiento y contratación del Régimen Subsidiado, establecer principios y criterios de sostenibilidad financiera de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud, crear un plan de salud pública colectiva y devolverle la competencia de la totalidad de las acciones de promoción y prevención a las entidades responsables del aseguramiento.

Ampliación de cobertura y la búsqueda de la universalización

Como ya se mencionó, es prioritario dirigir los esfuerzos de ampliación de cobertura por medio de subsidios a la demanda para la población pobre, que en la actualidad viene siendo identificada por medio del instrumento Sisbén. Se propone financiar la totalidad de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPC-S) que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para las personas que hacen parte de los niveles 1 y 2 del Sisbén, y financiar una parte de dicha UPC-S para las personas en el nivel 3 del Sisbén exigiendo un aporte que cubra la diferencia con la UPC-S o la diferencia con el valor de la cotización mínima aplicable en el Régimen Contributivo para los trabajadores independientes.

Como se observa en la Tabla 1, se estima que aproximadamente 26 millones de personas pertenecen a los niveles Sisbén 1, 2 y 3. De estas, 12,2 millones se encuentran en los niveles Sisbén 1 y 2, y 13,8 millones en el nivel Sisbén 3. Tomando en cuenta que según la encuesta aproximadamente 3,5 millones de personas de los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén están afiliadas al Régimen Contributivo, y que es importante mantener la afiliación de estas personas a dicho régimen, la población total elegible para subsidios ya sean totales o parciales podría ser de 22.6 millones de personas.

TABLA 1

Estimaciones de población elegible para subsidios

Población por Categorías Sisbén	N° estimado de personas
A. Población Sisbén 1 y 2	12.392.464
B. Población Sisbén 3	13.805.132
C. Total población Sisbén 1-3 (A+B)	26.197.596
D. Población Sisbén 1, 2 y 3 afiliada al Régimen Contributivo	3.576.260
Población elegible subsidios (C-D)	22.621.336

Fuente: Estimaciones Ministerio de la Protección Social con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE, 2003.

Como se observa en la Tabla 2, los cálculos de los recursos para subsidios a la demanda para el año 2004 indican que estos son aproximadamente 2.75 billones de pesos, y los recursos para oferta en el año 2004 está alrededor de 1.84 billones de pesos.

TABLA 2

Fuentes de ingreso para la financiación del Régimen Subsidiado

Fuentes	Recursos proyectados a 2004
Punto de Solidaridad *	624.597.623.726
Aporte del Presupuesto Nacional*	253.623.371.254
Cajas de Compensación Familiar *	69.007.764.259
Rendimientos*	111.411.979.646
OTROS (excedentes, multas, reintegros)*	73.756.051.136
SGP Demanda**	1.622.704.581.818
Subtotal demanda	2.755.101.371.839

Fuentes	Recursos proyectados a 2004
RECURSOS OFERTA	
SGP Oferta**	1.343.454.872.727
Rentas cedidas	496.019.614.308
Subtotal oferta	1.839.474.487.035
TOTAL RECURSOS	4.594.575.858.874

Fuentes: * Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Financiamiento, Presupuesto de Ingresos Vigencia 2003.

** Documento Conpes Social, 13 de julio 2004.

El proyecto contempla incrementar los recursos disponibles para subsidios a la demanda transformando el 60% de los recursos de oferta del sistema general de participaciones, más un 2.81% que sustituye los recursos propios que los entes territoriales destinan actualmente a la financiación del régimen subsidiado, lo cual incrementa los recursos para subsidios a la demanda por SGP a 2.4 billones de pesos, incrementando el total de recursos disponibles para subsidios a la demanda a 3.63 billones de pesos, como se observa en la Tabla 3.

TABLA 3

Incremento en los recursos para subsidio a la demanda generados por transformación del 62.81% del SGP de oferta

Recursos Subsidio Demanda	Recursos Proyectados A Dic. 2004
Punto de Cotización	624.597.623.726
Aporte del Presupuesto Nacional	253.623.371.254
Cajas de Compensación Familiar	69.007.764.259
Rendimientos	111.411.979.646
ETESA**	35.000.000.000
OTROS (excedentes, multas, reintegros)	73.756.051.136
SGP Demanda + 62.81% SGP oferta	2.466.528.587.378
<i>Conpes 79 04 Demanda 12/12</i>	<i>1.622.704.581.818</i>
<i>SGP oferta (tr 62,81%*)</i>	<i>843.824.005.560</i>
Subtotal demanda	3.633.925.377.399
RECURSOS OFERTA	
40% SGP Oferta	499.628.467.168
Rentas cedidas	496.019.614.308
Subtotal oferta	995.648.081.476
TOTAL RECURSOS	4.629.573.458.875

* La destinación adicional de 2.81% proviene del esfuerzo territorial para la financiación del subsidio a la demanda que se propone sustituir con recursos del SGP.

** Estimación de la Dirección General de Financiamiento del MPS.

Como se muestra en la Tabla 4, con estos recursos se podría afiliar a la totalidad de las personas en las categorías 1 y 2 de Sisbén con la UPC actual (192.344 pesos) y a las personas en la categoría Sisbén 3 no afiliadas al Régimen Contributivo subsidiando la suma de \$122.233 anuales y exigiendo un aporte per cápita anual de 70.111 pesos o mensual de 5.843 pesos.

TABLA 4

Cálculos de recursos requeridos para subsidios totales y parciales población para cubrir población Sisbén 1, 2 y 3 no afiliada al Régimen Contributivo

Supuestos	
A. Número de personas que recibiría el subsidio total (Sisbén 1 y 2 no afiliadas al Régimen Contributivo)	12.392.464
B. Valor en pesos UPC-S 2004	192.344
C. Recurso requerido para subsidios totales (A*B)	2.383.616.095.616
D. Recurso disponible para subsidios a la demanda después de transformar 62.81% de la oferta	3.633.925.377.399

Supuestos	
E. Recurso disponible para subsidios parciales después de otorgar subsidios totales (D-C)*	1.250.309.281.783
F. Número de personas que recibiría el subsidio parcial (Sisbén 3 no afiliada al Contributivo)	10.228.873
G. Recurso per cápita disponible para subsidio parcial (E/F)	122.233
H. Aporte per cápita anual requerido para cubrir UPC-S (B-G)	70.111
I. Aporte mensual beneficiario subsidio parcial (H/12)	5.843

* Incluyendo gastos de administración.

Este esquema que se propone parte de la base de que prevalece el interés general sobre el particular y por tanto se va a hacer un esfuerzo para lograr el aseguramiento de la totalidad de la población en los servicios de salud que se considera son más costo-efectivos en términos de morbilidad y mortalidad.

Estrategias de la Administración de los Recursos del Régimen Subsidiado

Para mejorar la gestión y eficiencia en el uso de los recursos que financian el Régimen Subsidiado se propone administrar en una sola cuenta, blindada con órdenes de pago sobre la base de registros de proveedores previamente calificados por el mismo ente territorial, todos los recursos destinados al aseguramiento, disponibles en cada entidad territorial. Para ello cada Entidad Territorial debe registrar una Cuenta Maestra en una entidad Financiera debidamente autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, la cual debe reportar a los Ministerios de Hacienda y de la Protección Social. A esta cuenta confluirán los dineros que financian y cofinancian el régimen subsidiado, tanto los que les pertenecen a las entidades territoriales (SGP) como del nivel nacional (Fosyga). A través de esta cuenta se harán los pagos, por vía electrónica, a las entidades aseguradoras del Régimen Subsidiado que sean seleccionadas por medio de la libre elección de los usuarios.

El manejo financiero de los recursos de la salud a través de una sola cuenta maestra, que será administrada por el mismo Ente Territorial, mantiene el principio de descentralización que rige a partir de la Constitución Política de 1991, puesto que en ningún momento se modifica la titularidad de los recursos de las Entidades Territoriales, como son los provenientes del Sistema General de Participaciones. Es decir, el proyecto se ajusta a las facultades que tiene el legislador para definir las competencias y los recursos que financian aquellas actividades que deben prestarse de manera descentralizada.

Por medio de este instrumento se logra lo siguiente:

1. Incrementar el pool financiero disponible, lo que permite una mejor distribución y equidad en la asignación de los recursos.
2. Incrementar el tamaño de los contratos por cada entidad aseguradora, lo cual mejora la eficiencia en el manejo del riesgo y disminuye los costos de administración.
3. Reducir el número de contratos para el aseguramiento de la población, con la consecuente disminución en los costos de transacción.
4. Agilizar la transferencia de recursos a las entidades aseguradoras del Nuevo Régimen Subsidiado.
5. Brindarle transparencia a la contratación de las entidades aseguradoras del Nuevo Régimen Subsidiado.
6. Fortalecer el papel del usuario como gestor de la competencia por calidad entre aseguradores y prestadores de servicios de salud y como veedor del manejo eficiente de los recursos.

Sostenibilidad financiera de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud

En la Tabla 5 se muestra el cálculo del posible impacto sobre los recursos disponibles para subsidio a la oferta al transformar 62.81% de los recursos de oferta del Sistema General de Participaciones. En la fila A se calculan los recursos para oferta disponibles a diciembre 2004 que incluyen la totalidad de los recursos de oferta de SGP, rentas cedidas, y 40% de los recursos para atender a la población afiliada actualmente

al régimen subsidiado (UPC-S 2004 multiplicada por 11,8 millones de personas), correspondiendo estos últimos a la contratación obligatoria con la red pública. En la fila B se calculan los recursos para oferta disponibles para la red pública, que incluirían el 40% del SGP de oferta del 2004, las rentas cedidas y 50% de los recursos para subsidios a la demanda, ya que se propone una contratación obligatoria del 50% con la red pública. Ambos escenarios sugieren que en el nivel nacional no hay un cambio en los ingresos totales de la red pública, ya que la variación porcentual con transformación es de 1%.

TABLA 5

Total ingresos red pública bajo escenario de universalización

Escenarios	Los recursos para oferta disponibles
A. Ingresos red pública bajo situación actual a 2004: SGP oferta + rentas cedidas + 40% contratación UPC total subsidiado	2.870.862.849.190
B. Ingresos red pública bajo escenarios de universalización: 40 SGP oferta + rentas cedidas + 50% contratación recursos subsidio demanda	2.812.610.770.175
Variación porcentual escenario/recursos actuales (B/A)	1%

Sostenibilidad financiera de las Instituciones Públicas de Servicios de Salud

Este proyecto de ley se ve complementado por las actividades que en el marco de renovación y modernización de redes de prestación de servicios de salud deben adelantarse para generar escenarios de solución definitiva a las dificultades de los hospitales públicos. Para ello, el Gobierno considera que es necesario emprender acciones conjuntas por parte de los diferentes actores del sistema entre los que se incluyen obviamente las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Territoriales y el Ministerio de la Protección Social. Estas acciones deben tener impacto del nivel de los hospitales y de la red hospitalaria por entidad territorial o por región.

Esas acciones se deben concretar en planes individuales de sostenibilidad financiera, acompañados de convenios de desempeño en los que se establezcan las condiciones financieras y de prestación de servicios, que garanticen la sostenibilidad institucional y el entorno de calidad para los usuarios. Se deben eliminar los sobrecostos operacionales y maximizar los ingresos por venta de servicios.

El seguimiento de estos planes estará a cargo del Ministerio de la Protección Social y se articularán con las funciones de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Por las consideraciones anteriormente expuestas nos permitimos presentar la siguiente proposición.

Proposición

Solicitamos a la Comisión Séptima de la honorable Cámara de Representantes aprobar la ponencia para primer debate al Proyecto de ley número **052 de 2004 Senado y 179 de 2005 Cámara, 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, y sus Proyectos Acumulados 19, 31, 33, 38, 54, 57, 58, 98, 105, 115, 122, 148 y 151 de 2004 Senado**, pliego de modificaciones y texto propuesto para primer debate.

Miguel Durán Gelvis, Coordinador de Ponentes; *Héctor A. Rodríguez Garnica*, *Carlos A. Celis Gutiérrez*, *Elías Raad Hernández*, *Manuel de J. Berrío T.*, Ponentes.

PLIEGO DE MODIFICACIONES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 052 DE 2004 SENADO Y 179 DE 2005 CAMARA

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, y sus Proyectos Acumulados 19, 31, 33, 38, 54, 57, 58, 98, 105, 115, 122, 148 y 151 de 2004 Senado.

Artículo 1°. Objeto.

Literal e). Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la prestación de los servicios y en el aseguramiento en salud.

Corrección gramatical. Y queda así:

e) Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la prestación de los servicios y en el aseguramiento en salud.

Se adicionan (h, i) dos literales, o sea, dos objetivos específicos de la reforma. Se hace explícito el principio constitucional y de la Ley 100 sobre la participación ciudadana. Pareciera estar incluido en el literal d) del texto aprobado, pero la condición de usuario es necesario hacerla explícita. El literal nuevo es:

h) Aumentar la presencia y la capacidad de incidencia de la ciudadanía usuaria en las instancias decisorias y de inspección, vigilancia y control del sistema

Se plantea como objeto explícito de la reforma la necesidad de resolver los problemas de iniquidad observados en la experiencia del SGS-SS, en el literal nuevo

i) Corregir algunos factores de iniquidad que se han evidenciado durante la experiencia del Sistema General de Seguridad Social

Artículo 2°. De los ejes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para cumplir la misión de mejorar las condiciones de salud de los habitantes del territorio colombiano, protegerlos financieramente frente al riesgo de enfermar y propiciar la satisfacción de la demanda de servicios, el Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá los siguientes ejes en su organización:

Eje de Dirección, regulación, vigilancia y control a cargo del Ministerio de la Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Superintendencia Nacional de Salud y Direcciones Territoriales de Salud.

Eje de financiación a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, Fondos Locales y Seccionales de Salud.

Eje de Aseguramiento a cargo de las Entidades Promotoras de Salud tanto en el Régimen contributivo como en el régimen subsidiado.

Eje de prestación de servicios de salud a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, tanto públicas –Empresas Sociales del Estado– como privadas o mixtas, incluidos los profesionales de la salud independientes.

Eje de salud pública colectiva a cargo del Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Invima, ICBF, Departamentos, Distritos y Municipios.

En el primer eje, de dirección, regulación y vigilancia, se adicionan los institutos descentralizados adscritos al Ministerio de la Protección Social con las competencias señaladas. En el eje de financiación, se explicitan los niveles territoriales. En el eje de aseguramiento se incluye a las entidades territoriales que lo hacen con el régimen subsidiado. En el eje de salud pública se agrupan la lista de entidades públicas en el término organismos adscritos, y se extiende a la ciudadanía y demás entidades la responsabilidad de salud pública.

En consecuencia el artículo corregido queda así:

Artículo 2°. De los ejes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para cumplir la misión de mejorar las condiciones de salud de los habitantes del territorio colombiano, protegerlos financieramente frente al riesgo de enfermar y propiciar la satisfacción de la demanda de servicios, el Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá los siguientes ejes en su organización:

Eje de dirección, regulación, vigilancia y control a cargo del Ministerio de la Protección Social, Invima, INS, ICBF, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Superintendencia Nacional de Salud, y Direcciones Territoriales de Salud.

Eje de financiación a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, los Fondos Locales, Distritales y Departamentales de Salud.

Eje de aseguramiento a cargo de las entidades promotoras de salud y las entidades territoriales en lo referente al régimen subsidiado.

Eje de prestación de servicios de salud a cargo de las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas –Empresas Sociales del Estado– como privadas o mixtas, y de los profesionales de la salud independientes.

Eje de Salud pública colectiva a cargo del Ministerio de la Protección Social, organismos adscritos, Departamentos, Distritos y Municipios con la participación de la comunidad, los particulares y las entidades relacionadas con los factores determinantes de la salud.

Artículo 3°. Cobertura universal y subsidios estatales a la demanda y a la oferta.

La referencia del artículo es a todos los subsidios para salud. Los subsidios de “oferta” se refieren a los que se entreguen a las IPS en función de garantizar el acceso en zonas donde por condiciones geográficas, sociales o económicas no se pueda garantizar su supervivencia por venta de servicios. Los demás recursos hoy denominados de “oferta” se asignan en función de la demanda. Por ello el título del artículo queda así:

Artículo 3°. Cobertura universal y subsidios estatales en salud.

El literal b) del artículo dice así:

b) Mientras se cuenta con los recursos suficientes para lograr integralidad de los planes de beneficios y universalidad en las coberturas, además de los subsidios por el total de la UPC del Régimen Subsidiado, se les podrá otorgar a las personas de nivel 3 del Sisbén, subsidios parciales para garantizar una determinada parte del plan obligatorio o subsidios parciales para cofinanciar con el mismo beneficiario o su gremio, la UPC correspondiente al régimen contributivo o la del régimen subsidiado según las disponibilidades.

Se cambia la palabra UPC por cotización con el fin de generar incentivos de permanencia en el régimen contributivo y esquemas de cofinanciación a la cotización régimen contributivo y se adiciona la palabra progresividad. En consecuencia el literal nuevo es:

b) Mientras se cuenta con los recursos suficientes para lograr integralidad de los planes de beneficios y universalidad en las coberturas, además de los subsidios para completar el total de la cotización del Régimen Subsidiado, se les podrá otorgar a las personas de nivel 3 del Sisbén, subsidios parciales para garantizar una determinada parte del plan obligatorio o subsidios parciales para cofinanciar con el mismo beneficiario o su gremio, la UPC correspondiente al régimen contributivo o la del régimen subsidiado de manera progresiva según las disponibilidades.

El literal c) del artículo dice:

c) Para los servicios no incluidos en el POS subsidiado o para las personas pobres no afiliadas al sistema, las IPS públicas propiciarán el acceso a los servicios que tengan disponibles con cargo y hasta el monto de los subsidios a la oferta autorizados por la entidad territorial respectiva mediante contrato.

Se corrige el literal por cuanto la garantía del acceso es una competencia de las entidades territoriales de acuerdo con lo establecido en la Ley 715 de 2001.

Los subsidios de “oferta” no se autorizan a las IPS públicas, se asignan a las entidades territoriales quienes contratan con IPS. Se adiciona igualmente la priorización de la atención con el fin de realizar la articulación entre prestación y acciones de salud pública individual y familiar. Debido a ello, el literal c) corregido queda:

c) Para los servicios no incluidos en el POS subsidiado y para la atención de las personas pobres no afiliadas al sistema, las entidades territoriales propiciarán el acceso a los servicios a través de contratación de servicios preferentemente con Empresas Sociales del Estado. En todo caso se priorizarán las acciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública.

Artículo 4°. Del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es un organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud que estará constituido por quince miembros, así:

El espíritu del artículo 156 de la Ley 100 (literal m) es el de separar las competencias entre los diferentes actores para hacer claridad en las reglas del juego del sistema. Así es que la dirección del Sistema es atributo de la administración del Estado, y las de un Consejo como el del SGSSS es de concertación y regulación. Debido a ello se debe precisar lo siguiente en el inicio del artículo 4° del proyecto:

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es un organismo de regulación y concertación del Sistema General de Seguridad Social en Salud que estará constituido por quince miembros, así:

En el mismo artículo, la composición del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud está planteado como sigue:

1. El Ministro de la Protección Social quien lo presidirá.
2. El Ministro de Hacienda o su delegado.
3. Un representante de los Gobernadores o su secretario de salud como delegado.
4. Un representante de los Alcaldes, elegido por la Federación Nacional de Municipios.
5. Un representante del Instituto de Seguros Sociales.
6. Un representante de las EPS del régimen Contributivo.
7. Un representante de las EPS del régimen Subsidiado.
8. Un representante de las IPS Privadas.
9. Un representante de las Empresas Sociales del Estado
10. Un representante de los profesionales de la salud
11. Un representante de los trabajadores.
12. Un representante de los pensionados
13. Un representante de los empleadores.
14. Un representante de los usuarios del régimen subsidiado.
15. Un representante de las defensorías del Paciente.

Los cambios conceptuales que ha implicado el SGSSS, obliga a que la constitución del Consejo regulador y concertador lo sea con las categorías económico-sociales correspondientes. Así es que la representación del ISS, que tiene la condición de EPS del Régimen Contributivo, deberá compartirla o concertarla con otras EPS.

En vez de la representación de trabajadores y pensionados, se sustituye por dos representantes de los usuarios del régimen contributivo, en los cuales podrían ganársela los trabadores dependientes, independientes e incluso los pensionados. Se aumenta un representante de los usuarios del régimen subsidiado fundamentada en la equidad y mayor participación ciudadana.

Se cambia la palabra paciente por usuario por considerar que esta es más amplia. En consecuencia, la conformación del CNSSS quedaría así:

1. El Ministro de la Protección Social quien lo presidirá.
2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
3. Un representante de los Gobernadores o su delegado.
4. Un representante de los Alcaldes o su delegado.
5. Un representante de las EPS del régimen Contributivo.
6. Un representante de las EPS del régimen Subsidiado.
7. Un representante de las IPS Privadas.
8. Un representante de las Empresas Sociales del Estado
9. Un representante de los profesionales de la salud.
10. Dos (2) Representantes de los usuarios del régimen contributivo. Se elimina representación por derecho propio de los pensionados.
11. Un representante de los empleadores.
12. Dos (2) Representantes de los usuarios del régimen subsidiado.
13. Un representante de las defensorías del Usuario.

El artículo 4° del texto aprobado en Senado contiene los tres siguientes párrafos:

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para la escogencia de los representantes de los organismos no gubernamentales. El período de los representantes de los organismos no guber-

namentales será de (4) cuatro años iniciados a partir del 1° de enero de 2007 y podrán ser reelegidos.

Parágrafo 2°. El Consejo contará con una Secretaría Técnica, de carácter permanente, escogida por el mismo Consejo entre los funcionarios del nivel directivo del Ministerio de la Protección Social, la cual será responsable de presentar al Consejo sus recomendaciones para la toma de decisiones. El Ministerio de la Protección Social presentará los siguientes estudios que aseguren el soporte técnico a la Secretaría y al Consejo:

- a) Evaluación de la situación de salud en el país, e impacto del sistema y las políticas de salud;
- b) Evaluación de tecnología;
- c) Evaluación financiera;
- d) Evaluación de planes de beneficios, la UPC y los pagos compartidos.

Los estudios de que trata el presente párrafo serán responsabilidad del Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 3°. Serán asesores permanentes del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y coordinados por la Secretaría Técnica: Un representante de la Academia Nacional de Medicina, uno de la Federación Médica Colombiana, uno de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, uno en representación de las Facultades de Salud Pública. Estos asesores serán escogidos autónomamente por cada una de estas agremiaciones.

Cada uno de los tres párrafos es sometido a ajustes, en particular el número 1.

Dada la naturaleza de Institución reguladora y concertadora (en consecuencia que debe tener una representación equilibrada y lo más representativa del universo ciudadano), los criterios de calificación, definición y selección de los representantes al CNSSS deben ser elaborados por una gama institucional representativa del Estado Social de Derecho, y no únicamente por el Gobierno. Tales criterios deben traducirse en perfiles de los elegibles, calidades, inhabilidades e incompatibilidades, electores, fechas, formas de elección. etc.

En el párrafo dos se introducen la gestión coordinadora de la secretaria técnica del funcionario del ministerio que debe escoger el mismo Consejo. Y en el tres, se extiende la participación en el Consejo a Ministros que en un momento dado se requiera para suministrar información y toma de decisiones. Los párrafos corregidos quedarían así:

Parágrafo 1°. Durante el primer trimestre de vigencia de la presente ley, deberá contarse con los mecanismos de selección de los representantes de organismos no gubernamentales. Esta reglamentación la elaborará una Comisión temporal convocada por los Ministros de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público. Tal Comisión estará conformada, además de los dos Ministros, por funcionarios directivos del Departamento Nacional de Planeación, la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación, y la Contraloría General de la República. El período de los representantes de los organismos no gubernamentales será de (4) cuatro años y podrán ser reelegidos.

Parágrafo 2°. El Consejo contará con una Secretaría Técnica, de carácter permanente, coordinada por un funcionario del nivel directivo del Ministerio de la Protección Social escogido por el mismo Consejo, la cual será responsable de presentar al Consejo sus recomendaciones para la toma de decisiones. El Ministerio de la Protección Social presentará los siguientes estudios que aseguren el soporte técnico a la Secretaría y al Consejo.

- a) Evaluación de la situación de salud en el país, e impacto del sistema y las políticas de salud;
- b) Evaluación de tecnología;
- c) Evaluación financiera;
- d) Evaluación de planes de beneficios, la UPC y los pagos compartidos.

Los estudios de que trata el presente párrafo serán responsabilidad del Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 3°. Serán asesores permanentes *ad honorem* del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y coordinados por la Secretaría Técnica: Un representante de la Academia Nacional de Medicina, uno de la Federación Médica Colombiana, uno de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, uno en representación de las Facultades de Salud Pública. Estos asesores serán escogidos autónomamente por cada una de estas agremiaciones. Podrán ser convocados representantes de los ministerios del gabinete en el momento en que esto sea requerido.

En lo que corresponde a precisar funciones del Ministerio de la Protección Social, el artículo 5° del proyecto de ley detalla seis literales, al cual se adiciona otro (el g) con el propósito de especificar la condición de colaborador del ministerio en los temas de Inspección, Vigilancia y Control, tema este que se desarrolla en el capítulo pertinente.

Artículo 5°. *Se adiciona el literal g)*

g) Colaborar con las instituciones que tienen competencias en acciones de inspección, vigilancia y control de conformidad con lo establecido en la presente ley.

Artículo 6°. *De los Departamentos y el Distrito Capital.*

Se detallan funciones de los departamentos y distritos en el SGSSS. En siete literales se desarrolla el artículo, sobre tres de los cuales (b), d) y g) se introducen ajustes. Esos tres literales en el texto de Senado dicen así:

b) Administrar los recursos del Sistema General de Participaciones asignados para la atención de la población pobre no asegurada y servicios no incluidos en el POS, asignando entre las Empresas Sociales del Estado los recursos en función de la población por atender, dando especial reconocimiento a las entidades y servicios de salud mental.

d) Presupuestar y ejecutar, mediante encargo fiduciario, los recursos del régimen subsidiado y conjuntamente con los municipios velar por que se cumplan con los porcentajes mínimos de contratación con la red pública exigido en la presente ley, los gastos administrativos y prestación de servicios de salud.

g) Vigilar que, en los municipios de su jurisdicción, el estricto cumplimiento a las obligaciones con los usuarios del régimen contributivo y del régimen subsidiado por parte de las EPS, en especial la garantía de acceso a los servicios del respectivo Plan Obligatorio de Salud y de la libre elección de IPS conforme a la red aprobada por la Superintendencia Nacional de Salud y ofrecida por la respectiva EPS.

Se mejora la redacción del literal b), con el fin de aclarar que la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda no se realiza mediante asignación de recursos a ESE, sino mediante contratación donde se deben vincular los recursos con el volumen y calidad de servicios, con excepción de las instituciones donde se requieran subsidios de “oferta”.

Con el fin de proteger y administrar eficientemente, en la esfera de la seguridad social, los recursos del sistema en las jurisdicciones territoriales sin menoscabar la autonomía de su gestión en esta materia, se introduce su administración territorial mediante cuentas maestras. Ese es el propósito del ajuste del literal d). El ajuste del literal g) es más de naturaleza gramatical, y de claridad en la redacción.

b) Administrar los recursos del Sistema General de Participaciones y demás recursos disponibles para la atención de la población pobre no asegurada y prestación de servicios no incluidos en el POS, contratando preferentemente con Empresas Sociales del Estado, e incluyendo siempre a entidades y servicios de salud mental.

d) Presupuestar, y ejecutar mediante cuenta maestra en cualquier entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, los recursos del régimen subsidiado y conjuntamente con los municipios velar por que se cumplan con los porcentajes mínimos de contratación con la red pública exigido en la presente ley, los gastos administrativos y prestación.

g) Vigilar en los municipios de su jurisdicción el cumplimiento a los usuarios de la libre elección de IPS y el plan obligatorio de salud, por parte de los asegurados de los diferentes regímenes, teniendo en cuenta la red prestadora de servicios de la EPS sin menoscabo del cumplimien-

to de la contratación mínima exigida con la red pública en los términos señalados en esta ley

Artículo 7°. *De los Municipios y Distritos.*

Se detallan funciones de los municipios y distritos en el SGSSS. En seis literales se desarrolla el artículo, sobre dos de los cuales (a y e) se introducen ajustes, y se adiciona uno (g). Los dos literales corregidos dicen en el texto aprobado del Senado:

a) Presupuestar y ejecutar mediante encargo fiduciario los recursos para el régimen subsidiado.

e) Velar por que haya una libre elección de IPS por parte de los asegurados de los diferentes regímenes teniendo en cuenta la red prestadora de servicios autorizada para la EPS sin menoscabo del cumplimiento de la contratación mínima exigida con la red pública.

Con el fin de proteger y administrar eficientemente, en la esfera de la seguridad social, los recursos del sistema en las jurisdicciones territoriales sin menoscabar la autonomía de su gestión en esta materia, se introduce su administración territorial mediante cuentas maestras. Ese ajuste sustituye la administración por fiducias.

Se mejora la redacción del literal e. La adición de un nuevo literal (g) es porque para los municipios certificados se debe dejar clara la competencia de gestión y administración de recursos para la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. De acuerdo con ello, los literales corregidos y adicionados son:

a) Presupuestar, y ejecutar a través de una cuenta maestra en cualquier entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, los recursos para el régimen subsidiado.

e) Velar en su jurisdicción por el cumplimiento a los usuarios de la libre elección de IPS y del plan obligatorio de salud, por parte de los asegurados de los diferentes regímenes teniendo en cuenta la red prestadora de servicios de la EPS sin menoscabo del cumplimiento de la contratación mínima exigida con la red pública

g) Los municipios certificados deben administrar los recursos del Sistema General de Participaciones y demás recursos disponibles para la atención de la población pobre no asegurada y servicios no incluidos en el POS, contratando preferentemente con Empresas Sociales del Estado. Se prohíbe la prestación pública de servicios de salud a cargo directamente de las entidades territoriales.

De dos párrafos en este artículo, se corrige el número 1, y se elimina el segundo. La versión original de estos párrafos es:

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social a través de la Superintendencia de Salud podrá ordenar de oficio y en cualquier momento, el giro directo a las IPS por parte de la fiducia, para cubrir cartera reconocida por la EPS del Régimen Subsidiado en caso que dichas EPS no cumplan con el flujo de recursos ordenado en la presente ley.

Parágrafo 2°. El Ministerio de la Protección Social seleccionará y reglamentará las entidades fiduciarias de naturaleza pública o las entidades financieras de carácter público que celebren contratos de fiducia pública con las cuales los municipios podrán celebrar los contratos de encargo fiduciario de los recursos del Régimen Subsidiado con la formalidad del Convenio Interadministrativo.

La introducción de Cuentas Maestras en lugar de Fiducias, coloca en el mercado financiero abierto, con la garantía reguladora del Estado, la administración de recursos. Y dentro de esta norma, se adelantarán todas las operaciones de giros, pagos, cruces de cuentas, relacionadas con contratos de subsidio. De allí que para el parágrafo 1°, se mejora la redacción y, además, se cambia “lo ordenado por la presente ley” por “la normatividad vigente” porque no debe restringirse al cumplimiento de lo establecido en esta Ley, sino a la totalidad de las normas relacionadas.

Por la misma razón descrita, se desmonta la injerencia calificadora del ministerio contenida en el parágrafo 2°. El parágrafo subsistente queda así:

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social, podrá ordenar de oficio y en cualquier momento, el giro directo a las IPS a través de la cuenta maestra respectiva, para cubrir cartera reconocida por la EPS del

Régimen Subsidiado en caso que dicha EPS no cumpla con la normatividad vigente relacionada con el flujo de recursos.

Artículo 8°. De las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A partir de la vigencia de la presente ley los doce (12) puntos porcentuales de las cotizaciones obligatorias que los afiliados y empleadores aportan al Régimen Contributivo se distribuirán de la siguiente manera:

a) Diez punto treinta (10.30) para financiar la compensación del Régimen contributivo en el Fosyga de acuerdo con las normas que la regulan;

b) Uno punto veinte (1.20) para financiar la subcuenta para el Régimen Subsidiado;

c) Cero punto veinticinco (0.25) para financiar la subcuenta de Salud Pública Colectiva del Fosyga;

d) Cero punto veinticinco (0.25) para financiar las incapacidades por enfermedad general a cargo de las Entidades Promotoras de Salud.

Al anterior enunciado del artículo 8° aprobado en Senado, se le propone un cambio literalmente completo, a fin de que además de ampliar el universo de subsidiados, se estimule mediante cofinanciación (subsidio parcial) de la cotización al régimen contributivo para mantener el esfuerzo de poblaciones afectadas temporalmente por desempleo, contracción de ingresos o subempleo. Y se opta por esta alternativa pues desde la cuenta del régimen subsidiado del Fosyga, las entidades territoriales no están autorizadas para cofinanciar cotizaciones al contributivo. Mejor hacerlo desde esta cuenta del contributivo del Fosyga.

Esta modificación afecta por supuesto el incremento de 0.20 puntos para la cuenta del subsidiado. Y adicionalmente, a través de un párrafo que se adiciona al artículo, se crea dentro de la Cuenta de Compensación una Subcuenta de Promoción y prevención de la salud. En consecuencia el artículo completo queda así:

Artículo 8°. De las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A partir de la vigencia de la presente ley los doce (12) puntos porcentuales de las cotizaciones obligatorias que los afiliados y empleadores aportan al Régimen Contributivo se distribuirán de la siguiente manera:

a) Diez punto treinta (10.30) para financiar la compensación del Régimen contributivo en el Fosyga de acuerdo con las normas que la regulan. De los cuales el cero punto veinte (0.20) se destinará para subsidiar la cotización al régimen contributivo de los afiliados que transitoriamente queden desempleados o presenten caída de ingresos, o de población subempleada con menos de dos smmlv, previo a los recursos disponibles y el reglamento que expida para tal efecto el Gobierno Nacional;

b) Un punto (1.0) para financiar la cuenta solidaridad para el Régimen Subsidiado, en el Fosyga;

c) Cero punto veinticinco (0.25) para financiar la cuenta de Salud Pública Colectiva del Fosyga;

d) Cero punto veinticinco (0.25) para financiar las incapacidades por enfermedad general a cargo de las Entidades Promotoras de Salud.

Parágrafo. Dentro de la cuenta de compensación, se constituirá una Subcuenta de *Promoción y Prevención individual de la salud*, acciones estas últimas que deben desarrollar de manera obligatoria las EPS, según directrices que trace el Ministerio de la Protección Social. A esta Subcuenta deberá destinarse cero punto quince (0.15) puntos de los que quedan en la cuenta de compensación, y se le trasladarán los activos de la cuenta de Promoción de la salud del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Artículo 9°. Del Sistema General de Participaciones en Salud.

Debido al cambio sobre la administración de recursos del sistema por parte de las entidades territoriales que se introduce en el artículo 17 de esta ley, se modifica el canal del giro de estos recursos en el literal a de este artículo. El literal b también se modifica por una mejor redacción. Los literales ajustados quedan así:

A partir de la vigencia de la presente ley los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud se distribuirán de la siguiente manera:

a) 65% para la financiación del Régimen Subsidiado, que se asignarán a cada entidad territorial responsable de la afiliación al Régimen Subsidiado, y que se girarán a través de la cuenta maestra ilustrada en el artículo 17 de esta ley;

b) 25% para la financiación de la atención a población pobre no asegurada y servicios no incluidos en el POS subsidiado mediante la contratación que realicen las entidades territoriales con Empresas Sociales del Estado, salvo excepciones que la dificulten. Los recursos se transferirán a los Fondos Territoriales de Salud, de acuerdo con los porcentajes de distribución que establezca el Conpes para los diferentes niveles de complejidad y los niveles territoriales correspondientes.

Artículo 10. Financiamiento del Régimen Subsidiado.

El Régimen Subsidiado estará financiado con los siguientes recursos:

De los diez literales (del a al j) que trae el texto del Senado como lista de fuentes de recursos, se modifican dos (b y e), se adicionan tres (f, g, h), y como consecuencia se cambian las letras ordinales de la g a la j, corriéndose alternativamente hasta la letra m.

Conforme al cambio introducido en el artículo 8°, se modifica el literal b) manteniendo el traslado de solo 1.0 punto a la cuenta del régimen subsidiado desde la del Contributivo. Además, se hace explícito que esa transferencia incluye también a las cotizaciones de regímenes que aún subsisten por fuera del Sistema de Ley 100.

En el literal e), se señala que el aporte de las Cajas de Compensación Familiar al Régimen Subsidiado se aumenta de 5 a 10% del recaudo de ese aporte parafiscal.

El nuevo literal f) establece una contribución al régimen subsidiado de dos grupos de actividades económicas que obtienen visibles beneficios del mercado de medicamentos y de equipos y dotaciones hospitalarias, mercado este sustentado por la dinámica del SGSSS.

El nuevo literal g), establece un traslado del 5% del total recaudado por el parafiscal que alimenta al ICBF. Este cambio es una excusa para obligar al sistema a hacer definitivamente universal la cobertura inmediata de la infancia. Y simultáneamente comprometer la gestión del ICBF en la esfera institucional responsable del SGSSS; de hecho, su ausencia marca una deficiencia en temas de nutrición en el Sistema.

El nuevo literal h) aprovecha que los recursos comprometidos para el Fondo Fonede han registrado pobre ejecución desde su conformación. Literalmente no han sido usados. Sin sustituir su destinación, establece que los montos no utilizados por este Fondo en cada vigencia fiscal, se transfieran a la cuenta del régimen subsidiado.

Resultado de estos ajustes, el artículo 10 queda así:

El Régimen Subsidiado estará financiado con los siguientes recursos:

a) El 65% del total del Sistema General de participaciones en Salud;

b) Un punto (1.0) de la cotización obligatoria que deben aportar como solidaridad los afiliados al Régimen Contributivo y los aportes de los regímenes exceptuados y especiales de que trata la Ley 647 de 2001;

c) Un aporte progresivo anual del Presupuesto Nacional, que para el año 2007 será igual a quinientos cuarenta y cuatro mil millones de pesos (\$544.000.000.000) y que se incrementará anualmente en un 10% real hasta que se logre igualar el monto que generen anualmente los recursos de que trata el literal b) del presente artículo;

d) El 30% del total de los recursos provenientes de rentas cedidas a los departamentos destinados a salud;

e) El aporte de las Cajas de Compensación de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, incrementado al 10% de los recaudos;

f) Recursos provenientes del establecimiento de una contribución de las utilidades de las empresas de la industria farmacéutica y de las proveedoras de equipos y dotaciones clínico-hospitalarias;

g) El 5% de los recaudos del aporte parafiscal administrado por el ICBF;

h) Los recursos no ejecutados en cada vigencia fiscal del Fonede, creado en el artículo 6° de la Ley 789 de 2002;

i) El 93% de los recursos del monopolio de los juegos de suerte y azar que corresponden a los municipios y Distritos y que son recaudados por la Empresa Territorial para la Salud, Etesa;

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

k) Las contribuciones de las agremiaciones de la población destinadas a cofinanciar el Régimen Subsidiado;

l) Los recursos propios de las entidades territoriales que estas de forma permanente destinen a la financiación del aseguramiento de la población pobre no asegurada conforme a lo previsto en la presente ley;

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

Artículo 11. Fuentes de recursos para la red pública de prestación de servicios de salud.

Las siguientes fuentes serán las que financian la operativización de la red pública de prestación de servicios de salud para la atención de la población pobre no asegurados y atención de actividades no POS.

Dado que este artículo se refiere a la financiación de la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, su encabezamiento debe referirse a ello; de allí su nueva redacción, al igual que la del párrafo con que se inicia el artículo. En lo referente al tema de la financiación de las IPS públicas, en el correspondiente título de esta ley (artículo 41, nuevo de este pliego), se detallan sus fuentes.

De igual manera, se da una nueva redacción al literal d), para evitar equívocos con los recursos propios de las entidades territoriales.

Artículo 11. Fuentes de recursos para la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Para la prestación de servicios de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las entidades territoriales contarán con las siguientes fuentes:

d) Otros recursos propios de las entidades territoriales, que estas destinen para el efecto.

Artículo 14. Subcuenta para financiación de eventos catastróficos, accidentes de tránsito y enfermedades de alto costo.

Las cuatro cuentas del Fosyga, deberán llamarse así: Cuentas y no subcuentas. Además, lo que materializa el alto costo son eventos o servicios, y no las enfermedades. De allí la precisión del título del artículo.

Artículo 14. Cuenta para financiación de eventos catastróficos, de alto costo y de Accidentes de tránsito.

En seis literales desarrolla este artículo las fuentes de recursos de esta cuenta. Se corrigen dos literales (c y d), se adiciona uno (f), y se corre el anterior f para ser g. En el literal c) se hace corrección gramatical. La corrección del literal d) se debe a que la administración de este ítem debería tener la connotación de reserva, y no de gasto, para que la figura de reaseguro le otorgue al exceso de gasto a eventos de alto costo una mayor seguridad financiera.

La adición del literal f) es para convertir estos recaudos en fuente de esta cuenta, pues estas sanciones originan recursos que corresponden por omisión al SGSSS, pues su falencia se traduce en ausencia de garantías para contingencias de salud.

Dichos literales quedan así:

c) Los aportes presupuestales del Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia de la República para las víctimas del terrorismo, cuando dicho Fondo se extinga;

d) Los recursos obligatorios que aporten las EPS tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado correspondientes al 2% de

la UPC del respectivo régimen que se destinarán a la conformación de reservas para constitución de un reaseguro para cubrir el financiamiento del exceso de gasto en el componente de enfermedades de alto costo de acuerdo con la reglamentación que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;

f) Los recaudos de recursos por sanciones impuestas por las autoridades de tránsito a conductores cuya infracción es no disponer o tener vencido el Seguro Obligatorio SOAT.

Artículo 15. Subcuenta para la Salud Pública Colectiva.

En cuatro literales se presentan las fuentes de recursos para esta Cuenta. De acuerdo con el ajuste propuesto en el artículo 8° de este pliego, se modifica el literal c) al transferir los recursos de la extinta Subcuenta de Promoción de la salud a una Subcuenta en la Cuenta de Compensación constituida con un fin similar. Y se sustituye por una responsabilidad del Gobierno Nacional. En consecuencia el nuevo literal c) del artículo 15 es:

Artículo 15. Cuenta para la Salud Pública Colectiva.

c) Los recursos que el Presupuesto General de la Nación destina hoy a programas de salud pública y prevención de salud tales como vacunación, control de enfermedades de transmisión sexual, entre varios. Estos recursos crecerán cada año con el IPC general y no podrán ser inferiores a los destinados en el Presupuesto General de la Nación para la vigencia del 2004.

Artículo 16. Subcuenta para el Régimen Subsidiado.

Se ajusta el título a la especificación de Cuentas en el Fosyga. En seis literales señala el texto aprobado en Senado las fuentes de recursos de esta cuenta. De acuerdo con los cambios señalados en los artículos 8 y 10 del presente Pliego, en este artículo se especifican las fuentes de recursos para el régimen subsidiado que se canalizan por vía de la Cuenta en el Fosyga.

Por ello se modifican los literales a), b), y se introducen nuevas fuentes en los literales e, f, y g, lo que ocasiona que los literales del artículo ahora son 9: hasta el i).

Artículo 16. Cuenta para el Régimen Subsidiado.

A la Cuenta del Régimen subsidiado en el Fosyga deberán llegar los siguientes recursos:

a) Un punto (1.0) de los doce (12) cotizados obligatoriamente por los afiliados al Régimen Contributivo y el aporte de los regímenes exceptuados;

b) El aporte de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, incrementado según lo establecen los artículos 8° y 10 de esta ley;

c) El aporte progresivo anual del Presupuesto Nacional, de que trata el literal c) del artículo 10 de la presente ley;

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

e) Recursos provenientes del establecimiento de una contribución de las utilidades de las empresas de la industria farmacéutica y de las proveedoras de equipos y dotaciones clínico-hospitalarias;

f) El 5% de los recaudos del aporte parafiscal administrado por el ICBF;

g) Los recursos no ejecutados en cada vigencia fiscal del Fonede, creado en el artículo 6° de la Ley 789 de 2002;

h) Los activos de la actual subcuenta de solidaridad del Fosyga;

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

Artículo 17. Flujo de los Recursos del Régimen Subsidiado.

Se sustituye completamente por una propuesta que ofrece mayor agilidad, seguridad, manejo oportuno, y sin costos administrativos, en la medida que se hace por red financiera idónea, con mecanismos de probada aplicación, y con la garantía de la vigilancia de la Superintendencia Financiera colombiana. El "blindaje" que ofrece la modalidad

de Cuentas Maestras debe aprovecharse para hacer el manejo de los diferentes recursos del SGSSS con las entidades territoriales.

El ajuste se presenta en los dos siguientes artículos: 17 y 18, los cuales sustituyen el artículo 17 de la versión aprobada de Senado.

Artículo 17. Flujo de los recursos del Régimen Subsidiado en los Fondos Locales, Distritales o Departamentales de Salud.

Los recursos del Sistema General de Participaciones, los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga y los demás recursos que se destinen a financiar el Régimen Subsidiado serán manejados por las entidades territoriales en los respectivos Fondos de Salud, mediante cuentas maestras, abiertas en entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, ubicadas en el respectivo municipio o distrito, o en su defecto en la capital del respectivo departamento.

Estos recursos serán girados a la cuenta maestra que cada municipio acredite ante los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social. Los recursos del régimen subsidiado no podrán hacer unidad de caja con ningún otro recurso.

Solo podrán ser beneficiarias de las cuentas maestras, las Administradoras del Régimen Subsidiado, entidades que tendrán una sola cuenta bancaria por departamento para tal fin.

Parágrafo. Las cuentas actualmente registradas ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para el giro de los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la financiación de la atención de la población pobre mediante subsidios a la demanda, podrán actuar como cuenta maestra siempre y cuando se ajusten los respectivos convenios con las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia conforme a lo previsto en el presente decreto.

Artículo 18 (nuevo) Cuenta Maestra. Para los efectos de esta ley se entiende por cuenta maestra, la cuenta que por manejar exclusivamente los recursos del Régimen Subsidiado solo acepta como operaciones débitos aquellas que se destinen a otra cuenta bancaria que pertenece a una Administradora de Régimen Subsidiado. Toda transacción que se efectúe con cargo a los recursos que financian el régimen subsidiado, proveniente de la cuenta maestra, deberá hacerse por transferencia electrónica.

Parágrafo 1°. Las entidades territoriales autorizarán el débito de estas cuentas con destino a las Instituciones Prestadoras de Salud únicamente cuando las Administradoras del Régimen Subsidiado sean objeto de la medida giro directo en los términos y condiciones señalados en el Decreto 3260 de 2004, o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Parágrafo 2°. Las entidades territoriales autorizarán el débito de estas cuentas con destino a las Instituciones Prestadoras de Salud con las cuales tenga contrato para la ejecución de los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 715 de 2001.

El artículo 18 del texto aprobado en Senado es sustituido completamente (salvo dos párrafos) por tres artículos, que en el pliego se identifican como los números 19, 20 y 21. El 19 y 20 son nuevos, y el 21 es retomado de la versión del Senado, en la cual figura con el número 57 pero que por unidad de materia pertenece a este título del proyecto de ley.

El artículo 18 de Senado dice:

Artículo 18. Contratación con la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud.

Por lo menos el sesenta y cinco por ciento (65%) de la contratación efectiva que formalicen las EPS del régimen subsidiado, se deberá realizar con la Red Pública de Prestación de Servicios del respectivo municipio, cuando allí existan los diferentes niveles de complejidad y en caso de no existir el nivel de complejidad requerido, lo harán con ESES de referencia de la red correspondiente

El Gobierno Nacional reglamentará la transición en esta materia, hasta que se hayan constituido las ESE conforme a lo previsto en la presente ley.

La EPS-ISS durante un período de tres años contratará obligatoriamente un porcentaje de los servicios que requiera con Empresas Socia-

les del Estado, escindidas del ISS. Dicho porcentaje será como mínimo del sesenta y cinco por ciento (65%) el primer año, como mínimo sesenta por ciento (60%) el segundo y como mínimo cincuenta y cinco por ciento (55%) el tercero.

Cuando se contrate por capitación la totalidad de los servicios de baja complejidad contenidos en el POS subsidiado, esta modalidad no podrá exceder el cincuenta y dos por ciento (52%) de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), ni inferior al cuarenta y cinco por ciento (45%) de la misma.

Parágrafo único. Para efectos de evaluar la contratación mínima obligatoria de las EPS del régimen subsidiado y la EPS-ISS con la red pública, los entes de interventoría, inspección vigilancia y control, la evaluarán en función de lo realmente ejecutado y no de lo formalmente contratado, y deberá considerarse dentro de la Red Pública a las IPS indígenas y a la infraestructura pública entregada en Comodato o administración a los trabajadores.

El fin del artículo es garantizar a las ESE más volumen de venta de servicios para mejorar su situación financiera. El título del artículo debe especificar que es sobre las IPS públicas, y no sobre un genérico como "red pública". El primer párrafo recibe una redacción que precisa el propósito pero igualmente establece unas exigencias mínimas para hacerlo, o si no permite la contratación con otro tipo de IPS. Además de establecer una proporción mínima de la contratación del subsidiado con ESE, señala que debe hacerse con las que ofrezcan atención en la jurisdicción. O en su defecto con las IPS no ESE que no sean "golondrinas" (que aparecen de pronto).

Los otros párrafos se ajustan por razones de sintaxis. Pero se adiciona un párrafo en el cual se legisla sobre la soberanía del usuario para la libre elección en este tema. Si la calidad de atención de las ESE públicas contratadas no lo satisface, puede solicitar nuevas IPS así no sean públicas.

En artículo nuevo se establece la condición de que para ser beneficiada con contratación de servicios suministrados a beneficiarios del régimen subsidiado, las ESE deben haberse transformado empresarialmente como lo legisló la Ley 100. Igualmente establece el trabajo conjunto entre Superintendencias para apoyar y vigilar el desarrollo de este proceso de mejoramiento de la red pública de servicios de salud. Y la obligatoriedad del Gobierno para hacer efectivo un programa de transformación empresarial a esta red.

Para hacer efectivo lo legislado en estos artículos, el artículo 21 trata sobre la precisión y fondeo de los pasivos prestacionales de estas ESE, especificando en Ministerio de Hacienda y en demás deudores los pagos y formalización de tales pasivos.

Los siguientes tres artículos recogen los ajustes reseñados, con los que se sustituye el artículo 18.

Artículo 19. Contratación con Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.

Por lo menos el sesenta y cinco por ciento (65%) de la contratación efectiva que formalicen las EPS del régimen subsidiado, se deberá realizar con Empresas Sociales del Estado. Esta contratación deberá hacerse preferentemente con las ESE que dispongan de estructura de servicios en el respectivo municipio. De no ser posible el cumplimiento de la proporción obligatoria de contratación con la ESE en dicho municipio, deberá cumplirse mediante contratación con otras ESE-IPS privadas o con las fundaciones e instituciones de utilidad común habilitadas que a la fecha de expedición de la ley llevaran más de 10 años de establecida.

El Gobierno Nacional reglamentará la transición en esta materia, hasta que se hayan constituido las ESE conforme a lo previsto en la presente ley.

La EPS-ISS durante un período de tres años contratará obligatoriamente un porcentaje de los servicios que requiera con las Empresas Sociales del Estado creadas mediante el Decreto-ley 1750 de 2003. Dicho porcentaje será como mínimo del sesenta y cinco por ciento (65%) el primer año, sesenta por ciento (60%) el segundo y cincuenta y cinco por ciento (55%) el tercero.

Cuando se contrate por capitación la totalidad de los servicios de baja complejidad contenidos en el POS subsidiado, esta modalidad no podrá exceder el cincuenta y dos por ciento (52%) de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), ni inferior al cuarenta y cinco por ciento (45%) de la misma

Parágrafo 1°. Cuando no obstante la gestión gubernamental a través del Sistema de Garantía de Calidad, y de las exigencias, apoyos y cumplimiento de compromisos establecidos en esta ley sobre el mejoramiento de la red pública, la población afiliada manifiesta rechazo a los servicios de las ESE contratadas, la EPS podrá contratar en mayor proporción con otras IPS que cumplan las condiciones señaladas en este artículo.

Parágrafo 2°. La evaluación de la contratación mínima obligatoria de las EPS del régimen subsidiado y la EPS-ISS con las Empresas Sociales del Estado, se hará por las entidades de inspección vigilancia y control, en función de lo realmente ejecutado y no de lo formalmente contratado.

Parágrafo 3°. Para efectos de la aplicación del presente artículo se consideran IPS públicas las ESE de carácter nacional, departamental, distrital y municipal, las IPS indígenas y las IPS que operen en infraestructura pública entregada en comodato o administración a los trabajadores.

Artículo 20 (nuevo). Estímulo para el beneficio de mayor contratación.

Se beneficiarán del tratamiento preferencial señalado en el artículo anterior las ESE que se hayan transformado empresarialmente, en términos efectivos, según lo estableció el artículo 197 de la Ley 100 de 1993. En consecuencia, y en armonía con el artículo 242 de la misma ley, los pasivos laborales de la ESE calificada para tal beneficio deben contar con el soporte de una respectiva contrapartida o respaldo financiero-actuarial, además de otros cambios como organización empresarial.

Parágrafo 1°. En Sala Conjunta con la Superintendencia de Industria y Comercio, la Superintendencia Nacional de Salud elaborará un grupo de indicadores de organización y desempeño empresarial con los que se orientará, capacitará y vigilará a las ESE para calificar su organización y eficiencia, a partir de una adecuada presupuestación y asignación de recursos.

Parágrafo 2°. Con el fin de apoyar la transformación empresarial de las ESE que no se hayan acogido a los cambios anotados en este artículo, el Ministerio de la Protección Social adquiere el compromiso de fortalecer un programa de Capacitación-Asistencia Técnica con base en el cual se obligue a estas ESE a la transformación.

Artículo 21(nuevo). (Viene de ser el 57 del Senado)

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 año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley para que el Ministerio de Hacienda y entes territoriales departamentales emitan los bonos pensionales respectivos de acuerdo a la concurrencia entre el Gobierno Nacional y el ente territorial Departamental.

Artículo 19. Del aseguramiento en salud.

Desde el título Del Aseguramiento que inicia en este artículo, los números de los artículos del texto aprobado en Senado no coinciden con los del Pliego de Modificaciones que trata este documento. Por ejemplo, este artículo 19 corresponde al artículo 22 del Pliego. Y se aprovecha para introducir unas precisiones de contenido, como los

de responsabilidades del asegurador que debe garantizar servicios de prevención y promoción, hasta las de gestión también del plan de beneficios. De tal manera que la versión corregida del artículo 22 (que sustituye el 19) es:

Artículo 22. Del aseguramiento en salud.

Para efectos de la presente ley entiéndase por aseguramiento la estrategia o mecanismo estructurado y formal por el cual se protege financieramente una persona y su familia frente al riesgo de enfermar. Mediante este mecanismo, con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) recibida, la entidad aseguradora garantiza un plan de beneficios que incluye servicios personales tanto en el ámbito de la prevención y promoción, como de la atención, rehabilitación y apoyo denominado Plan Obligatorio de Salud (POS).

Son funciones de aseguramiento la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la gestión del plan de beneficios mediante la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad de la atención en salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Artículo 20. Las Entidades Promotoras de Salud.

Como ya se señaló, los ordinales de los artículos cambian desde el anterior; este 20 se convierte en 23. De la versión de Senado, se elimina el segundo párrafo, y los párrafos 1 y 2, y se ajusta la redacción del tercer párrafo. La exclusión de EPS con ánimo de lucro en la administración del régimen subsidiado, es una limitante a la competencia, y las condena al marchitamiento. Las otras correcciones tienen el fin de subrayar la prohibición de presiones y fomento a prácticas antiéticas por parte de los aseguradores. Y también se mejora la redacción y se amplía el concepto de incentivos pues estaba limitado a los incentivos por prestigio en el tercer párrafo.

Artículo 23. Las Entidades Promotoras de Salud.

Las EPS estarán obligadas a cumplir integralmente con el plan de beneficios, actuando con ética y sin ejercer ningún tipo de presión o condicionamiento sobre los profesionales de la salud y las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud, que conlleven al detrimento de la atención de usuario, en cuanto a la formulación o realización de procedimientos diagnósticos, terapéuticos, medicamentos, u otros elementos e insumos.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social, establecerá, en un lapso no mayor a seis meses de expedida la presente ley, una política de incentivos para la acreditación de prestadores y entidades administradoras de planes de beneficios, las que mediante indicadores, deberán acreditar el mejoramiento o mantenimiento del estado de salud, reflejado en cambios positivos del perfil epidemiológico de su población afiliada en una región determinada y el eficiente y adecuado control del gasto en salud.

Artículo 21. Características básicas de la operación del Régimen Contributivo.

Este artículo, que en el pliego pasa a ser el 24, señala algunas características operativas y conceptuales con las que se complementan o modifican algunas que rigen actualmente el régimen contributivo. Esas nuevas características se detallan en 13 literales (hasta el m).

Se introducen modificaciones en los siguientes literales:

a) Se especifica que las personas con actividad económica, y con ingresos presuntos de capacidad de pago, deben afiliarse al régimen contributivo;

g) Se establecen exenciones de pagos de cuotas moderadoras y copagos. Tanto en sujetos como en eventos;

h) Beneficios de sumatorias de tiempo de cotización se extienden también a trabajadores independientes;

i) Para trabajadores con alta temporalidad debe garantizárseles estabilidad de cobertura;

j) Para trabajadores no dependientes, con contratos mayores a seis meses, se les garantiza aporte del “empleador” (contratante);

k) El aporte del empleador no debe traducirse en menoscabo de los pagos al trabajo.

Se adiciona un párrafo que le establece al Gobierno la tarea de hacer convergentes los cambios de este artículo con la reglamentación Intersistemas de todo el Sistema Integral de Seguridad Social.

De acuerdo con lo señalado, los literales con sus cambios son los siguientes:

Artículo 24. Características básicas de la operación del Régimen Contributivo.

a) Deberán afiliarse al régimen contributivo las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados, los trabajadores independientes y en general toda persona con capacidad de pago;

g) El CNSSS establecerá el régimen de copagos y cuotas moderadoras, teniendo en cuenta que los pensionados por jubilación, invalidez, vejez, sobrevivientes y sustitución con dos o menos de dos salarios mínimos de mesada pensional, estarán exentos del pago de cuotas moderadoras y copagos. Igualmente estarán exentos de cuotas moderadoras y copagos las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida, y previo estudio de sostenibilidad financiera los afiliados cotizantes con un (1) smlmv;

h) La sumatoria de la antigüedad que constituyan los afiliados, bajo cualquiera de las condiciones laborales señaladas en el inciso a de este artículo, en diferentes EPS con sus aportes al régimen contributivo, se mantendrá y contabilizará para superar los períodos de carencia. Esta característica se mantendrá hasta por lo menos un año de suspendidos los aportes. Igualmente, en el caso que los afiliados se trasladen al Régimen de subsidio total o parcial sus derechos se reconocerán cuando recuperen su capacidad de regresar al régimen contributivo;

i) El CNSSS establecerá excepciones en la afiliación y compensación en aquellos municipios en donde no haya oferta de EPS del régimen contributivo o haya menos de 1.000 afiliados al régimen contributivo, o para el caso de personas subsidiadas con afiliación intermitente al régimen contributivo. Específicamente, los contratos laborales con prevalencia de temporalidad, o sea, los contratos menores de seis (6) meses, en los que el contratista sea afiliado al régimen subsidiado, el Contratante cotizará a la Cuenta de Solidaridad del Fosyga en los términos que se establecen en los siguientes literales;

j) Todo contrato en el que esté involucrada la ejecución de un servicio por una persona natural en favor de una persona natural o jurídica de derecho público o privado, tales como contratos de obra, de arrendamiento de servicios, de prestación de servicios, consultoría, asesoría y cuya duración sea superior a seis (6) meses, la parte contratante deberá realizar la afiliación y pago de aportes al régimen contributivo y en la EPS que seleccione el contratista;

k) Para cumplir con lo estipulado en los dos literales anteriores el valor del contrato correspondiente se mensualizará por el término de tiempo contractual y sobre el equivalente al 50% de la mensualidad inferida se calculará la cotización correspondiente del 12%, la cual será asumida y pagada por el contratante a la EPS que señale el contratista, sin menoscabar los pagos pactados al trabajo y sin que ello genere la constitución de vínculo laboral. Se entiende que el 50% restante corresponde a los costos imputables al desarrollo de la actividad contratada

Parágrafo. El Gobierno Nacional, a través de los Ministerios de Hacienda y de la Protección Social, ajustarán las respectivas reglamentaciones para que la correspondencia entre los aportes al SGSSS, al Sistema General de Pensiones, y a el Sistema de Riesgos Profesionales asimilen los cambios introducidos en este artículo.

Artículo 22. Características Básicas de la operación del Régimen Subsidiado.

En once literales (hasta el k), en este artículo que corresponde al 25 del Pliego de Modificaciones, se exponen nuevas características del régimen subsidiado.

Artículo 25. Características Básicas de la operación del Régimen Subsidiado.

Artículo 23. Libertad de Elección de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado.

Se introducen ajustes de redacción, para estandarizar de acuerdo con ajustes que se hicieron en el artículo 17 sobre flujo de recursos a las entidades territoriales, a los literales a) y e).

Artículo 26. Libertad de Elección de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado.

a) El CNSSS definirá el número y conformación de las regiones de operación del régimen subsidiado y seleccionará las EPS autorizadas para cada región, mediante concurso público cada cuatro años, teniendo en cuenta entre otros aspectos, la disponibilidad de red de servicios suficiente garantizada por la aseguradora, la preferencia de los afiliados de la respectiva región, la satisfacción de los actores del sistema en la región, cobertura de municipios en la región, cartera de la EPS del régimen subsidiado con las IPS que prestan el POS.

e) La relación de los carnés de afiliación debidamente entregados y el registro único de afiliación serán el soporte para la firma del contrato entre la EPS y la entidad territorial y los respectivos giros del Fosyga y la autorización de pagos únicamente a través de la cuenta maestra suscrita por el Fondo de Salud.

Artículo 24. Contratación del Régimen Subsidiado.

Se convierte en el artículo 27 del Pliego. Se modifica el segundo párrafo, para hacerlo consistente con el cambio de administración territorial de los recursos para coberturas subsidiadas. El número del artículo y el párrafo corregido son entonces:

Artículo 27. Contratación del Régimen Subsidiado.

La Entidad Promotora de Salud contratada recibirá bimestre anticipado por medio de una cuenta maestra en la que debe haberse registrados previamente, los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado.

Artículo 25. Los tipos de contratación entre Aseguradores y prestadores de servicios.

Se modifica el título, pues el artículo se refiere es a mecanismos de pago, más que de contratación.

Artículo 28. Las modalidades de pago entre aseguradores y prestadores de servicios.

Artículo 26. Planes Adicionales de salud y planes complementarios.

El artículo 26 se convierte en 29. En el primer párrafo se amplía el espectro de afiliaciones obligadas para suscribir otros planes adicionales a regímenes especiales, y se amplía la responsabilidad de la entidad Contratante o Vendedora del adicional a todo el período de vigencia del plan adicional. En el tercer párrafo se actualiza la denominación de la entidad estatal que debe autorizar el componente financiero tema del artículo.

Artículo 29. Planes Adicionales de salud y planes complementarios

Para adquirir planes complementarios o planes adicionales de salud, suscribir contratos de medicina prepagada, suscribir pólizas de salud, el tomador deberá estar afiliado al régimen contributivo, régimen de excepción o régimen especial de los previstos en la ley; y será responsabilidad de la entidad contratante verificar el cumplimiento de esta exigencia durante toda la vigencia de la póliza complementaria o adicional.

Las entidades que presten servicios de planes adicionales de salud y planes complementarios deben ser autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, y en el caso de las pólizas de salud adicionalmente por la Superintendencia Financiera de Colombia.

Artículo 27. Regulación de la Integración Vertical Patrimonial.

Corresponde en el pliego, al 30.

Artículo 30. Regulación de la Integración Vertical Patrimonial.

Artículo 28. Del Alto Costo.

Corresponde en el Pliego al 31.

Artículo 31. Del Alto Costo.

Artículo 29. Del Plan de Beneficios.

Corresponde en el pliego al 32.

Artículo 32. Del Plan de Beneficios.

CAPITULO V

De la prestación de servicios de salud

Es necesario establecerle un objetivo general a este título del proyecto de ley. De esta necesidad surge un nuevo artículo, que expone la responsabilidad de la administración pública de garantizar a la población la disponibilidad adecuada de servicios de salud. Ese es el propósito del artículo 33 del pliego, que no sustituye ni corrige ningún artículo del texto que viene del Senado.

Artículo 33 (nuevo). De la organización de la prestación de servicios.

Es responsabilidad de las Entidades Territoriales de salud garantizar a la población de su jurisdicción el acceso oportuno, integral, suficiente y con calidad a los servicios de salud de carácter individual y colectivo.

En consonancia con lo anterior, son las Direcciones Territoriales, en coordinación con los demás actores del sistema, las responsables de organizar la red de prestadores de servicios de salud con los niveles de complejidad suficientes para responder a las necesidades y problemas de salud acorde a los planes de beneficios

Artículo 30. De la regulación de la oferta hospitalaria.

La responsabilidad estatal de garantizar una adecuada oferta de servicios de salud, exige lo legislado en este artículo; que en el pliego se numera como 34. La regulación contenida en el artículo se refiere al conjunto de servicios de salud, y no solo a los hospitalarios. Adicionalmente, en el párrafo se introducen algunas variables referentes a la regulación del Ministerio de la Protección Social a través del Sistema General de Garantía de Calidad, con base en la cual emitirá o no las respectivas acreditaciones necesarias para la creación de las IPS.

Artículo 34. De la regulación de la oferta de servicios.

La creación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud que pretendan ofertar servicios de mediana y alta complejidad, deberán ser aprobadas por el Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y las condiciones del mercado. En todo caso se excluyen de este requisito los servicios prestados por los profesionales independientes cualquiera sea la especialidad o complejidad.

Artículo 31. Manual de tarifas

La contratación de servicios con la oferta ha registrado severas dificultades. Con fines de obtener equilibrios, entre otros instrumentos se ha considerado establecer un manual único nacional de tarifas y procedimientos con los que se tenga referencia para esa contratación. Por lo demás cabe señalar que la tarifa no es la única variable que hay que tener en cuenta en el sistema obligatorio de garantía de calidad.

La instancia reguladora que debe tomar las decisiones al respecto es el CNSSS y no sus asesores o invitados.

El segundo párrafo se elimina, y en cambio se introduce un nuevo artículo (enseguida) más funcional y que entrelaza el título prestación de servicios con IVC.

El tercer párrafo se elimina pues la competencia para fijar escalas salariales es de las Asambleas y Concejos. La clasificación de los servidores está fijada por la Ley 909. Cabe recordar que el artículo 193 de Ley 100 fue improvidente con este aspecto, y parece que ha incidido desfavorablemente en las finanzas de los hospitales.

Estos ajustes dan origen al artículo 35 que reemplaza al 31 del texto de Senado. Y se introduce un nuevo artículo, el número 36.

Artículo 35. Manual Tarifario Unico Nacional.

El Gobierno Nacional, a través del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y del Consejo Nacional de Recursos Humanos, expedi-

rá dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley un manual de tarifas expresado en salarios mínimos diarios vigentes, y un Sistema Unico de Códigos de Procedimientos de Salud por debajo del cual en ningún caso se podrá contratar la prestación de servicios. Si al momento de la expedición de la presente ley el Gobierno ya ha expedido este manual se considerará vigente y lo revisará estructuralmente cada tres años.

Parágrafo 1°. La no observancia del Manual Tarifario Unico Nacional se convertirá en práctica no permitida o atentatoria contra la competencia y será investigada y sancionada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

Artículo 36. (Nuevo). El manual de tarifas, articulado mediante relacionamientos con indicadores mínimos de servicios de salud y de aseguramiento, consignados a su vez en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, permitirá a la Superintendencia Nacional de Salud elaborar una calificación y clasificación de las IPS y de las EPS en forma permanente. Tal ranking incentivará a estos operadores a buscar una mejor clasificación, y a la ciudadanía usuaria a escoger con base en mejor información.

Artículo 32. De la libertad de escogencia de IPS.

Se introducen ajustes de redacción, que permiten introducir criterios de autonomía de los usuarios en el contexto de ofertas de IPS acreditadas. Los dos párrafos no experimentan ajustes. Este artículo figura con el número 37 en el pliego de modificaciones.

Artículo 37. De la libertad de escogencia de IPS.

Las EPS, de los diferentes regímenes, garantizarán a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en el área de influencia de la aseguradora. Para tal efecto las aseguradoras basadas en el registro de prestadores habilitados de la zona informarán a sus afiliados los criterios con los cuales diseñó su red de prestadores haciendo énfasis en las ventajas de calidad, resolutivez y accesibilidad de esa red. No obstante lo anterior los usuarios podrán sugerir la inclusión en la red de aquellas entidades del área que obtengan la acreditación en salud según el sistema de garantía de la calidad.

Las IPS que obtengan la acreditación en salud, tendrán derecho a ser incluidas en la red de servicios de las aseguradoras del área. Ello 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. El CNSSS reglamentará los procedimientos a seguir cuando el afiliado quiera utilizar, con cargo a la EPS, los servicios de IPS con tarifas superiores a las contratadas por la EPS o diferentes a las IPS incluidas en la red de las EPS.

Artículo 33. Defensor del Paciente

Créase el defensor del paciente. Las EPS deberán contar con un defensor del paciente cuya función será la de ser vocero de ellos ante la respectiva institución, con el fin de conocer y resolver las quejas de estos, relativas a la prestación de los servicios. Las decisiones y recomendaciones de esta nueva instancia deberán tener valor vinculante. Esta instancia funcionará en cada una de las entidades aseguradoras, elegida por los usuarios de las EPS del régimen contributivo y subsidiado y su costo será asumido por la respectiva entidad de aseguramiento.

El Gobierno Nacional contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la sanción y publicación de la presente ley para reglamentar su estructura, atribuciones y operatividad.

La creación de esta categoría es el principio de una mayor y mejor participación de la ciudadanía usuaria en el SGSSS. Por eso se cambia el nombre de paciente por usuario por considerar que es más amplio el concepto, ya que sobrepasa la representación a la de los enfermos.

Además es conveniente que se establezca que la representación sea por régimen, por región, y que sean autónomos frente a los operadores del sistema, aunque el financiamiento de su gestión sea con cargo a los aportes de ellos.

La reglamentación de esta categoría debe estar a cargo no del Gobierno, sino de la institucionalidad de Inspección, vigilancia y control, incluida la Defensoría del Pueblo.

A través de tres párrafos, se crea el compromiso institucional del Estado de brindar apoyos para consolidar redes de Defensores del Usuario. Entre esos apoyos institucionales, deben crearse centros de atención con capacidad de resolución inmediata, con instrumentos como guías universales con carácter de norma, y al Defensor la responsabilidad de actos públicos de rendición de cuentas a su universo ciudadano de representados, el cual es su elector o revocador en un momento dado.

Con los ajustes señalados, el pliego contiene el artículo 38 que sustituye el 33 del texto aprobado por Senado.

Artículo 38. Defensor del Usuario.

Créase el Defensor del Usuario. Cada EPS contará con un Defensor del Usuario cuya función será la de ser vocero de ellos ante la respectiva institución, con el fin de conocer y resolver las quejas de estos, relativas a la prestación de los servicios. Las decisiones y recomendaciones de esta nueva instancia deberán tener valor vinculante. Esta instancia funcionará en cada uno de las entidades aseguradoras, uno por cada régimen administrado por la respectiva EPS y cada región donde haga la administración, elegido por los usuarios de esa EPS. Los costos de su desempeño serán asumidos por las entidades de aseguramiento, a través de transferencias de aportes a la Superintendencia de Salud.

La Superintendencia de Salud, conjuntamente con la Defensoría del Pueblo, contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la sanción y publicación de la presente ley para reglamentar su elegibilidad, inhabilidades, perfil, estructura, atribuciones, competencias, recursos y operatividad.

Parágrafo 1°. La Superintendencia de Salud y la Defensoría del Pueblo garantizarán a la red de Defensores del Usuario del Sistema una atención y apoyo inmediato, para canalizar y resolver los conflictos, diferencias y querellas que hayan trascendido la capacidad resolutoria de cada Defensor en forma individual o colectiva.

Parágrafo 2°. La red de Defensores del Usuario dispondrá, por tarde al año de vigencia de la presente ley cuando se la proveerá la Superintendencia de Salud, de un manual o cartilla sobre los estándares mínimos de servicios con los que el usuario se ilustrará y orientará para solicitar y acceder a la atención. La labor inicial de cada Defensor consiste en adaptar esta cartilla a las especificidades de su respectiva EPS.

Parágrafo 3°. Una vez al año, el Defensor del Usuario convocará lo más ampliamente posible un acto público de rendición de cuentas, para presentar a sus *defendidos* el balance de su gestión y resultados de su desempeño. Con base en este acto, o en su incumplimiento, debe propiciarse su revocatoria o reelección.

Artículo 34. Defensor del Profesional de la Salud.

Por no tener unidad de materia con esta ley, y porque es mas coherente con la ley de recursos humanos en el sector salud que se tramita actualmente en el senado, se elimina este artículo del presente pliego.

Artículo 35. De la prestación de servicios por parte del Estado.

Se cambia la palabra Estado, por instituciones públicas, porque a esto es que hace referencia el artículo.

Por eso cambia tanto el título del artículo, como se ajusta el primer párrafo. Y se especifica en el tercer párrafo que la condición integrada de ESE puede tenerse en cualquier nivel de jurisdicción.

En consonancia con lo establecido en el artículo 20 de esta ley, se adiciona el parágrafo 1 del presente artículo con condiciones estrictas de integración de IPS públicas en forma eficiente.

En lo pertinente al segundo párrafo, se elimina la contratación de la infraestructura con normas de la Ley 80, pues no es conveniente aplicar dos regímenes de contratación en una entidad ya que genera confusión y dificultades operativas, además de la pérdida de competitividad por aplicación del régimen público.

El artículo ajustado, que en el pliego corresponde al número 39 es:

Artículo 39. De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas.

La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas sólo se hará a través de las Empresas Sociales del Estado. ESE.

Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, o por las asambleas de constitución cuando se trate de Empresas de propiedad de varias entidades territoriales que se asocian.

Las Empresas Sociales del Estado 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, independiente de si son del orden nacional, departamental, distrital o municipal, tendrán un año a partir de la vigencia de la ley para transformarse en Empresas Sociales del Estado. Se exceptúan las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud.

El Gobierno Nacional reglamentará los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización y operativización de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta entre otros los siguientes criterios: Población, densidad poblacional, área de influencia, accesibilidad geográfica y cultural, servicios que ofrece, grado de complejidad, capacidad instalada, producción y sistema de apoyo.

Parágrafo 1°. Sólo podrán funcionar Empresas Sociales del Estado en municipios con más de 10.000 habitantes. En el caso de municipios con menos de 10.000 habitantes, los prestadores públicos de servicios de salud de carácter municipal constituidos o no como ESE o Unidad Administrativa Especial al momento de expedirse la presente ley, se integrarán a una ESE de manera que la sumatoria de la población de los municipios sea superior a 10.000 habitantes. Dicha ESE, deberá ofertar la prestación de servicios básicos de salud en cada municipio. La integración de los prestadores de carácter municipal en municipios con menos de 10.000 habitantes, podrá efectuarse con ESE de carácter departamental.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos de integración dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Los municipios con menos de 10.000 habitantes que a la fecha de expedición de la presente Ley cuenten con instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, tendrán un plazo de 12 meses para dar cumplimiento a la presente norma. El incumplimiento de lo anterior implica la pérdida de la competencia para el manejo de los recursos destinados a la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y a que el departamento prohíba la prestación de servicios por parte de estas entidades.

Parágrafo 2°. En materia contractual, las Empresas Sociales del Estado se registrarán por normas de derecho privado.

Con el fin de establecer claridad sobre dos aspectos esenciales del funcionamiento y mejoramiento de la gestión de las ESE, en el pliego de modificaciones se introducen dos nuevos artículos, relacionados con la Dirección y con las fuentes de financiación de estas entidades públicas.

El aserto de los dos nuevos artículos (que corresponden a los números 40 y 41) radica en que permite separar el propósito de otros dos artículos contenidos en el texto del proyecto de ley apropiado en el Senado. El de contratación, y el de responsabilidad gerencial, que se anotan a continuación de estos dos artículos.

Artículo 40. (Nuevo). De la integración de las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado.

Las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional, departamental, distrital y municipal se integrarán 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.

El Gobierno Nacional, reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley los mecanismos de conformación, las funciones y funcionamiento de las juntas directivas.

Artículo 41. (Nuevo). De la financiación de las Empresas Sociales del Estado.

La financiación de la operación de las Empresas Sociales del Estado se hará con los siguientes recursos:

- a) La venta de servicios a las entidades territoriales para la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que se financiará con los recursos de que trata el artículo 11 de la presente ley;
- b) La venta de servicios a las EPS del régimen subsidiado, la cual deberá cumplir con lo establecido en el artículo 18 de la presente ley;
- c) La venta de servicios a las EPS del régimen contributivo, administradoras de riesgos profesionales, regímenes especiales, aseguradoras y otros pagadores de servicios de salud;
- d) Las cuotas de recuperación que deben pagar los usuarios de acuerdo con su clasificación socioeconómica;
- e) La venta de servicios a particulares;
- f) La venta de servicios a las entidades territoriales por servicios de salud pública colectiva;
- g) Cobros a la Cuenta ECAT, por los “excedentes” de facturación de pacientes de alto costo;
- h) Los recursos provenientes de la cooperación internacional;
- i) Los rendimientos financieros por la inversión de sus recursos;
- j) Los aportes de organizaciones comunitarias;
- k) Los recursos provenientes de arrendamientos;
- l) Los ingresos provenientes de entidades públicas o privadas para programas especiales;
- m) Los provenientes de programas de cofinanciación.

Parágrafo. Cuando por las condiciones del mercado las empresas sociales del Estado no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales podrán transferirles recursos que procuren garantizar los servicios básicos.

Artículo 36. De la contratación con las Empresas Sociales del Estado y su financiamiento.

Como se señaló antes, la corrección introducida a este artículo es eliminar la referencia al financiamiento, pues no es el contenido del artículo. Para ese aspecto, se introdujo el artículo 41, que contiene una detallada descripción de las fuentes de financiamiento o de recursos de las ESE. De modo que el presente artículo, que en el Pliego corresponde al número 42, es pertinente solo al tema de contratación de estas entidades públicas.

Artículo 42. De la contratación con las Empresas Sociales del Estado.

Artículo 37. De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

Se hace una nueva redacción del total del artículo, para hacer claridad respecto al nombramiento, período de ejercicio, y lo más importante, introducir la permanencia en el cargo dependiendo de su calificación en el ejercicio de su gestión. Por lo demás se establece al Gobierno la tarea de reglamentar un sistema de evaluación de la gestión de estas gerencias.

Artículo 43. De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, serán nombrados por el Presidente de la República o el Jefe de la Entidad Territorial respectiva durante los primeros seis (6) meses de su mandato, por un tiempo igual al que faltare para cumplir el respectivo período del mandatario, para cuyo efecto, la Junta Directiva conformará una terna, previo proceso de selección por concurso de méritos.

Hasta tanto culmine el proceso de selección, el cual no podrá exceder de seis (6) meses o en caso de vacancia definitiva del gerente a menos de seis (6) meses de terminar el período del nominador, se nombrará un gerente encargado por dicho período.

Los gerentes de las Empresas Sociales del Estado serán evaluados con base en el cumplimiento de los indicadores que se fijen en los acuerdos de gestión basados en el plan de desarrollo institucional, y

calificados dentro de los rangos de eficiente y deficiente. La calificación deficiente de la gestión dará lugar al retiro del cargo.

Los acuerdos de gestión suscritos por el gerente serán objeto de seguimiento permanente por parte de la Junta Directiva, la cual podrá exigir al nominador la evaluación anticipada de la gestión del gerente.

Los actuales Gerentes de las ESES, continuarán su período hasta el inicio de los nuevos Alcaldes y Gobernadores, sin perjuicio de ser removidos, sino cumple con los indicadores de gestión.

Parágrafo 1°. 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.

Parágrafo 2°. El Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente norma, reglamentará los Sistemas de Evaluación de la Gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del Nivel Nacional y Territorial.

Artículo 38. De la vigilancia y control en la entrega de medicamentos a los afiliados por parte de los aseguradores.

En primer lugar se elimina a Invima del artículo, pues sus funciones están relacionadas con la calidad y producción de medicamentos, y no el seguimiento de investigaciones sobre el SGSSS. Precisamente la naturaleza del artículo es de gestión típica de un sistema de IVC. De allí que la entidad estatal responsable de la gestión objeto del artículo es la Superintendencia de Salud y no el Ministerio. Y por la misma razón, el artículo se envía para el título de Inspección Vigilancia y Control de esta ley; se convierte en artículo 52.

Artículo 52. De la vigilancia y control en la entrega de medicamentos a los afiliados por parte de los aseguradores.

La Superintendencia Nacional de salud contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la expedición de la presente ley para establecer las medidas de vigilancia y control, incluyendo los indicadores de seguimiento necesarios para verificar la entrega completa y oportuna de medicamentos formulados a sus afiliados. En caso de investigaciones que lleve a cabo la Superintendencia de Salud o las direcciones territoriales de salud relacionadas con el desabastecimiento o entrega interrumpida de medicamentos a personas que requieren entregas permanentes y oportunas, se invertirá la carga de prueba correspondiendo la misma a la entidad demandada, además estos procesos se adelantarán sumariamente con el fin de obtener una decisión la que no podrá sobrepasar en su investigación y decisión final más de tres meses.

Artículo 39. De la evaluación de la calidad percibida por los usuarios de servicios de salud de las EPS.

Se incluye a la Superintendencia Nacional de salud, como entidad eje del Sistema de IVC, como coordinadora de entidades que diseñen un Sistema de Monitoreo de evaluación de la calidad de las EPS. Y por la misma razón, este artículo se constituye en gestión del sistema de IVC, por lo que se envía al respectivo título de esta ley con el número 53.

Artículo 53. De la evaluación de la calidad percibida por los usuarios de servicios de salud de las EPS.

La Superintendencia Nacional de salud en conjunto con las entidades señaladas en el inciso 5° del artículo 17 de la Ley 812 de 2003 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Departamento Nacional de Planeación y la Defensoría del Pueblo) contarán con un plazo de 6 meses a partir de la expedición de la presente ley para diseñar un Sistema de Monitoreo con la instrumentación necesaria, que permita evaluar la calidad percibida por los usuarios de los servicios de salud de las Empresas Promotoras de Salud EPS. Este componente, será un insumo para la elaboración del ordenamiento (ranking) de Entidades Promotoras de Salud que debe adelantar y publicar cada año la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 40. Prohibición de actos riesgosos que atentan contra la salud y la calidad de la prestación de servicios.

Se elimina pues el tema está, considerado en el artículo 23 de la presente ley.

Artículo 41. De la Salud Pública.

Desaparece el tercer párrafo del artículo pues su tema queda incluido en las prioridades en salud pública y haría parte de la reglamentación. De igual forma, el párrafo se reduce al segundo párrafo que lo compone, aunque ajustado gramaticalmente. El artículo queda entonces así:

Artículo 44. De la Salud Pública.

La salud pública es el conjunto de políticas públicas, acciones y servicios, que buscan mejorar las condiciones de vida y bienestar del individuo y las colectividades bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de la comunidad, los particulares y todos los sectores.

La salud pública incluye las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de carácter individual, familiar y colectivo, el control de los factores de riesgo biológicos, del comportamiento, del consumo, del ambiente y fomento de factores protectores, vigilancia epidemiológica, así como las acciones en patologías de interés en salud pública, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades.

Para su organización se distinguen las acciones o actividades de carácter individual y familiar y las acciones de carácter colectivo.

Parágrafo. Los actores del Sistema de Salud (entidades territoriales, aseguradoras y prestadoras) deberán garantizar un modelo de atención familiar y comunitaria que garantice por lo menos un nivel de resolutivez del 80% dentro del mismo municipio, o de la localidad, comuna o división administrativa en el caso de grandes ciudades.

Artículo 42. Situación de Salud y Plan de Salud Pública.

Solo cambia el número del artículo.

Artículo 45. Situación de Salud y Plan de Salud Pública.**Artículo 43. De las intervenciones de salud pública de carácter individual o familiar.**

Corrección de sintaxis en el segundo párrafo.

Artículo 46. De las intervenciones de Salud Pública de carácter individual o familiar.

La población no asegurada recibirá servicios de salud pública en lo correspondiente a los de carácter individual y familiar con recursos de las entidades territoriales con esta destinación, a través de contratación con Empresas Sociales del Estado.

Artículo 44. De las intervenciones de Salud Pública Colectiva.

Corrección gramatical y se precisan las jurisdicciones que autorizan contrataciones con IPS diferentes a las públicas, en el cuarto párrafo del artículo.

Artículo 47. De las intervenciones de Salud Pública Colectiva.

Cuando las ESE no tengan la capacidad técnica para realizarlas, estas acciones podrán ser contratadas con otras instituciones de reconocida idoneidad y experiencia no inferior a 5 años, prioritariamente regionales y locales, cuando apliquen y cumplan con los requisitos establecidos; y sean previamente autorizadas por el Departamento cuando se trate de actividades de carácter municipal y por el Ministerio de la Protección Social cuando se trate de actividades de carácter distrital y departamental.

Artículo 45. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

Solo cambia el número del artículo.

Artículo 48. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.**Artículo 46. Ejes del Sistema de Inspección, vigilancia y Control.**

Solo cambia el número del artículo.

Artículo 49. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.**Artículo 47. Sujetos y Objeto de Control.**

Solo cambia el número del artículo.

Artículo 50. Sujetos y Objeto de Control.**Artículo 48. Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.**

En ocho literales (hasta el h) detalla las funciones que esta ley adiciona a la Superintendencia de Salud. En este Pliego de Modificaciones se introduce la extensión del literal a), pues se considera a esta Entidad el eje institucional del Sistema de Inspección, Vigilancia y Con-

trol. Además de dirigir, es necesario que la Superintendencia focalice la competencia de coordinar las acciones, dada la inclusión ahora de diversidad de instituciones en el Sistema de IVC.

Tal y como se ha señalado en artículos de esta ley ya reseñados, un resultado que el sistema IVC debe publicitar es el de calificación y clasificación de EPS e IPS. Su operatividad y difusión debe hacerla esta entidad.

Para evitar la duplicidad de gastos estatales, varias de las especialidades que debe ejercer la nueva Superintendencia existen en otras entidades. La función en este caso de la Supersalud es la de establecer convenios interinstitucionales para hacer labores conjuntas, dependiendo de las especialidades. Trabajar en Salas conjuntas con otras Superintendencias.

Generar un sistema de información de precios y calidades de bienes y servicios del SGSSS.

Estas nuevas competencias de la Super definen un sistema de IVC, conjuntamente con otras que están expuestas en otros artículos de esta ley. Pero las señaladas para este artículo, como adicionales, se consig- nan en los literales i) a l).

Artículo 51. Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

a) Dirigir el Sistema de Inspección, Vigilancia y control. Coordinar las acciones de Inspección, Vigilancia y Control de conformidad con lo establecido en esta ley;

i) Diseñar, implantar, alimentar, operar, un sistema de calificación de EPS e IPS, que tenga como resultado periódico un ranking de todas estas entidades. Este resultado debe difundirlo ampliamente, por diversidad de medios, que garantice el más generalizado conocimiento en la ciudadanía;

j) Para el cabal cumplimiento de la Inspección, Vigilancia y Control, la Superintendencia de Salud constituirá respectivas Salas Conjuntas con otras superintendencias en los temas de especialidad de estas. Con la Financiera de Colombia, con la de Industria y Comercio, con la de Subsidio Familiar;

k) Producir y divulgar periódicamente información al público sobre los precios y calidad de los bienes y servicios que entrega el Sistema General de Seguridad Social, incluidos los medicamentos, y la calidad de las IPS y EPS;

l) Apoyar técnica, conceptual, operativa y financieramente las tareas de ilustración y pedagogía del Sistema General de Seguridad Social en salud a la ciudadanía.

Artículo 49. Recursos de Operación de Supersalud.

Solo cambia el número del artículo.

Artículo 54. Recursos de Operación de Supersalud.**Artículo 50. Control y Participación Ciudadana.**

Solo cambia el número del artículo.

Artículo 55. Control y Participación Ciudadana.**Artículo 51. Del Sistema Unico de Quejas y Reclamos.**

Se separa la competencia de Dirección del SGSSS en cabeza del Ministerio, de la de IVC que debe tener como eje a la Superintendencia. Esa precisión comienza con que esta entidad asuma competencias que tradicionalmente se le adjudican al ministerio, aunque finalmente este se las traslada a la Super.

En el segundo párrafo de este artículo, y en el párrafo del mismo, es la Super la entidad que asume competencias centrales sobre el particular. O sea que tanto el párrafo como el párrafo se corrigen con este enfoque. Por supuesto el número del artículo es distinto al del texto que viene del Senado.

Artículo 56. Del Sistema Unico de Quejas y Reclamos.

La Superintendencia Nacional de Salud, en coordinación con la Defensoría del Pueblo, reglamentará el Sistema Unico de Quejas y Reclamos en un plazo de seis meses a partir de la publicación de la presente ley.

Parágrafo. La Superintendencia de Salud, diseñará y reproducirá, en un plazo no superior a un año después de aprobada esta ley, un ma-

nual con los estándares mínimos de servicios con el que se orientará a toda la comunidad usuaria y operadora del Sistema; y que se convertirá en instrumento básico del desempeño de los Defensores del usuario creados en esta ley.

Artículo 52. De los Agentes del Sistema Integral de Información en Salud, SIIS.

Solo cambia el número del artículo.

Artículo 57. De los Agentes del Sistema Integral de Información en Salud, SIIS.

Artículo 53. Pensiones de Jubilación en EPS públicas.

Solo cambia el número del artículo.

Artículo 58. Pensiones de jubilación en EPS públicas.

Artículo 54. Del acceso al SGSSS de los trabajadores y trabajadoras del arte y gestores y gestoras culturales.

Este artículo desaparece pues la inclusión eventual de excepciones va dando origen a otros sectores exceptuados. El enfoque de tratamiento general es prevaleciente en el modelo.

Artículo 55. Autorización de pago de deudas de régimen subsidiado con recursos del FAEP,

Solo cambia el número del artículo.

Artículo 59. Autorización de pago de deudas de régimen subsidiado con recursos del FAEP.

Artículo 56. Facultades extraordinarias

Solo cambia el número del artículo.

Artículo 60. Facultades extraordinarias.

Artículo 57. Del Pasivo Prestacional de las Empresas Sociales del Estado.

Desaparece, o mejor es trasladado como artículo 21 de esta ley.

Artículo 58. Recursos del Sistema General de Seguridad Social.

Solo cambia el número del artículo.

Artículo 61. Recursos del Sistema General de Seguridad Social.

Artículo 59. Se consideran actividades de alto riesgo para la salud de los trabajadores las siguientes.

Desaparece pues es redundante con lo señalado en la Ley 100. Por lo demás, el tema no es objeto de esta ley

Artículo 60. Las Cajas de Compensación Familiar...

Desaparece pues el tema es materia de reglamentación y no de legislación.

Artículo 61. Todo niño al nacer...

Solo cambia el número del artículo.

Artículo 62. Todo niño al nacer...

Artículo 63. Vigencia y derogaciones.

Miguel Durán Gelvis, Coordinador de Ponentes; Héctor A. Rodríguez Garnica, Carlos A. Celis Gutiérrez, Elías Raad Hernández, Manuel de J. Berrío T., Ponentes.

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE EN LA COMISION SEPTIMA DE LA HONORABLE CAMARA DE REPRESENTANTES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 052 DE 2004 SENADO Y 179 DE 2005 CAMARA

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, y sus Proyectos Acumulados 19, 31, 33, 38, 54, 57, 58, 98, 105, 115, 122, 148 y 151 de 2004 Senado.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1°. Objeto.

Reordenar el Sistema General de Seguridad Social en Salud con los siguientes objetivos específicos:

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

b) Reestructurar y aumentar el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mejorar el flujo, la eficiencia y el uso adecuado de sus recursos;

c) Fortalecer el sistema de Inspección, Vigilancia y Control e implementar su descentralización;

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

e) Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la prestación de los servicios y en el aseguramiento en salud;

f) Racionalizar la gestión pública de prestación de servicios de salud conforme a la demanda existente con criterios de regionalización, equilibrio presupuestal y equidad social;

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

h) Aumentar la presencia y la capacidad de incidencia de la ciudadanía usuaria en las instancias decisorias y de inspección vigilancia y control del sistema;

i) Corregir algunos factores de inequidad que se han evidenciado durante la experiencia del Sistema General de Seguridad Social.

Artículo 2°. De los ejes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para cumplir la misión de mejorar las condiciones de salud de los habitantes del territorio colombiano, protegerlos financieramente frente al riesgo de enfermar y propiciar la satisfacción de la demanda de servicios, el Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá los siguientes ejes en su organización:

Eje de dirección, regulación, vigilancia y control a cargo del Ministerio de la Protección Social, Invima, INS, ICBF, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Superintendencia Nacional de Salud, y Direcciones Territoriales de Salud.

Eje de financiación a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, los Fondos Locales, Distritales y Departamentales de Salud.

Eje de aseguramiento a cargo de las entidades promotoras de salud, y las entidades territoriales en lo referente al régimen subsidiado.

Eje de prestación de servicios de salud a cargo de las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas –Empresas Sociales del Estado– como privadas o mixtas, y de los profesionales de la salud independientes.

Eje de Salud pública colectiva a cargo del Ministerio de la Protección Social, organismos adscritos, Departamentos, Distritos y Municipios con la participación de la comunidad, los particulares y las entidades relacionadas con los factores determinantes de la salud.

Artículo 3°. Cobertura universal y subsidios estatales en Salud.

Para propender por la cobertura universal, en adelante, el Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá, entre otras, las siguientes características.

a) En el año 2007 el Sistema deberá tener incorporado, además de los afiliados al régimen contributivo, como mínimo la mitad de la población colombiana en el régimen subsidiado, con prioridad en los más pobres clasificados en niveles 1, 2 y 3 del Sisbén o del instrumento que lo sustituya;

b) Mientras se cuenta con los recursos suficientes para lograr integralidad de los planes de beneficios y universalidad en las coberturas, además de los subsidios para completar el total de la cotización del Régimen Subsidiado, se les podrá otorgar a las personas de nivel 3 del Sisbén, subsidios parciales para garantizar una determinada parte del plan obligatorio o subsidios parciales para cofinanciar con el mismo beneficiario o su gremio, la UPC correspondiente al régimen contributivo o la del régimen subsidiado de manera progresiva según las disponibilidades;

c) Para los servicios no incluidos en el POS subsidiado y para la atención de las personas pobres no afiliadas al sistema, las entidades territoriales propiciarán el acceso a los servicios a través de contratación

de servicios preferentemente con Empresas Sociales del Estado. En todo caso se priorizarán las acciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública.

CAPITULO II

La Dirección, Regulación y Supervisión del Sistema

Artículo 4°. *Del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.*

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es un organismo de regulación y concertación del Sistema General de Seguridad Social en Salud que estará constituido por quince miembros, así:

1. El Ministro de la Protección Social quien lo presidirá.
2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
3. Un representante de los Gobernadores o su delegado.
4. Un representante de los Alcaldes o su delegado.
5. Un representante de las EPS del régimen Contributivo.
6. Un representante de las EPS del régimen Subsidiado.
7. Un representante de las IPS Privadas.
8. Un representante de las Empresas Sociales del Estado.
9. Un representante de los profesionales de la salud.
10. Dos (2) Representantes de los usuarios del régimen contributivo. Se elimina representación por derecho propio de los pensionados.
11. Un representante de los empleadores.
12. Dos (2) Representantes de los usuarios del régimen subsidiado
13. Un representante de las defensorías del Usuario.

Parágrafo 1°. Durante el primer trimestre de vigencia de la presente ley, deberá contarse con los mecanismos de selección de los representantes de organismos no gubernamentales. Esta reglamentación la elaborará una Comisión temporal convocada por los Ministros de Protección Social y de Hacienda y Crédito Público. Tal Comisión estará conformada, además de los dos Ministros, por funcionarios directivos del Departamento Nacional de Planeación, la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación, y la Contraloría General de la República. El período de los representantes de los organismos no gubernamentales será de (4) cuatro años y podrán ser reelegidos.

Parágrafo 2°. El Consejo contará con una Secretaría Técnica, de carácter permanente, coordinada por un funcionario del nivel directivo del Ministerio de la Protección Social escogido por el mismo Consejo, la cual será responsable de presentar al Consejo sus recomendaciones para la toma de decisiones. El Ministerio de la Protección Social presentará los siguientes estudios que aseguren el soporte técnico a la Secretaría y al Consejo:

- a) Evaluación de la situación de salud en el país, e impacto del sistema y las políticas de salud;
- b) Evaluación de tecnología;
- c) Evaluación financiera;
- d) Evaluación de planes de beneficios, la UPC y los pagos compartidos.

Los estudios de que trata el presente parágrafo serán responsabilidad del Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 3°. Serán asesores permanentes *ad honórem* del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y coordinados por la Secretaría Técnica: Un representante de la Academia Nacional de Medicina, uno de la Federación Médica Colombiana, uno de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, uno en representación de las Facultades de Salud Pública. Estos asesores serán escogidos autónomamente por cada una de estas agremiaciones. Podrán ser convocados representantes de los ministerios del gabinete en el momento en que esto sea requerido.

Artículo 5°. *Del Ministerio de la Protección Social.*

Sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de la Protección Social tendrá a su cargo la rectoría, dirección, regulación, supervisión, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para ello deberá:

a) Formular, dirigir y coordinar la operación del Sistema General de Seguridad Social en todo el territorio nacional;

b) Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el cabal cumplimiento de las normas en la implementación de las políticas, planes, programas y proyectos del Sistema;

c) Formular, adoptar y evaluar las políticas de salud pública individual y colectiva de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que sean prioritarios para el país;

d) Realizar la coordinación intra e intersectorial para la ejecución de las políticas de salud;

e) Articulación de los diferentes actores que intervienen en los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética de los recursos humanos del área de la salud de manera que permitan su desarrollo;

f) Establecer la política de información para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y reglamentar el registro, almacenamiento, flujo, transferencia y disposición de la información por parte de los agentes del sistema, en armonía con las políticas nacionales en esta materia;

g) Colaborar con las instituciones que tienen competencias en acciones de inspección, vigilancia y control de conformidad con lo establecido en la presente ley.

Artículo 6°. *De los Departamentos y el Distrito Capital.* Sin perjuicio de las demás funciones que les asigna la ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud los Departamentos y el Distrito Capital tendrán las funciones de:

a) Ejercer las funciones de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud en su jurisdicción, sin perjuicio del control prevalente de la Superintendencia de Salud. En todo caso, la Superintendencia actuará como segunda instancia en las decisiones de control adoptadas por los departamentos y el distrito. Cuando se evidencie que estos están contraviniendo el ejercicio de las funciones asignadas la Superintendencia reasumirá dichas funciones;

b) Administrar los recursos del Sistema General de Participaciones y demás recursos disponibles para la atención de la población pobre no asegurada y prestación de servicios no incluidos en el POS, contratando preferentemente con Empresas Sociales del Estado, e incluyendo siempre a entidades y servicios de salud mental;

c) Adoptar y adaptar a la situación y metas de salud departamentales, el Plan de Salud pública Colectiva y presupuestar y ejecutar los recursos asignados para el efecto a través del Fondo Territorial de Salud;

d) Presupuestar, y ejecutar mediante cuenta maestra en cualquier entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, los recursos del régimen subsidiado y conjuntamente con los municipios velar por que se cumplan con los porcentajes mínimos de contratación con la red pública exigido en la presente ley, los gastos administrativos y prestación de servicios de salud;

e) Organizar y administrar el registro de habilitación de prestadores de servicios de salud, en su territorio, de acuerdo con las normas establecidas para tal efecto por el Gobierno Nacional;

f) Vigilar que en los municipios de su jurisdicción, se observe estricto cumplimiento a los mecanismos de libre elección de EPS del régimen subsidiado y los mecanismos de afiliación excepcional previstos en las normas;

g) Vigilar en los municipios de su jurisdicción el cumplimiento a los usuarios de la libre elección de IPS y el plan obligatorio de salud, por parte de los asegurados de los diferentes regímenes, teniendo en cuenta la red prestadora de servicios de la EPS sin menoscabo del cumplimiento de la contratación mínima exigida con la red pública en los términos señalados en esta ley.

Artículo 7°. *De los Municipios y Distritos.*

Sin perjuicio de las demás funciones que les asigna la ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud los Municipios tendrán las funciones de:

a) Presupuestar, y ejecutar a través de una cuenta maestra en cualquier entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, los recursos para el régimen subsidiado;

b) Organizar y convocar el proceso de selección de Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Subsidiado por parte de la población beneficiaria del subsidio y difundir públicamente los resultados;

c) En acatamiento de la libre elección de los usuarios, suscribir los contratos con las EPS del régimen subsidiado correspondientes y remitirlos debidamente firmados al Ministerio de la Protección Social acompañando los respectivos listados de afiliados;

d) Realizar el seguimiento y el control de los contratos de Régimen Subsidiado directamente o por medio de interventorías, asegurando, conjuntamente con los departamentos, que se cumplan los porcentajes mínimos de contratación con la red pública exigidos en la presente ley;

e) Velar en su jurisdicción por el cumplimiento a los usuarios de la libre elección de IPS y del plan obligatorio de salud, por parte de los asegurados de los diferentes regímenes teniendo en cuenta la red prestadora de servicios de la EPS sin menoscabo del cumplimiento de la contratación mínima exigida con la red pública;

f) Adoptar y adaptar a la situación y metas de salud locales, el Plan de Salud Pública Colectiva y presupuestar y ejecutar los recursos asignados para el efecto a través del Fondo Local de Salud;

g) Los municipios certificados deben administrar los recursos del Sistema General de Participaciones y demás recursos disponibles para la atención de la población pobre no asegurada y servicios no incluidos en el POS, contratando preferentemente con Empresas Sociales del Estado. Se prohíbe la prestación pública de servicios de salud a cargo directamente de las entidades territoriales.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social, podrá ordenar de oficio y en cualquier momento, el giro directo a las IPS a través de la cuenta maestra respectiva, para cubrir cartera reconocida por la EPS del Régimen Subsidiado en caso que dicha EPS no cumpla con la normatividad vigente relacionada con el flujo de recursos.

CAPITULO III

La financiación del sistema

Artículo 8°. *De las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

A partir de la vigencia de la presente ley los doce (12) puntos porcentuales de las cotizaciones obligatorias que los afiliados y empleadores aportan al Régimen Contributivo se distribuirán de la siguiente manera:

a) Diez punto treinta (10.30) para financiar la compensación del Régimen contributivo en el Fosyga de acuerdo con las normas que la regulan. De los cuales el cero punto veinte (0.20) se destinará para subsidiar la cotización al régimen contributivo de los afiliados que transitoriamente queden desempleados o presenten caída de ingresos, o de población subempleada con menos de dos smmlv, previo a los recursos disponibles y el reglamento que expida para tal efecto el Gobierno Nacional;

b) Un punto (1.0) para financiar la cuenta solidaridad para el Régimen Subsidiado, en el Fosyga;

c) Cero punto veinticinco (0.25) para financiar la cuenta de Salud Pública Colectiva del Fosyga;

d) Cero punto veinticinco (0.25) para financiar las incapacidades por enfermedad general a cargo de las Entidades Promotoras de Salud.

Parágrafo. Dentro de la cuenta de compensación, se constituirá una Subcuenta de *Promoción y Prevención individual de la salud*, acciones estas últimas que deben desarrollar de manera obligatoria las EPS, según directrices que trace el Ministerio de la Protección Social. A esta Subcuenta deberá destinarse cero punto quince (0.15) puntos de los que quedan en la cuenta de compensación, y se le trasladarán los activos de la cuenta de Promoción de la salud del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Artículo 9°. *Del Sistema General de Participaciones en Salud.*

A partir de la vigencia de la presente ley los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud se distribuirán de la siguiente manera:

a) 65% para la financiación del Régimen Subsidiado, que se asignarán a cada entidad territorial responsable de la afiliación al Régimen Subsidiado, y que se girarán a través de la cuenta maestra ilustrada en el artículo 17 de esta ley;

b) 25% para la financiación de la atención a población pobre no asegurada y servicios no incluidos en el POS subsidiado mediante la contratación que realicen las entidades territoriales con Empresas Sociales del Estado, salvo excepciones que la dificulten. Los recursos se transferirán a los Fondos Territoriales de Salud, de acuerdo con los porcentajes de distribución que establezca el Conpes para los diferentes niveles de complejidad y los niveles territoriales correspondientes;

c) 10% para los programas de Salud Pública Colectiva, que se girarán a la subcuenta territorial que los administre.

Artículo 10. *Financiamiento del Régimen Subsidiado.*

El Régimen Subsidiado estará financiado con los siguientes recursos:

a) El 65% del total del Sistema General de participaciones en Salud;

b) Un punto (1.0) de la cotización obligatoria que deben aportar como solidaridad los afiliados al Régimen Contributivo y los aportes de los regímenes exceptuados y especiales de que trata la Ley 647 de 2001;

c) Un aporte progresivo anual del Presupuesto Nacional, que para el año 2007 será igual a quinientos cuarenta y cuatro mil millones de pesos (\$544.000.000.000) y que se incrementará anualmente en un 10% real hasta que se logre igualar el monto que generen anualmente los recursos de que trata el literal b) del presente artículo;

d) El 30% del total de los recursos provenientes de rentas cedidas a los departamentos destinados a salud;

e) El aporte de las Cajas de Compensación de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, incrementado al 10% de los recaudos;

f) Recursos provenientes del establecimiento de una contribución de las utilidades de las empresas de la industria farmacéutica y de las proveedoras de equipos y dotaciones clínico-hospitalarias;

g) El 5% de los recaudos del aporte parafiscal administrado por el ICBF;

h) Los recursos no ejecutados en cada vigencia fiscal del Fonede, creado en el artículo 6° de la Ley 789 de 2002;

i) El 93% de los recursos del monopolio de los juegos de suerte y azar que corresponden a los municipios y Distritos y que son recaudados por la Empresa Territorial para la Salud, Etesa;

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

k) Las contribuciones de las agremiaciones de la población destinadas a cofinanciar el Régimen Subsidiado;

l) Los recursos propios de las entidades territoriales que estas de forma permanente destinen a la financiación del aseguramiento de la población pobre no asegurada conforme a lo previsto en la presente ley;

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

Parágrafo 1°. Los nuevos recursos y los originados en el proceso de transformación, destinados por esta ley a subsidios a la demanda se destinarán obligatoriamente a financiar el incremento de la cobertura de afiliados al Régimen Subsidiado anualmente.

Parágrafo 2°. A partir del año 2007 el gravamen a los movimientos financieros se destinará a financiar el mejoramiento de la cobertura hasta alcanzar la universalidad, equidad e integralidad del Régimen Subsidiado en el Sistema de Seguridad Social en Salud a través de subsidios.

Artículo 11. Fuentes de recursos para la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Para la prestación de servicios de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las entidades territoriales contarán con las siguientes fuentes:

- a) El 25% del total del Sistema General de Participaciones en Salud;
- b) El 70% de las Rentas Cedidas para salud;
- c) Recursos provenientes del sesenta y cinco por ciento (65%) de los excedentes de las Subcuenta de ECAT del Fosyga, con énfasis en los hospitales universitarios, de acuerdo con los criterios de distribución que establezca el CNSSS. De estos recursos, como mínimo, el 20% se destinará a inversión, modernización y actualización tecnológica e investigación;
- d) Otros recursos propios de las entidades territoriales, que estas destinen para el efecto.

Parágrafo. De los recursos del literal b) el Ministerio de la Protección Social reglamentará lo correspondiente para el funcionamiento de las Direcciones Territoriales de Salud.

Artículo 12. Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.

El Fondo de Solidaridad y Garantía de que trata el artículo 218 de la Ley 100 de 1993 tendrá cuatro cuentas que son las siguientes:

- a) Compensación interna del régimen contributivo;
- b) Eventos Catastróficos, de Alto Costo y Accidentes de Tránsito;
- c) Régimen Subsidiado;
- d) Salud Pública Colectiva.

Artículo 13. Cuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo.

Los recursos que financian la Cuenta de Compensación en el Régimen Contributivo provienen de:

- a) Los recursos provenientes del recaudo de cotizaciones que se destinan a la Cuenta de Compensación;
- b) Las transferencias de la Cuenta del Régimen Subsidiado en Salud y los rendimientos financieros de las otras cuentas del Fosyga que se destinan a financiar la Unidad de Pago por Capitación, UPC, del régimen especial de las madres comunitarias;
- c) Los rendimientos financieros de la Cuenta de Compensación;
- d) Los rendimientos financieros generados por las cotizaciones recaudadas por las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC;
- e) Los intereses de mora por pago de cotizaciones en forma extemporánea y sus respectivos rendimientos financieros;
- f) Las sanciones, multas e intereses moratorios a favor de la Cuenta de Compensación interna del régimen contributivo;
- g) Los recursos provenientes del pago que realizan los cotizantes dependientes de que tratan los Decretos 1703 y 2400 de 2002 y las normas que lo modifiquen, adicionen o deroguen;
- h) Los recursos provenientes de los aportes de los afiliados a los regímenes de excepción y los especiales de que trata la Ley 647 de 2001;
- i) Los recursos de las cotizaciones correspondientes a los registros presentados y glosados en las declaraciones de giro y compensación;
- j) Los excedentes financieros de la cuenta que se generen en cada vigencia;
- k) Los demás recursos que de acuerdo con las disposiciones vigentes correspondan al régimen contributivo.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud realizará el control de las sumas declaradas por las Entidades Promotoras de Salud en el proceso de compensación y tendrá la facultad de imponer las multas que defina el reglamento.

Artículo 14. Cuenta para Financiación de Eventos Catastróficos, de Alto Costo y Accidentes de Tránsito.

El cubrimiento de algunos eventos catastróficos, accidentes de tránsito complementario al SOAT y excesos en la atención de enfermedades de alto costo se financiará de la siguiente forma:

- a) Los recursos del Fonsat, creado por el Decreto-ley número 1032 de 1991;
- b) Una contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidente de tránsito que se cobrará en adición a ella;
- c) Los aportes presupuestales del Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia de la República para las víctimas del terrorismo, cuando dicho Fondo se extinga;
- d) Los recursos obligatorios que aporten las EPS tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado correspondientes al 2% de la UPC del respectivo régimen que se destinarán a la conformación de reservas para constitución de un reaseguro para cubrir el financiamiento del exceso de gasto en el componente de enfermedades de alto costo de acuerdo con la reglamentación que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;
- e) Los recursos obtenidos de los procesos de repetición iniciados contra los propietarios de los vehículos no asegurados por el Seguro Obligatorio SOAT involucrados en un accidente de tránsito, para recuperar las sumas pagadas por el Fondo de Solidaridad y Garantía- Subcuenta ECAT por concepto de gastos médicos e indemnizaciones pagadas a las víctimas de accidentes de tránsito. Para tales efectos, la liquidación de dichas sumas que haga el Ministerio de la Protección Social prestará mérito ejecutivo contra el propietario del vehículo no asegurado;
- f) Los recaudos de recursos por sanciones impuestas por las autoridades de tránsito a conductores cuya infracción es no disponer o tener vencido el Seguro Obligatorio SOAT;
- g) Los activos de la actual subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del Fosyga.

Parágrafo. Para la atención de enfermedades de alto costo las EPS no estarán obligadas a un reaseguro diferente al mecanismo establecido en el presente artículo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud expedirá en el término de seis meses a partir de la expedición de la presente ley, la reglamentación de la transferencia del 2% de la UPC previsto en el presente artículo, del reaseguro por excesos de gasto en alto costo.

Artículo 15. Cuenta para la Salud Pública Colectiva.

A esta cuenta concurrirán los recursos de:

- a) El impuesto social a las armas de fuego y municiones de que trata el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, el cual a partir de la vigencia de la presente ley será para armas de fuego equivalente al 20% de un salario mínimo mensual legal vigente, mientras que para las municiones y explosivos se cobrará como impuesto ad valorem una tasa del 10%. El Aporte del Régimen Contributivo para las acciones colectivas de Salud Pública, equivalente a 0.25% de la cotización de que trata el artículo 8° de la presente ley;
- b) Los recursos que el Presupuesto General de la Nación destina hoy a programas de salud pública y prevención de salud tales como vacunación, control de enfermedades de transmisión sexual, entre varios. Estos recursos crecerán cada año con el IPC general y no podrán ser inferiores a los destinados en el Presupuesto General de la Nación para la vigencia del 2004;
- b) Los rendimientos financieros generados por los anteriores recursos.

Artículo 16. Cuenta para el Régimen Subsidiado.

A la Cuenta del Régimen subsidiado en el Fosyga deberán llegar los siguientes recursos:

- a) Un punto (1.0) de los doce (12) cotizados obligatoriamente por los afiliados al Régimen Contributivo y el aporte de los regímenes exceptuados;

b) El aporte de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, incrementado según lo establecen los artículos 8° y 10 de esta ley;

c) El aporte progresivo anual del Presupuesto Nacional, de que trata el literal c) del artículo 10 de la presente ley;

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

e) Recursos provenientes del establecimiento de una contribución de las utilidades de las empresas de la industria farmacéutica y de las proveedoras de equipos y dotaciones clínico-hospitalarias;

f) El 5% de los recaudos del aporte parafiscal administrado por el ICBF;

g) Los recursos no ejecutados en cada vigencia fiscal del Fonede, creado en el artículo 6° de la Ley 789 de 2002;

h) Los activos de la actual subcuenta de solidaridad del Fosyga;

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

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud velará por que los recursos de esta subcuenta se distribuyan en las diferentes entidades territoriales, proporcionalmente al número de población del nivel 1 y 2 del Sisbén, no asegurada en ningún bajo ningún régimen, hasta completar cobertura universal con subsidios totales para estos niveles y una vez alcanzada esta cobertura se distribuirán en el nivel 3 del Sisbén ya sean con subsidios totales o parciales según la disponibilidad de los recursos.

Artículo 17. Flujo de los recursos del Régimen Subsidiado en los Fondos Locales, Distritales o Departamentales de Salud.

Los recursos del Sistema General de Participaciones, los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga y los demás recursos que se destinen a financiar el Régimen Subsidiado serán manejados por las entidades territoriales en los respectivos Fondos de Salud, mediante cuentas maestras, abiertas en entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, ubicadas en el respectivo municipio o distrito, o en su defecto en la capital del respectivo departamento.

Estos recursos serán girados a la cuenta maestra que cada municipio acredite ante los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social. Los recursos del régimen subsidiado no podrán hacer unidad de caja con ningún otro recurso.

Solo podrán ser beneficiarias de las cuentas maestras, las Administradoras del Régimen Subsidiado, entidades que tendrán una sola cuenta bancaria por departamento para tal fin.

Parágrafo. Las cuentas actualmente registradas ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para el giro de los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la financiación de la atención de la población pobre mediante subsidios a la demanda, podrán actuar como cuenta maestra siempre y cuando se ajusten los respectivos convenios con las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia conforme a lo previsto en el presente decreto.

Artículo 18. Cuenta Maestra. Para los efectos de esta ley se entiende por cuenta maestra, la cuenta que por manejar exclusivamente los recursos del Régimen Subsidiado solo acepta como operaciones débitos aquellas que se destinen a otra cuenta bancaria que pertenece a una Administradora de Régimen Subsidiado. Toda transacción que se efectúe con cargo a los recursos que financian el régimen subsidiado, proveniente de la cuenta maestra, deberá hacerse por transferencia electrónica.

Parágrafo 1°. Las entidades territoriales autorizarán el débito de estas cuentas con destino a las Instituciones Prestadoras de Salud únicamente cuando las Administradoras del Régimen Subsidiado sean objeto de la medida giro directo en los términos y condiciones señalados en el Decreto 3260 de 2004, o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Parágrafo 2°. Las entidades territoriales autorizarán el débito de estas cuentas con destino a las Instituciones Prestadoras de Salud con las cuales tenga contrato para la ejecución de los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 715 de 2001.

Artículo 19. Contratación con Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.

Por lo menos el sesenta y cinco por ciento (65%) de la contratación efectiva que formalicen las EPS del régimen subsidiado, se deberá realizar con Empresas Sociales del Estado. Esta contratación deberá hacerse preferentemente con las ESE que dispongan de estructura de servicios en el respectivo municipio. De no ser posible el cumplimiento de la proporción obligatoria de contratación con la ESE en dicho municipio, deberá cumplirse mediante contratación con otras ESE e IPS privadas o con las fundaciones e instituciones de utilidad común habilitadas que a la fecha de expedición de la ley llevaran más de 10 años de establecida.

El Gobierno Nacional reglamentará la transición en esta materia, hasta que se hayan constituido las ESE conforme a lo previsto en la presente ley.

La EPS-ISS durante un período de tres años contratará obligatoriamente un porcentaje de los servicios que requiera con las Empresas Sociales del Estado creadas mediante el Decreto-ley 1750 de 2003. Dicho porcentaje será como mínimo del sesenta y cinco por ciento (65%) el primer año, sesenta por ciento (60%) el segundo y cincuenta y cinco por ciento (55%) el tercero.

Cuando se contrate por capitación la totalidad de los servicios de baja complejidad contenidos en el POS subsidiado, esta modalidad no podrá exceder el cincuenta y dos por ciento (52%) de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), ni inferior al cuarenta y cinco por ciento (45%) de la misma.

Parágrafo 1°. Cuando no obstante la gestión gubernamental a través del Sistema de Garantía de Calidad, y de las exigencias, apoyos y cumplimiento de compromisos establecidos en esta ley sobre el mejoramiento de la red pública, la población afiliada manifiesta rechazo a los servicios de las ESE contratadas, la EPS podrá contratar en mayor proporción con otras IPS que cumplan las condiciones señaladas en este artículo.

Parágrafo 2°. La evaluación de la contratación mínima obligatoria de las EPS del régimen subsidiado y la EPS-ISS con las Empresas Sociales del Estado, se hará por las entidades de inspección, vigilancia y control, en función de lo realmente ejecutado y no de lo formalmente contratado.

Parágrafo 3°. Para efectos de la aplicación del presente artículo se consideran IPS públicas las ESE de carácter nacional, departamental, distrital y municipal, las IPS indígenas y las IPS que operen en infraestructura pública entregada en comodato o administración a los trabajadores.

Artículo 20. Estímulo para el beneficio de mayor contratación.

Se beneficiarán del tratamiento preferencial señalado en el artículo anterior las ESE que se hayan transformado empresarialmente, en términos efectivos, según lo estableció el artículo 197 de la Ley 100 de 1993. En consecuencia, y en armonía con el artículo 242 de la misma ley, los pasivos laborales de la ESE calificada para tal beneficio deben contar con el soporte de una respectiva contrapartida o respaldo financiero-actuarial, además de otros cambios como organización empresarial.

Parágrafo 1°. En Sala conjunta con la Superintendencia de Industria y Comercio, la Superintendencia Nacional de Salud elaborará un grupo de indicadores de organización y desempeño empresarial con los que se orientará, capacitará y vigilará a las ESE para calificar su organización y eficiencia, a partir de una adecuada presupuestación y asignación de recursos.

Parágrafo 2°. Con el fin de apoyar la transformación empresarial de las ESE que no se hayan acogido a los cambios anotados en este artículo, el Ministerio de la Protección Social adquiere el compromiso de fortalecer un programa de Capacitación-Asistencia Técnica con base en el cual se obligue a estas ESE a la transformación.

Artículo 21. 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 año a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para que el Ministerio de Hacienda y entes territoriales departamentales emitan los bonos pensionales respectivos de acuerdo a la concurrencia entre el Gobierno Nacional y el ente territorial Departamental.

CAPITULO IV

Del aseguramiento

Artículo 22. Del aseguramiento en salud. Para efectos de la presente ley entiéndase por aseguramiento la estrategia o mecanismo estructurado y formal por el cual se protege financieramente una persona y su familia frente al riesgo de enfermar. Mediante este mecanismo, con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) recibida, la entidad aseguradora garantiza un plan de beneficios que incluye servicios personales tanto en el ámbito de la prevención y promoción, como de la atención, rehabilitación y apoyo denominado Plan Obligatorio de Salud (POS).

Son funciones de aseguramiento la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la gestión del plan de beneficios mediante la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad de la atención en salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Artículo 23. Las Entidades Promotoras de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud, son las entidades responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, en los regímenes establecidos, para lo cual deberán estar habilitadas mediante el Sistema general de calidad.

Las EPS estarán obligadas a cumplir integralmente con el plan de beneficios, actuando con ética y sin ejercer ningún tipo de presión o condicionamiento sobre los profesionales de la salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que conlleven al detrimento de la atención de usuario, en cuanto a la formulación o realización de procedimientos diagnósticos, terapéuticos, medicamentos, u otros elementos e insumos.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social, establecerá, en un lapso no mayor a seis meses de expedida la presente ley, una política de incentivos para la acreditación de prestadores y entidades administradoras de planes de beneficios, las que mediante indicadores, deberán acreditar el mejoramiento o mantenimiento del estado de salud, reflejado en cambios positivos del perfil epidemiológico de su población afiliada en una región determinada y el eficiente y adecuado control del gasto en salud.

Artículo 24. Características básicas de la operación del Régimen Contributivo.

Sin perjuicio de lo establecido en otras normas, se tendrán en cuenta los siguientes criterios de operación para el régimen contributivo:

a) Deberán afiliarse al régimen contributivo las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados, los trabajadores independientes y en general toda persona con capacidad de pago;

b) El Gobierno Nacional en un plazo máximo de seis meses, reglamentará los mecanismos mediante los cuales, la población colombiana, que se encuentra habitando y trabajando en el exterior, podrá pagar de manera directa desde el país en que se hallen domiciliados o residentes, la cotización de su afiliación al régimen contributivo y de su

núcleo familiar que se encuentre residiendo en el territorio nacional, teniendo en cuenta que la prestación de servicios solo se hará efectiva en el territorio nacional. Así mismo reglamentará el pago en el exterior de la afiliación de otros familiares por fuera del núcleo familiar básico fijado por la ley;

c) El recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social-Fondo de Solidaridad y Garantía, para lo cual se podrá delegar esta función en las EPS o establecer una Central Unica de Recaudo;

d) Los afiliados al Régimen contributivo, se beneficiarán del Plan Obligatorio de Salud que defina el CNSSS, el cual no podrá ser inferior al existente a la expedición de la presente ley;

e) Todo niño que nazca quedará automáticamente como beneficiario de la Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliada su madre. Cuando se trate de hijo de beneficiario y nieto de cotizante, el niño conservará, en todo caso, la calidad de afiliado hasta el primer año de edad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a la Entidad Promotora de Salud la Unidad de Pago por Capitación correspondiente;

f) Las licencias de maternidad se reconocerán a la afiliada cotizante cuando esta haya estado afiliada como mínimo por el mismo período de gestación, o con por lo menos tres meses de afiliación anterior al parto si demuestra haber cotizado al sistema por lo menos 52 semanas continuas o discontinuas, en los últimos dos años. Estas licencias se pagarán por las EPS con cargo a la subcuenta de compensación del Fosyga;

g) El CNSSS establecerá el régimen de copagos y cuotas moderadoras, teniendo en cuenta que los pensionados por jubilación, invalidez, vejez, sobrevivientes y sustitución con dos o menos de dos salarios mínimos de mesada pensional, estarán exentos del pago de cuotas moderadoras y copagos. Igualmente estarán exentos de cuotas moderadoras y copagos las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida, y previo estudio de sostenibilidad financiera los afiliados cotizantes con uno (1) smlmv;

h) La sumatoria de la antigüedad que constituyan los afiliados, bajo cualquiera de las condiciones laborales señaladas en el inciso a de este artículo, en diferentes EPS con sus aportes al régimen contributivo, se mantendrá y contabilizará para superar los períodos de carencia. Esta característica se mantendrá hasta por lo menos un año de suspendidos los aportes. Igualmente, en el caso que los afiliados se trasladen al Régimen de subsidio total o parcial sus derechos se reconocerán cuando recuperen su capacidad de regresar al régimen contributivo;

i) El CNSSS establecerá excepciones en la afiliación y compensación en aquellos municipios en donde no haya oferta de EPS del régimen contributivo o haya menos de 1.000 afiliados al régimen contributivo, o para el caso de personas subsidiadas con afiliación intermitente al régimen contributivo. Específicamente, los contratos laborales con prevalencia de temporalidad, o sea, los contratos menores de seis (6) meses, en los que el contratista sea afiliado al régimen subsidiado, el Contratante cotizará a la Cuenta de Solidaridad del Fosyga en los términos que se establecen en los siguientes literales;

j) Todo contrato en el que esté involucrada la ejecución de un servicio por una persona natural en favor de una persona natural o jurídica de derecho público o privado, tales como contratos de obra, de arrendamiento de servicios, de prestación de servicios, consultoría, asesoría y cuya duración sea superior a seis (6) meses, la parte contratante deberá realizar la afiliación y pago de aportes al régimen contributivo y en la EPS que seleccione el contratista;

k) Para cumplir con lo estipulado en los dos literales anteriores el valor del contrato correspondiente se mensualizará por el término de tiempo contractual y sobre el equivalente al 50% de la mensualidad inferida se calculará la cotización correspondiente del 12%, la cual será asumida y pagada por el contratante a la EPS que señale el contratista, sin menoscabar los pagos pactados al trabajo y sin que ello genere la constitución de vínculo laboral. Se entiende que el 50% restante corresponde a los costos imputables al desarrollo de la actividad contratada;

l) El contratante que incumpla lo estipulado en la presente ley será sancionado pecuniariamente con un monto que corresponde al 80% del valor del contrato;

m) En ningún caso, se cotizará sobre una base inferior a un (1) salario mínimo legal mensual vigente ni superior a veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, a través de los Ministerios de Hacienda y de la Protección Social, ajustarán las respectivas reglamentaciones para que la correspondencia entre los aportes al SGSSS, al Sistema General de Pensiones, y al Sistema de Riesgos Profesionales asimilen los cambios introducidos en este artículo.

Artículo 25. Características Básicas de la operación del Régimen Subsidiado.

Sin perjuicio de lo establecido en otras normas, se tendrán en cuenta los siguientes criterios de operación para el régimen subsidiado:

a) Se beneficiarán con subsidio total en el Régimen Subsidiado, la totalidad de las personas pobres y vulnerables del país en el área rural y urbana, no afiliadas al régimen contributivo ni a ningún régimen de excepción y clasificados en los niveles 1 y 2 mediante el Sisbén o cualquier otro instrumento que se defina;

b) Una vez asegurada la población descrita en el literal anterior con subsidio total, las personas susceptibles de subsidio clasificadas en el nivel 3 del Sisbén o cualquier otro instrumento que defina el Gobierno Nacional susceptible del subsidio, lo recibirán total o parcialmente de acuerdo con la reglamentación que para tal efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley. Los subsidios parciales aplicables al nivel 3 no podrán ser inferior al 50% de la UPC del Régimen Subsidiado y los subsidios o cofinanciación a la cotización dependerán de los recursos disponibles, se aplicarán a discreción del beneficiario a su afiliación del Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado pleno o al aseguramiento o de la porción del POS que defina el CNSSS. El Gobierno dará prioridad a las mujeres cabeza de familia y adulto mayor;

c) Los municipios y distritos aplicarán el instrumento que defina el Gobierno Nacional mediante el cual se identificará la población susceptible de recibir el subsidio en salud en su territorio. El CNSSS podrá definir mecanismo de identificación para aquellos beneficiarios que por sus características especiales no se les aplique la encuesta Sisbén;

d) El municipio será el encargado de recolectar la información de los beneficiarios del subsidio y enviar la base de datos a las respectivas Direcciones Departamentales de salud y esta, una vez ejerza la adecuada supervisión de los datos, la enviará a la central de datos del nivel nacional;

e) Sólo se considerará efectivamente afiliado, aquella persona que haya escogido EPS, se encuentre incluida en su base de datos de afiliados contratados y este debidamente carnetizada. La entidad competente de financiar el Régimen Subsidiado, sólo podrá cancelar a las EPS los subsidios de los usuarios efectivamente afiliados;

f) En acatamiento del proceso de libre elección, los municipios, distritos y departamentos firmarán los contratos con la EPS elegida por el usuario;

g) El Ministerio de la Protección Social directamente o a través de las Direcciones territoriales de Salud intervendrá de oficio para representar a los afiliados acatando el proceso de libre elección de EPS y firmará los contratos correspondientes en su nombre, cuando el representante legal del municipio, distrito o departamento no los haya firmado, transcurridos quince (15) días calendario a partir de la fecha en que debe iniciar la ejecución de los mismos;

h) El Ministerio de la Protección Social reglamentará los mecanismos para la ejecución de la interventoría, que será contratada por parte de las entidades territoriales, y que será sobre aspectos técnicos, administrativos y financieros. Con el fin de suministrar recursos para estas interventorías las entidades territoriales destinarán hasta el 0.5% de los recursos del régimen subsidiado y no será con cargo a estas;

i) La población pobre y vulnerable que no tenga una residencia permanente, accederá al Régimen Subsidiado de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social;

j) En el régimen subsidiado no habrá preexistencias. Se aplicarán los períodos de carencia vigentes para el Régimen Contributivo para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud;

k) El carné entregado a los afiliados al Régimen Subsidiado tendrá vigencia por el término para lo cual se convoque el concurso para la operación regional. La entidad territorial correspondiente, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, verificarán dentro de los tres (3) meses anteriores al inicio de cada vigencia contractual que los afiliados mantengan sus condiciones para ser beneficiarios y de acuerdo a ello, definirán el número de afiliados activos para el siguiente período contractual.

Parágrafo. De conformidad con el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, los beneficiarios del Régimen Subsidiado en Salud del nivel 1 (uno) del Sisbén, población en extrema pobreza y en estado de indigencia, están exentos de Copagos. Los Copagos que se cobren a los demás niveles se destinarán para el mantenimiento de la Red Pública de Salud.

Artículo 26. Libertad de elección de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado.

La elección de las Entidades Promotoras de Salud se hará libremente por los usuarios en cada municipio conforme las siguientes reglas:

a) El CNSSS definirá el número y conformación de las regiones de operación del régimen subsidiado y seleccionará las EPS autorizadas para cada región, mediante concurso público cada cuatro años, teniendo en cuenta entre otros aspectos, la disponibilidad de red de servicios suficiente garantizada por la aseguradora, la preferencia de los afiliados de la respectiva región, la satisfacción de los actores del sistema en la región, cobertura de municipios en la región, cartera de la EPS del régimen subsidiado con las IPS que prestan el POS-S;

b) El listado de las EPS autorizadas para la región, se publicará ampliamente por cada entidad territorial, para efecto de que las personas con derecho a afiliación en el régimen subsidiado escojan de manera individual a la EPS, y se afilien mediante contrato, para la persona y su núcleo familiar;

c) La EPS entregará carnés a quienes la escojan, diligenciará el formulario de afiliación, orientará acerca de sus deberes y derechos, y los procedimientos de acceso a servicios;

d) Los actuales afiliados a una entidad del régimen subsidiado continuarán afiliados a la misma entidad si no manifiestan intención contraria siempre y cuando la entidad haya sido habilitada para operar en la respectiva región;

e) La relación de los carnés de afiliación debidamente entregados y el registro único de afiliación serán el soporte para la firma del contrato entre la EPS y la entidad territorial y los respectivos giros del Fosyga y la autorización de pagos únicamente a través de la cuenta maestra suscrita por el Fondo de Salud;

f) El CNSSS reglamentará el proceso y procedimientos para realizar la libre elección de EPS del régimen subsidiado que operarán en municipios mayores de 100.000 habitantes;

g) El Gobierno Nacional reglamentará la forma que permita que en los municipios que tengan menos de 30 mil habitantes, entre todas las opciones, la población beneficiaria del subsidio escoja una o dos EPS y en aquellos de más de treinta mil y menos de 100 mil habitantes un máximo de cuatro EPS por municipio;

h) El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de veedurías para la selección de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, EPS.

Parágrafo. En los municipios que tengan menos de 30.000 habitantes y los beneficiarios vengán afiliados a una EPS pública del régimen subsidiado del orden nacional, esta podrá seguir funcionando, pero el total de las EPS del régimen subsidiado de ese municipio no podrá ser más de dos. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

Artículo 27. Contratación del Régimen Subsidiado.

Cada municipio suscribirá un contrato de aseguramiento con cada Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, EPS seleccionada conforme las reglas establecidas en la presente ley.

La Entidad Promotora de Salud contratada recibirá bimestre anticipado por medio de una cuenta maestra en la que debe haberse registrados previamente, los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado.

Los Gobernadores y/o Alcaldes tendrán un plazo máximo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para proceder a la liquidación de mutuo acuerdo, en compañía de las ARS, los contratos que hayan firmado las Entidades Territoriales como consecuencia de la operación del régimen subsidiado desde el inicio del mismo en cada Entidad Territorial. El incumplimiento de lo anterior será causal de mala conducta y por lo tanto tendrá los efectos legales de la ley disciplinaria.

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, el Ministerio de la Protección Social reglamentará el mecanismo por el cual a través de un arbitramento técnico se proceda a la liquidación.

Artículo 28. Las modalidades de pago entre aseguradores y prestadores de servicios.

Las EPS podrán adoptar modalidades de pago tales como capitación, evento, presupuestos globales fijos o prospectivos, entre otros, de tal manera que incentiven la atención de la población bajo modalidades como la atención domiciliaria, la medicina familiar y comunitaria, la atención primaria en salud, para lograr el acceso y la calidad en la prestación de los servicios y la eficiencia en el uso de los recursos.

El Gobierno Nacional al expedir el manual único de tarifas incluirá las condiciones para la contratación por capitación en las diferentes regiones del país.

Ninguna de las modalidades de contratación y pago, implicará la transferencia de las responsabilidades en el aseguramiento, que en todo caso permanecerá en cabeza de la Entidad Promotora de Salud. No podrá contratarse por capitación servicios diferentes a los de baja complejidad.

Igualmente las EPS garantizarán que los servicios de baja complejidad se ofrezcan en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio del afiliado sea más favorable recibirlos en un municipio diferente por ofrecer mejor accesibilidad geográfica. Para las ciudades de más de 500.000 habitantes el Gobierno Nacional reglamentará las condiciones de accesibilidad geográfica a los servicios de baja complejidad.

Artículo 29. Planes Adicionales de salud y planes complementarios.

Para adquirir planes complementarios o planes adicionales de salud, suscribir contratos de medicina prepagada, suscribir pólizas de salud, el tomador deberá estar afiliado al régimen contributivo, régimen de excepción o régimen especial de los previstos en la ley; y será responsabilidad de la entidad contratante verificar el cumplimiento de esta exigencia durante toda la vigencia de la póliza complementaria o adicional.

Estos planes serán pagados con recursos distintos a los de las cotizaciones obligatorias en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Las entidades que presten servicios de planes adicionales de salud y planes complementarios deben ser autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, y en el caso de las pólizas de salud adicionalmente por la Superintendencia Financiera de Colombia.

Artículo 30. Regulación de la Integración Vertical Patrimonial.

Entiéndase por integración vertical patrimonial, aquellos eventos en que una Entidad Promotora de Salud (EPS) asume a su vez la función de prestadora de servicios de salud o contrata dicha prestación con IPS que son de su propiedad total o parcialmente, en cuyo caso se denominará red propia. Las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes

contributivo y subsidiado que cuenten con red propia sólo podrán prestar servicios a través de dicha red en los siguientes casos:

a) Cuando a 31 de diciembre de 2004 contaba con red propia de cualquier grado de complejidad en cuyo caso podrá contratar con esta, máximo hasta un treinta por ciento (30%) del total de los servicios;

b) Cuando creen IPS nuevas que realicen atención ambulatoria de baja y mediana complejidad en salud, en cuyo caso las EPS no podrán contratar en total más del treinta por ciento (30%) de los servicios con la red propia;

c) Para el caso de EPS que cuenten con red propia del tipo definido en los literales a) y b), la suma de la contratación con su red propia no podrá ser superior al treinta por ciento (30%) del total de la contratación;

d) El porcentaje restante, al permitido en los literales anteriores, tendrá que contratarse con red no propia y que no sea propiedad de otra EPS;

e) Cuando una EPS sea en forma mayoritaria de propiedad de empresas sociales del Estado, asociaciones de ESE o cooperativas de hospitales públicos no aplicará la restricción de contratación señalada en los literales a) y b);

f) En todo caso a partir de la vigencia de la presente ley, ninguna aseguradora, en forma directa o a través de terceros, podrá construir, adquirir total o parcialmente, comprar acciones total o parcialmente o entrar a ejercer algún tipo de dominio sobre alguna institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad. El incumplimiento de esta norma será causal de revocatoria de la licencia de funcionamiento de la entidad aseguradora.

Parágrafo 1°. En todo caso, cuando se presente contratación entre la EPS y la red propia esta no podrá hacerse por encima de las tarifas mínimas establecidas por el Gobierno Nacional establecidas en el Manual Tarifario Unico Nacional

Parágrafo 2°. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará el cumplimiento de lo estipulado en el presente artículo y, en conjunto con la Superintendencia de Sociedades, examinará la composición de la propiedad de las IPS que obtengan autorización para operar en el sistema, así como de las ya existentes, y la contratación de las EPS con la red propia en cada vigencia. La participación accionaria de las EPS en IPS, en todo caso no podrá exceder el 30%.

Parágrafo 3°. Cuando las Entidades Promotoras de Salud presten sus servicios a través de su red propia, estarán sometidas a los mismos controles fiscales y disciplinarios que las entidades de la red pública hospitalaria, en lo que tenga que ver exclusivamente con la calidad, eficacia y eficiencia y transparencia de los mismos.

Artículo 31. Del Alto Costo.

Las enfermedades de alto costo serán definidas en el Plan Obligatorio de Salud por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y su atención será responsabilidad de la EPS.

Así mismo el CNSSS expedirá la reglamentación mediante la cual la Cuenta ECAT del Fosyga cancelará el excedente en los gastos de la atención de enfermedades de alto costo, con cargo a esta última. Esta reglamentación deberá definir el monto del gasto por paciente año a partir del cual se reconoce un excedente de costo y el tope máximo hasta el cual se reconoce dicho exceso.

Parágrafo 1°. Para financiar el pago de excedentes en atención de enfermedades de alto costo, se destinará como mínimo el 2% de la UPC tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado.

Parágrafo 2°. Se destinará un 10% de la Cuenta de Eventos catastróficos, de alto costo y accidentes de tránsito para el pago a ESE por la atención de enfermedad de alto costo en pacientes no asegurados y que no hayan sido cubiertos con recursos de las entidades territoriales, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos por el MPS para el cobro de las cuentas.

Artículo 32. Del Plan de Beneficios. El Plan de Beneficios, es la cobertura expresada como el conjunto de prestaciones, es decir activi-

dades, procedimientos, intervenciones, suministros e indemnizaciones a que tienen derecho los afiliados y los beneficiarios. El plan de beneficios deberá ser integral, desde la promoción hasta la rehabilitación de manera que permita la gestión del riesgo en salud por las aseguradoras.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social actualizará por lo menos una vez al año el Plan Obligatorio de Salud y hará una revisión integral del mismo por lo menos cada tres años sin disminuir de ninguna manera sus beneficios.

CAPITULO V

De la Prestación de Servicios de Salud

Artículo 33. De la organización de la prestación de servicios.

Es responsabilidad de las Entidades Territoriales de Salud garantizar a la población de su jurisdicción el acceso oportuno, integral, suficiente y con calidad a los servicios de salud de carácter individual y colectivo.

En consonancia con lo anterior, son las Direcciones Territoriales, en coordinación con los demás actores del sistema, las responsables de organizar la red de prestadores de servicios de salud con los niveles de complejidad suficientes para responder a las necesidades y problemas de salud acorde a los planes de beneficios

Artículo 34. De la regulación de la oferta de servicios.

La creación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud que pretendan ofertar servicios de mediana y alta complejidad, deberán ser aprobadas por el Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y las condiciones del mercado. En todo caso se excluyen de este requisito los servicios prestados por los profesionales independientes cualquiera sea la especialidad o complejidad.

Artículo 35. Manual Tarifario Unico Nacional.

El Gobierno Nacional, a través del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y del Consejo Nacional de Recursos Humanos, expedirá dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley un manual de tarifas expresado en salarios mínimos diarios vigentes, y un sistema único de Códigos de Procedimientos de Salud por debajo del cual en ningún caso se podrá contratar la prestación de servicios. Si al momento de la expedición de la presente ley el Gobierno ya ha expedido este manual se considerará vigente y lo revisará estructuralmente cada tres años.

Parágrafo. La no observancia del Manual Tarifario Unico Nacional se convertirá en práctica no permitida o atentatoria contra la competencia y será investigada y sancionada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

Artículo 36. El manual de tarifas, articulado mediante relacionamientos con indicadores mínimos de servicios de salud y de aseguramiento, consignados a su vez en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, permitirá a la Superintendencia Nacional de Salud elaborar una calificación y clasificación de las IPS y de las EPS en forma permanente. Tal ranking incentivará a estos operadores a buscar una mejor clasificación, y a la ciudadanía usuaria a escoger con base en mejor información.

Artículo 37. De la libertad de escogencia de IPS.

Las EPS, de los diferentes regímenes, garantizarán a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en el área de influencia de la aseguradora. Para tal efecto las aseguradoras basadas en el registro de prestadores habilitados de la zona informarán a sus afiliados los criterios con los cuales diseñó su red de prestadores haciendo énfasis en las ventajas de calidad, resolutivez y accesibilidad de esa red. No obstante lo anterior los usuarios podrán sugerir la inclusión en la red de aquellas entidades del área que obtengan la acreditación en salud según el sistema de garantía de la calidad.

Las IPS que obtengan la Acreditación en salud, tendrán derecho a ser incluidas en la red de servicios de las aseguradoras del área.

Lo anterior 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. El CNSSS reglamentará los procedimientos a seguir cuando el afiliado quiera utilizar, con cargo a la EPS, los servicios de IPS con tarifas superiores a las contratadas por la EPS o diferentes a las IPS incluidas en la red de la EPS.

Parágrafo 1°. Están prohibidos todo tipo de acciones que conduzcan a impedir, restringir o afectar la libre competencia para la prestación de los servicios de salud. Al usuario que se le menoscabe su derecho a la libre escogencia de IPS o que habiéndose afiliado con la expectativa de una determinada red de prestadores y esta no sea cierta podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en esta.

Parágrafo 2°. La aseguradora que viole el derecho a la libertad de escogencia de IPS deberá ser investigada y sancionada por las autoridades de vigilancia y control. En caso de que dicha violación sea reincidente por parte de la aseguradora, la autoridad competente, revocará su licencia de funcionamiento.

Artículo 38. Defensor del Usuario.

Créase el Defensor del Usuario. Cada EPS contará con un Defensor del Usuario cuya función será la de ser vocero de ellos ante la respectiva institución, con el fin de conocer y resolver las quejas de estos, relativas a la prestación de los servicios. Las decisiones y recomendaciones de esta nueva instancia deberán tener valor vinculante. Esta instancia funcionará en cada uno de las entidades aseguradoras, uno por cada régimen administrado por la respectiva EPS y cada región donde haga la administración, elegido por los usuarios de esa EPS. Los costos de su desempeño serán asumidos por las entidades de aseguramiento, a través de transferencias de aportes a la Superintendencia de Salud.

La Superintendencia de Salud, conjuntamente con la Defensoría del Pueblo, contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la sanción y publicación de la presente Ley para reglamentar su elegibilidad, inhabilidades, perfil, estructura, atribuciones, competencias, recursos y operatividad.

Parágrafo 1°. La Superintendencia de Salud y la Defensoría del Pueblo garantizarán a la red de Defensores del Usuario del Sistema una atención y apoyo inmediato, para canalizar y resolver los conflictos, diferencias y querellas que hayan trascendido la capacidad resolutive de cada Defensor en forma individual o colectiva.

Parágrafo 2°. La Red de Defensores del Usuario dispondrá, por tarde al año de vigencia de la presente ley cuando se la proveerá la Superintendencia de Salud, de un manual o cartilla sobre los estándares mínimos de servicios con los que el usuario se ilustrará y orientará para solicitar y acceder a la atención. La labor inicial de cada Defensor consiste en adaptar esta cartilla a las especificidades de su respectiva EPS

Parágrafo 3°. Una vez al año, el Defensor del Usuario convocará lo más ampliamente posible un acto público de rendición de cuentas, para presentar a sus *defendidos* el balance de su gestión y resultados de su desempeño. Con base en este acto, o en su incumplimiento, debe propiciarse su revocatoria o reelección.

Artículo 39. 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 las Empresas Sociales del Estado. ESE

Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, o por las asambleas de constitución cuando se trate de Empresas de propiedad de varias entidades territoriales que se asocian.

Las Empresas Sociales del Estado 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, independiente de si son del orden nacional, departamental, distrital o municipal, tendrán un año a partir de la vigencia de la ley para transformarse en Empresas

Sociales del Estado Se exceptúan las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud.

El Gobierno Nacional reglamentará los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización y operativización de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta entre otros los siguientes criterios: Población, densidad poblacional, área de influencia, accesibilidad geográfica y cultural, servicios que ofrece, grado de complejidad, capacidad instalada, producción y sistema de apoyo.

Parágrafo 1°. Sólo podrán funcionar Empresas Sociales del Estado en municipios con más de 10.000 habitantes. En el caso de municipios con menos de 10.000 habitantes, los prestadores públicos de servicios de salud de carácter municipal constituidos o no como ESE o Unidad Administrativa Especial al momento de expedirse la presente ley, se integrarán a una ESE de manera que la sumatoria de la población de los municipios sea superior a 10.000 habitantes. Dicha ESE, deberá ofertar la prestación de servicios básicos de salud en cada municipio. La integración de los prestadores de carácter municipal en municipios con menos de 10.000 habitantes, podrá efectuarse con ESE de carácter departamental.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos de integración dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Los municipios con menos de 10.000 habitantes que a la fecha de expedición de la presente ley cuenten con instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, tendrán un plazo de 12 meses para dar cumplimiento a la presente norma. El incumplimiento de lo anterior implica la pérdida de la competencia para el manejo de los recursos destinados a la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y a que el Departamento prohíba la prestación de servicios por parte de estas entidades.

Parágrafo 2°. En materia contractual, las Empresas Sociales del Estado se regirán por normas de derecho privado.

Artículo 40. De la integración de las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado.

Las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional, departamental, distrital y municipal se integrarán 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.

El Gobierno Nacional, reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley los mecanismos de conformación, las funciones y funcionamiento de las juntas directivas.

Artículo 41. De la financiación de las Empresas Sociales del Estado.

La financiación de la operación de las Empresas Sociales del Estado se hará con los siguientes recursos:

a) La venta de servicios a las entidades territoriales para la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que se financiará con los recursos de que trata el artículo 11 de la presente ley;

b) La venta de servicios a las EPS del régimen subsidiado, la cual deberá cumplir con lo establecido en el artículo 18 de la presente ley;

c) La venta de servicios a las EPS del régimen contributivo, administradoras de riesgos profesionales, regímenes especiales, aseguradoras y otros pagadores de servicios de salud;

d) Las cuotas de recuperación que deben pagar los usuarios de acuerdo con su clasificación socioeconómica;

e) La venta de servicios a particulares;

f) La venta de servicios a las entidades territoriales por servicios de salud pública colectiva;

g) Cobros a la Cuenta ECAT, por los “excedentes” de facturación de pacientes de alto costo;

h) Los recursos provenientes de la cooperación internacional;

i) Los rendimientos financieros por la inversión de sus recursos;

j) Los aportes de organizaciones comunitarias;

k) Los recursos provenientes de arrendamientos;

l) Los ingresos provenientes de entidades públicas o privadas para programas especiales;

m) Los provenientes de programas de cofinanciación.

Parágrafo. Cuando por las condiciones del mercado las Empresas Sociales del Estado no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales podrán transferirles recursos que procuren garantizar los servicios básicos requeridos por la población, con las condiciones y requisitos que establezca el reglamento.

Artículo 42. De la contratación con las Empresas Sociales del Estado.

A partir del año 2007 se observarán las siguientes reglas en la contratación con las ESE:

a) Las EPS del régimen subsidiado contratarán y ejecutarán efectivamente el porcentaje mínimo obligatorio de la UPC con IPS de la red pública sólo a través de las Empresas Sociales del Estado;

b) Las EPS del régimen contributivo contratarán los servicios que requieran de la red Pública solo a través de las Empresas Sociales del Estado;

c) Las direcciones locales, distritales y departamentales de salud contratarán, con los recursos disponibles para la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, así como las actividades del plan de salud colectiva relacionadas con el individuo y su familia, con Empresas Sociales del Estado, salvo las excepciones previstas en esta ley.

Parágrafo. Cuando las Empresas Sociales del Estado no tengan la capacidad instalada para prestar los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado o los servicios no cubiertos con subsidios a la demanda, la contratación obligatoria que deben hacer las EPS del régimen subsidiado o las entidades territoriales, podrá hacerse con IPS privadas o con las fundaciones e instituciones de utilidad común habilitadas que a la fecha de expedición de la ley llevaran más de 10 años de contratar con el Estado la prestación de los servicios para la población pobre. Lo anterior sin perjuicio de la evaluación de las condiciones de accesibilidad geográfica para los usuarios. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos para hacer operativo este parágrafo.

Artículo 43. De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, serán nombrados por el Presidente de la República o el Jefe de la Entidad Territorial respectiva durante los primeros seis (6) meses de su mandato, por un tiempo igual al que faltare para cumplir el respectivo período del mandatario, para cuyo efecto, la Junta Directiva conformará una terna, previo proceso de selección por concurso de méritos.

Hasta tanto culmine el proceso de selección, el cual no podrá exceder de seis (6) meses o en caso de vacancia definitiva del gerente a menos de seis (6) meses de terminar el período del nominador, se nombrará un gerente encargado por dicho período.

Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado serán evaluados con base en el cumplimiento de los indicadores que se fijen en los acuerdos de gestión basados en el plan de desarrollo institucional, y calificados dentro de los rangos de eficiente y deficiente. La calificación deficiente de la gestión dará lugar al retiro del cargo.

Los acuerdos de gestión suscritos por el gerente serán objeto de seguimiento permanente por parte de la Junta Directiva, la cual podrá exigir al nominador la evaluación anticipada de la gestión del gerente.

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

Parágrafo 1°. En caso de vacancia absoluta de su gerente deberá adelantarse el mismo proceso de selección y el período del gerente se-

leccionado 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.

Parágrafo 2°. El Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente norma, reglamentará los Sistemas de Evaluación de la Gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del Nivel Nacional y Territorial.

CAPITULO VI

De la Salud Pública

Artículo 44. De la Salud Pública.

La salud pública es el conjunto de políticas públicas, acciones y servicios, que buscan mejorar las condiciones de vida y bienestar del individuo y las colectividades bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de la comunidad, los particulares y todos los sectores.

La salud pública incluye las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de carácter individual, familiar y colectivo, el control de los factores de riesgo biológicos, del comportamiento, del consumo, del ambiente y fomento de factores protectores, vigilancia epidemiológica, así como las acciones en patologías de interés en salud pública, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades.

Para su organización se distinguen las acciones o actividades de carácter individual y familiar y las acciones de carácter colectivo.

Parágrafo. Los actores del Sistema de Salud (entidades territoriales, aseguradoras y prestadoras) deberán garantizar un modelo de atención familiar y comunitaria que garantice por lo menos un nivel de resolutivez del 80% dentro del mismo municipio, o de la localidad, comuna o división administrativa en el caso de grandes ciudades.

Artículo 45. Situación de Salud y Plan de Salud Pública.

Para su organización se distinguen las acciones o actividades de carácter individual y familiar y las acciones de carácter colectivo.

Es responsabilidad del Estado, en los diferentes niveles territoriales y con la participación de todos los sectores, mantener actualizado el diagnóstico de la situación de salud de la población. Este diagnóstico debe identificar necesidades, problemas y áreas epidemiológicas que afectan la salud y el bienestar del individuo y la colectividad.

Con base en este diagnóstico, el Ministerio de la Protección Social definirá el Plan de Salud Pública Nacional para cada cuatrienio el cual estará incluido en el Plan Nacional de Desarrollo. Este Plan debe formular y coordinar la política nacional sobre Salud y Seguridad Social en Salud, estableciendo las prioridades de interés en salud pública, las metas de cobertura de aseguramiento y acceso a servicios, los planes de Beneficios, la reducción de tasas de morbilidad y mortalidad, y demás intervenciones requeridas tendientes a controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir.

A partir del Plan de Salud Pública, establecido por el Ministerio de la Protección Social, corresponde a los departamentos, distritos y municipios su ajuste y aplicación conforme a las condiciones epidemiológicas territoriales.

Artículo 46. De las intervenciones de Salud Pública de carácter individual o familiar.

Los servicios de salud pública de carácter individual y familiar de los afiliados al Régimen Contributivo y al Régimen Subsidiado serán establecidos en el Plan Obligatorio de Salud POS y serán prestados obligatoriamente y de manera integral a través de las Entidades Promotoras de Salud con cargo a la UPC.

La población no asegurada recibirá servicios de salud pública en lo correspondiente a los de carácter individual y familiar con recursos de las entidades territoriales con esta destinación, a través de contratación con Empresas Sociales del Estado.

Artículo 47. De las intervenciones de Salud Pública Colectiva.

Los servicios de salud pública de carácter colectivo estarán establecidos en el Plan de Salud Colectiva, el cual responde a las prioridades

en salud pública de manera que complementa las acciones de los planes individuales y las intervenciones de otros sectores que afectan la salud.

El plan incorporará acciones que fortalezcan los factores protectores y hábitos de vida saludable, el fomento y promoción de la salud, la prevención y control de los riesgos del consumo, de establecimientos y espacios públicos, del agua, residuos sólidos y líquidos, los factores de riesgo físicos, químicos, biológicos y psicosociales, las actividades relacionadas con el control de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis, la prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles y de interés en salud pública, subsidiariamente con los planes individuales, búsqueda activa de casos y contacto de enfermedades de interés en salud pública, la investigación y control de brotes y epidemias.

El Plan de Salud Pública Colectiva será gratuito y obligatorio para todos los habitantes del territorio nacional. Este plan reemplaza el Plan de Atención Básica y se contratará para las acciones individuales y familiares por las entidades territoriales del orden nacional, departamental, distrital y municipal con las ESE

Cuando las ESE no tengan la capacidad técnica para realizarlas, estas acciones podrán ser contratadas con otras instituciones de reconocida idoneidad y experiencia no inferior a 5 años, prioritariamente regionales y locales, cuando apliquen y cumplan con los requisitos establecidos; y sean previamente autorizadas por el departamento cuando se trate de actividades de carácter municipal y por el Ministerio de la Protección Social cuando se trate de actividades de carácter distrital y departamental.

Las actividades de inspección, vigilancia, control y evaluación de factores de riesgo de consumo relacionadas con la fabricación, procesamiento y expedición de medidas sanitarias de alimentos, materias primas e insumos alimentarias con prioridad en los de mayor riesgo epidemiológico, así como la IVC de plantas de beneficio de animales, puertos, aeropuertos y paso fronterizo son competencia exclusiva a cargo del Estado a través del Invima. Las actividades de inspección, vigilancia y control relacionadas con la cadena de distribución, transporte, comercialización, venta de alimentos y establecimientos gastronómicos son competencia de las entidades territoriales.

La financiación del plan de salud pública colectiva y de las funciones de soporte en salud pública estará a cargo del Estado con recursos provenientes de la subcuenta de salud colectiva, presupuesto nacional y recursos de propiedad de las entidades territoriales.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional reglamentará la proporción de recursos que como mínimo cada nivel territorial deberá apropiar para el desarrollo de las funciones de soporte en salud pública, diferenciándolos de los que se destinarán para las acciones del Plan de Salud Colectiva.

Parágrafo 2°. Los organismos adscritos al Ministerio de la Protección Social deberán brindar como instancias técnico-científicas de referencia en salud pública la información pertinente para definir las prioridades y políticas del plan de salud pública colectiva y brindar la asesoría correspondiente a todos los niveles territoriales responsables de la ejecución del Plan de Salud colectiva.

Parágrafo 3°. El Gobierno Nacional reglamentará las funciones de los organismos públicos y privados que tengan competencias relacionadas con la salud pública, así como los que conforman la red nacional de laboratorios.

CAPITULO VII

Del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control

Artículo 48. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

Créase el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control como un conjunto articulado de agentes, normas y procesos para lograr los siguientes objetivos, sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la ley:

a) Proteger los derechos de los usuarios de los servicios de salud, en particular, su derecho al acceso, al aseguramiento y a la libre elección;

b) Vigilar y promover el mejoramiento integral de la calidad en el SGSSS;

c) Vigilar que de acuerdo con la Constitución y la ley, se generen y se destinen adecuada, oportuna y eficientemente los recursos al sector salud;

d) Vigilar que no se produzca abuso de la posición dominante dentro de los actores del sistema;

e) Promover la participación social y la rendición de cuentas a la comunidad por los encargados de operativizar el sistema;

f) Velar por que se cumplan las normas que regulan el sistema;

g) Velar por que se eleve la calidad del servicio de salud y porque las EPS cumplan con las normas técnicas y/o las guías de atención de las distintas patologías.

Artículo 49. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

Para cumplir con la inspección, vigilancia y control el sistema organizará su estructura teniendo como base los siguientes ejes:

a) Financiamiento. Su objetivo es velar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector;

b) Aseguramiento. Su objetivo es velar por el cumplimiento de los derechos de afiliación de la población a un plan de beneficios de salud;

c) Subsidios en salud. Su finalidad es velar por el cumplimiento de las normas respectivas para otorgar los subsidios en salud;

d) Prestación de Servicios de Salud. Su objetivo es velar por la prestación de servicios de salud individuales, en condiciones de calidad;

e) Participación Social y defensoría del paciente;

f) Eje de acciones y medidas especiales que permitan el desarrollo del Sistema de IVC.

Artículo 50. Sujetos y objeto de control.

Son sujetos de Control de la Superintendencia de Salud y del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, todas las personas naturales y jurídicas, públicas, privadas o mixtas que estén obligadas a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud y aquellas que cumplan funciones de aseguramiento, financiamiento, dirección del Sistema, generación, transferencia, gestión, programación y ejecución de recursos, prestación y control de los servicios de salud individual y colectivos, inclusive los que operen en regímenes excepcionales o excluidos por la Ley 100 de 1993, en aquellas funciones que cada sujeto vigilado cumple en relación con el SGSSS.

Artículo 51. Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de las establecidas en otras disposiciones tendrá las siguientes funciones:

a) Dirigir el Sistema de Inspección, Vigilancia y control. Coordinar las acciones de Inspección, Vigilancia y Control de conformidad con lo establecido en esta ley;

b) Ejercer la vigilancia, inspección y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales del sector salud;

c) Brindar asistencia técnica e instruir a los departamentos, distritos y municipios para el cabal cumplimiento de las normas del Sistema;

d) Ejercer vigilancia, inspección y control sobre las fuentes de financiamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, así como sobre la efectiva explotación de los monopolios rentísticos, generadores de recursos con destino a la salud y su oportuna transferencia, tanto en el SGSSS, como en los regímenes exceptuados;

e) Inspeccionar, vigilar y controlar las funciones y competencias de vigilancia, inspección y control atribuidas a las direcciones territoriales de salud;

f) Dirimir los conflictos que se presenten entre las entidades vigiladas y las direcciones territoriales de salud en el ejercicio de sus competencias de vigilancia, inspección y control;

g) Imponer las multas previstas en la normatividad vigente, las cuales, en todo caso, irán con destino y serán consignadas a favor del Fondo de Solidaridad y Garantía;

h) Vigilar el cumplimiento de normas y programas de salud pública, y la ejecución de los recursos destinados a ella;

i) Diseñar, implantar, alimentar, operar un sistema de calificación de EPS e IPS, que tenga como resultado periódico un ranking de todas estas entidades. Este resultado debe difundirlo ampliamente, por diversidad de medios, que garantice el más generalizado conocimiento en la ciudadanía;

j) Para el cabal cumplimiento de la Inspección, Vigilancia y Control, la Superintendencia de Salud constituirá respectivas Salas Conjuntas con otras superintendencias en los temas de especialidad de estas. Con la Financiera de Colombia, con la de Industria y Comercio, con la de Subsidio Familiar;

k) Producir y divulgar periódicamente información al público sobre los precios y calidad de los bienes y servicios que entrega el Sistema General de Seguridad Social, incluidos los medicamentos, y la calidad de las IPS y EPS;

l) Apoyar técnica, conceptual, operativa y financieramente las tareas de ilustración y pedagogía del Sistema General de Seguridad Social en Salud a la ciudadanía.

Artículo 52. De la vigilancia y control en la entrega de medicamentos a los afiliados por parte de los aseguradores.

La Superintendencia Nacional de salud contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la expedición de la presente ley para establecer las medidas de vigilancia y control, incluyendo los indicadores de seguimiento necesarios para verificar la entrega completa y oportuna de medicamentos formulados a sus afiliados. En caso de investigaciones que lleve a cabo la Superintendencia de Salud o las direcciones territoriales de salud relacionadas con el desabastecimiento o entrega interrumpida de medicamentos a personas que requieren entregas permanentes y oportunas, se invertirá la carga de prueba correspondiendo la misma a la entidad demandada, además estos procesos se adelantarán sumariamente con el fin de obtener una decisión la que no podrá sobrepasar en su investigación y decisión final más de tres meses.

Artículo 53. De la evaluación de la calidad percibida por los usuarios de servicios de salud de las EPS.

La Superintendencia Nacional de salud en conjunto con las entidades señaladas en el inciso 5° del artículo 17 de la Ley 812 de 2003 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Departamento Nacional de Planeación y la Defensoría del Pueblo) contarán con un plazo de 6 meses a partir de la expedición de la presente ley para diseñar un Sistema de Monitoreo con la instrumentación necesaria, que permita evaluar la calidad percibida por los usuarios de los servicios de salud de las Empresas Promotoras de Salud, EPS. Este componente, será un insumo para la elaboración del ordenamiento (ranking) de Entidades Promotoras de Salud que debe adelantar y publicar cada año la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 54. Recursos de Operación de Supersalud.

La Superintendencia contará para su operación con los recursos provenientes de la tasa establecida en el artículo 98 de la Ley 488 de 1998. Anualmente el Gobierno Nacional le asignará en el Presupuesto General de la Nación, como mínimo, un monto igual al recaudado por la tasa en la vigencia del año inmediatamente anterior.

Artículo 55. Control y Participación Ciudadana.

La Superintendencia Nacional de Salud Organizará una Unidad de control ciudadano y veeduría, que se encargará de inspeccionar, vigilar

y controlar la operatividad del Sistema de Seguridad Social en Salud. Esta Unidad podrá ser descentralizada y actuará en concordancia con las entidades territoriales para que en cada uno de ellos opere eficaz y eficientemente. La Superintendencia de Salud utilizará el Sistema de participación y control social definidos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Veeduría ciudadana como mecanismo de participación.

La financiación de esta unidad estará a cargo de los recursos destinados al funcionamiento de la Superintendencia establecidos en la presente ley y deben ser suficientes para que este programa opere adecuadamente.

La Superintendencia de Salud, presentará informes semestrales al Congreso de la República y a la ciudadanía en general, sobre los avances, logros, dificultades y retos frente al control ciudadano.

Artículo 56. Del Sistema Unico de Quejas y Reclamos.

Créase un Sistema Unico de Quejas y Reclamos de obligatorio acceso y procesamiento en cada entidad territorial, con el fin de garantizar y resolver los problemas presentados en el derecho a la salud de los Usuarios. El Gobierno Nacional presentará un informe semestral, que permita diseñar, formular o actualizar las políticas nacionales, los planes de asistencia técnica a las Instituciones encaminados a la defensa de los beneficiarios, la calidad del aseguramiento y la prestación de los servicios.

La Superintendencia Nacional de Salud, en coordinación con la Defensoría del Pueblo, reglamentará el Sistema Unico de Quejas y Reclamos en un plazo de seis meses a partir de la publicación de la presente ley.

Parágrafo. La Superintendencia de Salud, diseñará y reproducirá, en un plazo no superior a un año después de aprobada esta ley, un manual con los estándares mínimos de servicios con el que se orientará a toda la comunidad usuaria y operadora del Sistema; y que se convertirá en instrumento básico del desempeño de los Defensores del usuario creados en esta ley.

CAPITULO VIII

Disposiciones finales

Artículo 57. De los Agentes del Sistema Integral de Información en Salud, SIIS.

Serán agentes del SIIS todas aquellas personas e instituciones responsables del aseguramiento, el financiamiento y prestación de servicios de salud de carácter individual o colectivo y los organismos de dirección y control del SGSSS. Son agentes, también, las personas e instituciones pertenecientes a los regímenes especiales y todas aquellas personas, que en materia de tecnologías de información, provean servicios de misión crítica para la operación del SIIS.

Parágrafo 1°. Las disposiciones sobre el registro, almacenamiento, flujo transferencia y disposición de la información por parte de los diferentes agentes del SGSSS serán de obligatorio cumplimiento y su violación generará responsabilidades de carácter penal, civil y disciplinario.

Artículo 58. Pensiones de Jubilación en EPS públicas.

A partir de la vigencia de la presente ley, en ningún caso las EPS públicas podrán pactar o pagar con cargo a los recursos de la UPC, pensiones de jubilación o beneficios pensionales adicionales.

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público deberá asumir y girar oportunamente el pago de las pensiones de jubilación, y las mesadas correspondientes a los derechos extralegales de los antiguos trabajadores de las EPS Públicas

Artículo 59. Autorización de pago de deudas de régimen subsidiado con recursos del FAEP.

Autorízase a los municipios y departamentos que cuenten con recursos en el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera de que trata la Ley 209 de 1995, para destinarlos en primer orden de prioridad al pago de

las deudas certificadas a 31 de diciembre de 2004, con las Administradoras del Régimen Subsidiado por concepto del aseguramiento de su población y se autoriza para que los pagos se hagan directamente a las IPS públicas cuando existan al mismo tiempo deudas de la ARS acreedora con dichas entidades.

Los municipios y departamentos que no tengan deudas con las ARS y una vez cancelada la totalidad de las deudas establecidas en el artículo 13 de la Ley 781 de 2002, podrá destinar los recursos del FAEP, a los proyectos de inversión o de ampliación de cobertura de los programas de protección social que determine la entidad territorial.

Artículo 60. Facultades extraordinarias.

Otórquense facultades extraordinarias al Gobierno Nacional para que antes de seis meses contados a partir de la fecha de la vigencia de la presente ley, previa concertación y dentro del marco de la Ley 691 de 2001 expida un decreto con fuerza de ley que adapte a la presente ley, el Sistema de Seguridad Social en Salud de las Comunidades Indígenas, acorde con sus propias formas y procedimientos, teniendo en cuenta los lineamientos básicos de la presente ley y cumpliendo los siguientes objetivos:

a) Proteger, de conformidad con el artículo 2° de la Ley 691 de 2001, de manera efectiva los derechos a la salud de los Pueblos Indígenas, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural, según los términos establecidos en la Constitución Política, en los Tratados Internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas;

b) Garantizar el acceso a los servicios, la adecuación sociocultural de los planes de beneficios y la adopción de un sistema de información acorde con sus necesidades sociales y culturales;

c) Garantizar el derecho a la salud integral de los pueblos indígenas;

d) Fortalecer las formas de organización en salud de los pueblos indígenas y sus órganos de control;

e) Adaptar los principios de la presente ley, al Sistema de Seguridad Social en Salud para los pueblos indígenas.

Parágrafo. El Gobierno Nacional utilizará sus recursos técnicos propios o externos y la participación de las organizaciones indígenas para que la adaptación de la presente ley en lo relacionado con la organización, el aseguramiento, el financiamiento, el sistema de información, la inspección vigilancia y control, la atención en salud a la población indígena y la salud pública colectiva, sean acordes con la idiosincrasia de los pueblos indígenas y que satisfagan sus necesidades. En caso de que el decreto reglamentario a que se refiere este artículo no sea expedido en el término de 6 meses, se presentará previa concertación una iniciativa legislativa sobre esta materia.

Artículo 61. Recursos del Sistema General de Seguridad Social.

Los recursos del Sistema General de Seguridad Social no deberán ser utilizados para fines distintos de los establecidos en los artículos 48 y 49 de la Constitución Nacional, se continuará manteniendo su contabilización dentro del concepto del gasto público, los recursos provenientes del SGSSS no podrán ser invertidos en títulos de deuda pública.

Artículo 62. Todo niño al nacer que no esté cubierto por algún tipo de protección o de Seguridad Social en Salud, tendrá derecho a recibir atención obligatoria y gratuita, hasta la edad de un (1) año, de los respectivos servicios, en todas las instituciones de salud del Estado o que reciban aportes del Estado.

Artículo 63. Vigencia y derogaciones. La presente ley rige a partir de su sanción y publicación en el *Diario Oficial* y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Miguel Durán Gelvis, Coordinador de Ponentes; *Héctor A. Rodríguez Garnica*, *Carlos A. Celis Gutiérrez*, *Elías Raad Hernández*, *Manuel de J. Berrío T.*, Ponentes.

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 031 DE 2005 CAMARA

por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores.

Bogotá, D. C., marzo 30 de 2006

Doctor

MIGUEL ANGEL DURAN GELVIS

Presidente Comisión Séptima Constitucional

Honorable Cámara de Representantes

E. S. D.

Asunto: Ponencia segundo debate al Proyecto de ley número 031 de 2005 Cámara.

Respetado doctor:

En atención a la honrosa designación que nos hiciera la mesa directiva de la Comisión Séptima Constitucional permanente de la honorable Cámara de Representantes; nos permitimos presentar el informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 031 de 2005 Cámara, *por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores*, en los términos que a continuación exponemos.

Cordialmente,

Pompilio Avendaño Lopera, Araminta Moreno Gutiérrez, Venus Albeiro Silva Gómez, Juan de Dios Alfonso García, Ponentes, Representantes a la Cámara.

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 031 DE 2005 CAMARA

por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores.

Señor Presidente:

Dando cumplimiento al honroso encargo que nos hiciera al designarnos ponentes para segundo debate al Proyecto de ley número 031 de 2005 Cámara, *por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores* nos permitimos dar cumplimiento al reglamento del Congreso Nacional, y sometemos a consideración la respectiva ponencia.

1. Síntesis del Proyecto de ley 031 de 2005

El objetivo del proyecto se orienta a conceder a las personas adultas mayores beneficios a fin de fomentar sus derechos a la educación, a la recreación, a la salud y propiciar un mejoramiento en sus condiciones generales de vida, de esta manera queda consagrado en el artículo 1° del proyecto.

El proyecto está destinado a favorecer a los colombianos o extranjeros residentes en Colombia, que hayan cumplido 65 años de edad siendo la cédula de ciudadanía o el documento legal que acredite tal condición para los extranjeros como los únicos documentos que se requerirán para acreditar su condición de adultos mayores y recibir los beneficios que consagra el proyecto.

Los artículos 3°, 8° y 9° buscan fomentar el derecho a la recreación de las personas mayores de 65 años al establecer beneficios económicos para espectáculos públicos que se desarrollen en escenarios de la Nación; en el mismo sentido se sube a rango legal la disposición contenida en el Decreto 972 de 1997 que establece en su artículo 7° la obligatoriedad de descuentos a la población de la tercera edad en los sitios de interés turístico de propiedad del Estado no inferior al 50%. De la misma manera el artículo 10 recoge la disposición consagrada en el artículo 1° de la Ley 929 de 2004, que consagra la entrada gratuita los últimos domingos de cada mes y los días 20 de julio y 7 de agosto a los museos, monumentos nacionales y centros culturales, pero extiende dicho beneficio a todos los días del año para las personas mayores de 65 años.

Se consagran algunos beneficios para los adultos mayores dentro del sistema de salud, entre ellos el consagrado en el artículo 6° el cual establece para las personas de más bajos recursos un descuento en las cuo-

tas moderadoras reguladas en el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 y en el Acuerdo número 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Los artículos 14 y 15 buscan un mejoramiento en la prestación de servicios de salud por parte de las EPS para los adultos mayores mediante la obligación de estas entidades de dar prioridad a las citas médicas y odontológicas para los afiliados mayores de 65 años.

La no entrega de manera inmediata de medicamentos luego de su formulación se ha convertido en una práctica que se ha generalizado por parte de las Empresas Promotoras de Salud en detrimento del servicio para sus afiliados y en especial para los sectores más vulnerables, bajo la excusa en muchos casos que no existen en sus inventarios, obligando a los afiliados a trasladarse de nuevo días después a reclamar sus medicamentos. El proyecto busca que las EPS se obliguen a entregar en el domicilio de la persona mayor de 65 años y dentro de las 24 horas siguientes el medicamento recetado y que no se entregue al momento de la formulación.

En el tema educativo el proyecto busca una exención del 50% del valor de la matrícula en establecimientos públicos de educación superior a fin de fomentar la vinculación de las personas mayores de 65 años a las aulas de clase, experiencia que ha tenido éxito en universidades como la Alcalá de Henares en España, donde más de 300 de sus estudiantes son adultos mayores.

Por último, el proyecto establece otro tipo de beneficios, tendientes a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, como la ventanilla preferencial en entidades públicas que deban atender público con el fin de agilizar las gestiones que realicen los beneficiarios del presente proyecto de ley, así mismo se busca que los sistemas de transporte masivo de pasajeros que funcionan actualmente y que en los próximos años lo harán en las principales ciudades del país, establezcan una tarifa diferencial en el costo del pasaje en beneficio de la población adulta mayor, tal y como sucede actualmente en el Metro de Medellín. Siguiendo con el tema de transporte se busca que parte de los asientos de buses, colectivos y demás unidades que presten este servicio se destine a la población adulta mayor.

Para los adultos mayores que pertenezcan a los estratos 1 y 2 buscamos que las empresas prestadoras de servicios públicos domiciliarios exoneren en tan solo un 20% el valor del cargo fijo regulado por el artículo 90 de la Ley 142 de 1994.

2. Contexto Internacional

La disminución de la tasa de natalidad, el crecimiento demográfico, los avances de los programas nacionales de salud, ha generado un aumento en la esperanza de vida en nuestro país y en el mundo entero, lo que ha sugerido una actualización de la legislación en pro del adulto mayor.

La Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en la Resolución 46 de diciembre 16 de 1991 aprobó los *“Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad”*. En este documento se exhortó a los gobiernos a que incorporasen estos principios en sus programas nacionales.

En síntesis estos principios son:

INDEPENDENCIA, las personas de edad deberán:

- Tener acceso a la alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
- Tener oportunidad de trabajar o de acceso a otras posibilidades de obtener ingresos.
- Poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
- Tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.
- Tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades de cambio continuo. Poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

PARTICIPACION, Que implica:

- Poder permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.

- Poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.

- Poder formar movimientos o asociaciones de personas mayores.

CUIDADOS, Para:

- Poder disfrutar de los cuidados la protección de la familia y la comunidad, en conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

- Tener acceso a servicios de atención de la salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de enfermedades.

- Tener acceso a los servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidados.

- Tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación, estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.

- Poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y calidad de vida.

AUTORREALIZACION, Por el que se garantiza:

- Poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.

- Tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

DIGNIDAD, Para:

- Poder vivir con dignidad y seguridad, y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.

- Recibir un trato digno, independiente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y ser valoradas independientemente de su contribución económica.

3. Necesidad del proyecto

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística registraba a 1.635.378 personas mayores de 65 años en 1993, la proyección para este año señala a 2.301.653 colombianos por encima de dicha edad y para el año 2013 una proyección de 3.084.171 colombianos mayores de 65 años lo que significa un aumento del 88% de esta población en un período de 20 años, convirtiéndose en el segundo grupo poblacional de mayor crecimiento. Luego la franja estaría comprendida entre los 40 y 60 años.

La disminución en sus capacidades físicas y mentales de los adultos mayores los coloca en una condición de desventaja frente a las personas que aún no llegan a esta edad, lo que aumenta en muchos casos su dependencia a la familia y a la sociedad y los hace propensos a ser excluidos.

No podemos seguir bajo el pensamiento de que una persona que ha cesado sus actividades laborales debe quedar proscrita a su hogar y dedicarse al descanso y la pasividad, menospreciando sus capacidades y potencialidades.

El presente proyecto de ley busca por una parte reincorporar a las personas mayores de 65 años a distintos espacios de esparcimiento y recreación, mediante la consagración de beneficios en actividades culturales, facilitar su acceso a entidades públicas y privadas que tengan atención al público y mejorar los servicios de salud que se prestan por parte de las Entidades Promotoras de Salud, además de otros beneficios que redundarán en la calidad de vida de los adultos mayores.

Proposición

De conformidad con los argumentos expuestos a lo largo de la ponencia, solicitamos a la Plenaria de la honorable Cámara aprobar en segundo debate el Proyecto de ley número 031 de 2005 Cámara con el pliego de modificaciones adjunto y el texto que se propone para segundo debate.

Pompilio Avendaño Lopera, Araminta Moreno Gutiérrez, Venus Albeiro Silva Gómez, Juan de Dios Alfonso García, Ponentes, Representantes a la Cámara.

PLIEGO DE MODIFICACIONES PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 031 DE 2005 CAMARA

por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores.

Se modifica el artículo 14 del proyecto. Fórmula de medicamentos.

Sobre este artículo en la discusión que hizo la Comisión Séptima en primer debate, se sugirió por parte de varios representantes, ampliar de 24 a 72 el número de horas otorgadas a las entidades promotoras de salud para el suministro domiciliario de medicamentos en la eventualidad de que estos no fueran entregados de manera inmediata. Así mismo consideramos que es necesario anexar que dichos medicamentos deben estar incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS.

Artículo 14. Fórmula de medicamentos. Cuando la Entidad Promotora de Salud no suministre de manera inmediata los medicamentos formulados que estén incluidos en el Plan Obligatorio de Salud a las personas mayores de 65 años, deberá garantizar su entrega en el domicilio del afiliado dentro de las 72 horas siguientes, salvo si esta es de extrema urgencia a la solicitud por parte de este.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará el cumplimiento de las disposiciones establecidas en los artículos 14 y 15 e impondrá las sanciones a que haya lugar de conformidad con el ámbito de sus competencias.

Cordialmente,

Pompilio Avendaño Lopera, Araminta Moreno Gutiérrez, Venus Albeiro Silva Gómez, Juan de Dios Alfonso García, Ponentes, Representantes a la Cámara.

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 031 DE 2005 CAMARA

por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto conceder a las personas adultas mayores beneficios a fin de fomentar sus derechos a la educación, a la recreación, a la salud y propiciar un mejoramiento en sus condiciones generales de vida.

Artículo 2°. Beneficiarios. Podrán acceder a los beneficios consagrados en esta ley los colombianos o extranjeros residentes en Colombia que hayan cumplido 65 años de edad. Para acreditar su condición de adulto mayor bastará con la presentación de la cédula de ciudadanía o el documento legal que acredite tal condición para los extranjeros.

CAPITULO II**Beneficios económicos**

Artículo 3°. Descuentos en espectáculos. Las personas mayores de 65 años, gozarán de un descuento del 50 por ciento en la boletería para espectáculos públicos, culturales, deportivos, artísticos y recreacionales que se celebren en escenarios que pertenezcan a la Nación, a los Departamentos o a los municipios.

Podrá limitarse por parte de los empresarios de dichos espectáculos, el número de boletería con este beneficio siempre y cuando se garantice un mínimo del 10% de la boletería expedida para el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo.

Artículo 4°. Descuentos en instituciones educativas. Las personas mayores de 65 años, tendrán derecho a un descuento del 50% en el costo de la matrícula en instituciones oficiales de educación superior.

Artículo 5°. Cuotas moderadoras en el Sistema de Salud. Las personas mayores de 65 años, serán exoneradas del pago del 50% en las cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud cuando su ingreso base de cotización no supere los cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

CAPITULO II

Tarifa diferencial

Artículo 6°. Transporte público. Los Sistemas de servicio de transporte público masivo urbano de pasajeros, establecerán una tarifa diferencial para las personas mayores de 65 años, inferior a la tarifa ordinaria.

La tarifa diferencial con sus ajustes, deberá quedar prevista y regulada en los contratos de concesión que se celebren con las empresas operadoras del Sistema a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 7°. Operadores de Turismo. Las Entidades y Empresas que reciban recursos del Estado para desarrollar actividades de hotelería y turismo o que se beneficien de exenciones tributarias, deberán establecer con destino a las personas mayores de 65 años, tarifas diferenciales en sus servicios que ofrezcan descuentos.

El Ministerio de Comercio, Industria y Turismo reglamentará lo señalado en este artículo.

Artículo 8°. Sitios turísticos. Los sitios de interés turístico de acceso permitido al público que sean de propiedad del Estado, deberán establecer una tarifa diferencial que otorgue un descuento no menor del 50% sobre el valor de las tarifas de ingreso a ellos, para las personas mayores de 65 años.

CAPITULO III

Otros beneficios

Artículo 9°. Entrada gratuita. Los museos, monumentos nacionales y centros culturales, permitirán el ingreso gratuito a sus instalaciones a las personas mayores de 65 años.

Artículo 10. Ventanilla preferencial. Las entidades públicas que tengan servicio de atención al público, deberán establecer dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley, una ventanilla preferencial para la atención a las personas mayores de 65 años con el fin de facilitar y agilizar las gestiones que realicen.

Artículo 11. Asientos preferenciales. Las empresas de transporte público urbano, a las que se les permita el transporte de pasajeros de pie, deberán contar en cada una de sus unidades con asientos destinados para el uso de los adultos mayores, los cuales deben estar debidamente señalizados.

Las autoridades de transporte en cada municipio y distrito vigilarán el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo.

Artículo 12. Consultorios jurídicos. Los consultorios jurídicos de las Facultades de Derecho deberán dar prioridad a la atención de consultas y solicitudes efectuadas por personas mayores de 65 años.

Artículo 13. Consultas médicas. Las Empresas Promotoras de Salud deberán asignar los servicios de consulta externa médica, odontológica y por médico especialista a los afiliados mayores de 65 años dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud por parte de estos.

Artículo 14. Fórmula de medicamentos. Cuando la Entidad Promotora de Salud no suministre de manera inmediata los medicamentos formulados que estén incluidos en el Plan Obligatorio de Salud a las personas mayores de 65 años, deberá garantizar su entrega en el domicilio del afiliado dentro de las 72 horas siguientes, salvo si esta es de extrema urgencia a la solicitud por parte de este.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará el cumplimiento de las disposiciones establecidas en los artículos 14 y 15 e impondrá las sanciones a que haya lugar de conformidad con el ámbito de sus competencias.

Artículo 15. La presente ley rige a partir de su promulgación.

Atentamente,

Pompilio Avendaño Lopera, Araminta Moreno Gutiérrez, Venus Albeiro Silva Gómez, Juan de Dios Alfonso García, Ponentes, Representantes a la Cámara.

TEXTO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 031 DE 2005 CAMARA

Aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes en sesión del día 9 de noviembre de 2006, por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto conceder a las personas adultas mayores beneficios a fin de fomentar sus derechos a la educación, a la recreación, a la salud y propiciar un mejoramiento en sus condiciones generales de vida.

Artículo 2°. Beneficiarios. Podrán acceder a los beneficios consagrados en esta ley los colombianos o extranjeros residentes en Colombia que hayan cumplido 65 años de edad. Para acreditar su condición de adulto mayor bastará con la presentación de la cédula de ciudadanía o el documento legal que acredite tal condición para los extranjeros.

CAPITULO I

Beneficios económicos

Artículo 3°. Descuentos en espectáculos. Las personas mayores de 65 años, gozarán de un descuento del 50 por ciento en la boletería para espectáculos públicos, culturales, deportivos, artísticos y recreacionales que se celebren en escenarios que pertenezcan a la Nación, a los Departamentos o a los municipios.

Podrá limitarse por parte de los empresarios de dichos espectáculos, el número de boletería con este beneficio siempre y cuando se garantice un mínimo del 10% de la boletería expedida para el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo.

Artículo 4°. Descuentos en instituciones educativas. Las personas mayores de 65 años, tendrán derecho a un descuento del 50% en el costo de la matrícula en instituciones oficiales de educación superior.

Artículo 5°. Cuotas moderadoras en el Sistema de Salud. Las personas mayores de 65 años, serán exoneradas del pago del 50% en las cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud cuando su ingreso base de cotización no supere los cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

CAPITULO II

Tarifa diferencial

Artículo 6°. Transporte público. Los Sistemas de servicio de transporte público masivo urbano de pasajeros, establecerán una tarifa diferencial para las personas mayores de 65 años, inferior a la tarifa ordinaria.

La tarifa diferencial con sus ajustes, deberá quedar prevista y regulada en los contratos de concesión que se celebren con las empresas operadoras del Sistema a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 7°. Operadores de Turismo. Las Entidades y Empresas que reciban recursos del Estado para desarrollar actividades de hotelería y turismo o que se beneficien de exenciones tributarias, deberán establecer con destino a las personas mayores de 65 años, tarifas diferenciales en sus servicios que ofrezcan descuentos.

El Ministerio de Comercio, Industria y Turismo reglamentará lo señalado en este artículo.

Artículo 8°. Sitios turísticos. Los sitios de interés turístico de acceso permitido al público que sean de propiedad del Estado, deberán establecer una tarifa diferencial que otorgue un descuento no menor del 50% sobre el valor de las tarifas de ingreso a ellos, para las personas mayores de 65 años.

CAPITULO III
Otros beneficios

Artículo 9°. Entrada gratuita. Los museos, monumentos nacionales y centros culturales, permitirán el ingreso gratuito a sus instalaciones a las personas mayores de 65 años.

Artículo 10. Ventanilla preferencial. Las entidades públicas que tengan servicio de atención al público, deberán establecer dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley, una ventanilla preferencial para la atención a las personas mayores de 65 años con el fin de facilitar y agilizar las gestiones que realicen.

Artículo 11. Asientos preferenciales. Las empresas de transporte público urbano, a las que se les permita el transporte de pasajeros de pie, deberán contar en cada una de sus unidades con asientos destinados para el uso de los adultos mayores, los cuales deben estar debidamente señalizados.

Las autoridades de transporte en cada municipio y distrito vigilarán el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo.

Artículo 12. Consultorios jurídicos. Los consultorios jurídicos de las Facultades de Derecho deberán dar prioridad a la atención de consultas y solicitudes efectuadas por personas mayores de 65 años.

Artículo 13. Consultas médicas. Las Empresas Promotoras de Salud deberán asignar los servicios de consulta externa médica, odontológica y por médico especialista a los afiliados mayores de 65 años dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud por parte de estos.

Artículo 15. La presente ley rige a partir de su promulgación.

CAMARA DE REPRESENTANTES
COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
SECRETARIA GENERAL

De conformidad con el artículo 8° del Acto Legislativo número 1 de 2003, en sesión del día **2 de noviembre de 2005 – Acta número 12 se anunció el Proyecto de ley número 031 de 2005 Cámara, por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores**, lo anterior consta en el Acta número 12 del 2 de noviembre de 2005, de la sesión ordinaria del primer período de la legislatura 2005-2006.

SUSTANCIACION
CAMARA DE REPRESENTANTES
COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
SECRETARIA GENERAL

9 de noviembre de 2005.

En la fecha se inició la discusión, aprobación y votación del Proyecto de ley número 031 de 2005 Cámara, **por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores**.

El Presidente solicita al Secretario dar lectura al informe con que termina la ponencia para primer debate. Luego **el Presidente somete a consideración y aprobación el informe de la ponencia afirmativa, siendo aprobada por unanimidad de los presentes (18 honorables Representantes)**.

Seguidamente, el Presidente somete a consideración y aprobación el articulado para primer debate del citado proyecto de ley, el cual fue aprobado con modificaciones por **unanimidad de los presentes (18 honorables Representantes)**.

Posteriormente se sometió a consideración el título del proyecto de ley el cual es **aprobado por unanimidad de los presentes (18 honorables Representantes)**.

Finalmente el Presidente preguntó a los miembros de la Comisión si quieren que este proyecto de ley tenga segundo debate, a lo que responden afirmativamente 18 honorables Representantes. Acto seguido **el Presidente designa como ponente para segundo debate a los honorables Representantes Araminta Moreno y Pompilio Avendaño Lopera**.

La relación completa de la aprobación en primer debate del Proyecto de ley número 031 de 2005 Cámara, por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores, consta en el Acta número 13 del 9 de noviembre de 2005 de la sesión ordinaria del primer período de la Legislatura 2004-2005.

El Presidente,

Miguel Angel Durán Gelvis.

El Vicepresidente,

Manuel de Jesús Berrío Torres.

El Secretario General,

Rigo Armando Rosero Alvear.

* * *

**PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO
DE LEY NUMERO 33 DE 2005 CAMARA**

por la cual se regula el derecho de negociación colectiva de los sindicatos de empleados públicos, en desarrollo del artículo 55 de la Constitución Política y de los Convenios de la OIT números 151 de 1978 y 154 de 1981, aprobados respectivamente por las Leyes 411 de 1997 y 524 de 1999.

Bogotá, D. C., abril 26 de 2006

Doctor

MIGUEL DURAN

Presidente Comisión Séptima Constitucional Permanente

Honorables Representantes a la Cámara

Ciudad

Señor Presidente y honorables Representantes:

Por designación de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la honorable Cámara de Representantes, nos ha correspondido rendir ponencia para el segundo debate al Proyecto de ley número 33 de 2005 Cámara, *por la cual se regula el derecho de negociación colectiva de los sindicatos de empleados públicos, en desarrollo del artículo 55 de la Constitución Política y de los Convenios de la OIT número 151 de 1978 y 154 de 1981*, aprobados respectivamente por las Leyes 411 de 1997 y 524 de 1999, a fin de que se proceda a dar el trámite que corresponda.

Atentamente,

María Isabel Urrutia O., Edgar Fandiño Cantillo,
Representantes a la Cámara.

**PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY
NUMERO 33 DE 2005 CAMARA**

por la cual se regula el derecho de negociación colectiva de los sindicatos de empleados públicos, en desarrollo del artículo 55 de la Constitución Política y de los Convenios de la OIT números 151 de 1978 y 154 de 1981, aprobados respectivamente por las Leyes 411 de 1997 y 524 de 1999.

Bogotá, D. C., abril 26 de 2006

Doctor

MIGUEL DURAN

Presidente Comisión Séptima Constitucional Permanente

Honorables Representantes a la Cámara

Ciudad

Señor Presidente y honorables Representantes:

Por disposición de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la honorable Cámara de Representantes, nos ha correspondido rendir ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 33 de 2005 Cámara, *por la cual se regula el derecho de negociación colectiva de los sindicatos de empleados públicos, en desarrollo del artículo 55 de la Constitución Política y de los Convenios de la OIT número 151 de*

1978 y 154 de 1981, aprobados respectivamente por las Leyes 411 de 1997 y 524 de 1999, labor que realizamos de la siguiente forma:

1. Trámite Legislativo

El presente proyecto, de autoría del honorable Representante a la Cámara Wilson Borja, fue radicado en la Secretaría General de la Corporación el día 27 de julio del año 2005; publicado en la *Gaceta* número 478 del mismo año; recibido en la Comisión Séptima Constitucional Permanente el día 10 de agosto del 2005, en donde se le asignó como ponentes a los honorables Representantes María Isabel Urrutia y Edgar Fandiño.

Por su parte, la ponencia para primer debate y el respectivo pliego de modificaciones, fue publicado en la *Gaceta* número 805 de 2005, la que fue discutida y aprobada en su integridad y sin modificaciones, por la Comisión Séptima Constitucional Permanente, en la sesión llevada a cabo el día 14 de diciembre del año 2005, en la que se aprobó además, darle segundo debate.

Finalmente, por disposición de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima, fueron designados como ponentes para segundo debate, los honorables Representantes María Isabel Urrutia Ocoró y Edgar Fandiño.

2. Objetivo del proyecto

El objetivo del presente proyecto es la expedición de normas que regulen el derecho de negociación colectiva de los sindicatos de empleados públicos, en desarrollo del artículo 55 constitucional y de los Convenios 151/78 y 154/81 de la OIT, aprobados por las Leyes números 411 de 1997 y 524 de 1999, respectivamente.

3. Fundamentos Constitucionales

El proyecto en estudio, halla respaldo constitucional, especialmente en el artículo 55 de la Carta Política, disposición en la que expresamente se consagró el derecho de negociación colectiva para regular las relaciones laborales.

De igual modo, el artículo 39 constitucional, expresa el derecho que asiste a trabajadores y empleados para constituir sindicatos y asociaciones, reconociendo también el fuero para los representantes sindicales y las demás garantías necesarias para el cumplimiento de su gestión, exceptuándose en todo caso, a los miembros de la fuerza pública, quienes no pueden constituir sindicatos.

Por su parte el inciso 4° del artículo 53 de la Constitución, expresamente dispone que “los convenios internacionales del trabajo debidamente ratificados, hacen parte de la legislación interna”. En tal sentido, conviene anotar que mediante la Ley 411 del 5 de noviembre de 1997, se aprobó el Convenio 151 de 1978 de la Organización Internacional del Trabajo, OIT, el que versa sobre la “Protección del Derecho de Sindicalización y los Procedimientos para determinar las Condiciones de Empleo en la Administración Pública”. Este Convenio y su ley aprobatoria, fueron declarados exequibles por la Corte Constitucional a través de la Sentencia C-377 del 27 de julio de 1998.

De igual modo, mediante la Ley 524 del 12 de agosto de 1999, el Congreso de la República aprobó el Convenio 154 de 1981, también de la Organización Internacional del Trabajo, OIT, pero relativo al “Fomento de la Negociación Colectiva”, habiéndose declarado su exequibilidad, lo mismo que la de la ley aprobatoria, a través de la Sentencia C-161 del 23 de febrero de 2000.

Finalmente, tanto el Presidente como el Ministro de Relaciones Exteriores, el día 21 de noviembre de 2000, otorgaron Plenos Poderes para que en nombre del Gobierno de la República de Colombia, se procediera a ratificar ante la Organización Internacional del Trabajo, OIT, los instrumentos internacionales antes referidos, la que quedó formalizada, registrada y depositada ante dicho organismo internacional, el día 8 de diciembre de 2000.

Como puede observarse, hay suficientes disposiciones constitucionales y convenios internacionales que le prestan apoyo y le dan respaldo al presente proyecto.

4. Contenido del proyecto

El proyecto consta de 9 artículos en los que se desarrollan las siguientes materias:

El artículo 1° contiene el objeto del proyecto, que como ya se afirmó, busca desarrollar los Acuerdos 151 y 154 de la Organización Internacional del Trabajo, OIT, en orden a regular el derecho de negociación colectiva de los sindicatos de empleados públicos.

El artículo 2° establece el campo de aplicación, mientras que en el 3° se consignan algunas definiciones que resultan fundamentales para el proyecto.

Por su parte, el artículo 4° establece los procedimientos, pasos y mecanismos que se han de agotar en el desarrollo y garantía del derecho que se regula mediante esta ley. En tal sentido, se aborda el ámbito de negociación, la forma de la negociación, la representación de las organizaciones sindicales de empleados públicos, el principio de buena fe, la iniciación de la negociación, oportunidad para la negociación, duración de la negociación, actas, mediador-conciliador, acta de acuerdo, la instrumentalización para el cumplimiento del acuerdo, desacuerdo y arbitramento. Se incluye en este artículo un párrafo en el que se contempla el sorteo para la designación de los árbitros, en el caso de que exista desacuerdo al respecto.

El artículo 5° regula lo relacionado con la negociación mixta, la que se da cuando se negocia con una agrupación sindical que simultáneamente tiene entre sus afiliados, tanto a empleados públicos como a trabajadores oficiales. Mientras tanto, el artículo 6° establece las garantías que han de otorgarse a los negociadores y el 7° consagra la obligatoriedad de la consulta a las organizaciones sindicales de empleados públicos, cuando las regulaciones de carácter general comportan incidencia sobre las condiciones de empleo.

Por su parte, el artículo 8° establece los criterios de interpretación a los que habrá que acudir en el presente caso, en los que prevalecen los principios constitucionales y los derivados de los acuerdos internacionales de la Organización Internacional del Trabajo.

Finalmente, en el artículo 9° se establece la vigencia y la derogatoria de las normas que le resulten contrarias.

5. Concepto Gubernamental

Tanto el Ministerio de la Protección Social, como el de Hacienda y Crédito Público, lo mismo que el Departamento Nacional de Planeación, conceptuaron sobre el presente proyecto y coinciden en mostrar su desacuerdo con el mismo, fundados específicamente en el hecho de que no hay norma constitucional que autorice la negociación colectiva para los empleados públicos, además del grave riesgo y perjuicio que irrogaría a la administración, otorgar estas prerrogativas para esta especie de servidores.

Para ello, comentan en extenso varias sentencias de la Corte Constitucional en las que se reitera tal imposibilidad.

Sin embargo, cabe precisar que los precedentes jurisprudenciales a los que acuden las agencias gubernamentales para sustentar su oposición, son anteriores a la Sentencia C-201 de 2002, en la que con ponencia del honorable Magistrado Jaime Araújo Rentería, claramente se expresa que “...**estando garantizado constitucionalmente el derecho de negociación colectiva para todas las relaciones laborales, incluidas las de los empleados públicos, y existiendo una amplia facultad de configuración normativa en esta materia por parte del legislador, este último podría en el futuro permitirle a dichos empleados presentar pliegos de condiciones**”. (Resaltado fuera de texto).

No obstante el concepto adverso del Gobierno respecto al presente proyecto, juzgamos los ponentes que no son suficientes tales argumentos para desvirtuar las ventajas y bondades que el mismo significa para los derechos de los empleados públicos, amparados expresamente en normas constitucionales y en convenios internacionales, además autorizados por la más reciente jurisprudencia constitucional en la materia.

6. Consideraciones

Tal como se afirmara en el texto de la ponencia para primer debate, el presente proyecto goza de un amplio respaldo constitucional y en estricto sentido, desarrolla dos Convenios de la Organización Internacional del Trabajo, los que fueron aprobados por sendas leyes emitidas por el Congreso de la República. Incluso en las discusiones de la Asamblea

Nacional Constituyente de 1991, a propósito de las consideraciones del artículo 55 constitucional, se decía con relación al tema de la negociación colectiva, que era un “Derecho y una práctica que **consideramos debe hacerse extensiva a todos los trabajadores, incluyendo a los demás empleados públicos**, por cuanto es muy negativo que a estos trabajadores se les siga dando un tratamiento de ciudadanos de segunda categoría en relación con algunos derechos laborales”. (Subrayas fuera de texto).

Ahora bien, aunque en reiterada jurisprudencia –Sentencias C-593 de 1993, C-110 de 1994, C-377 de 1998 y C-201 de 2002–, la Corte Constitucional ha encontrado ajustadas a la Constitución las normas legales que restringen el derecho de negociación colectiva para los sindicatos de empleados públicos (artículo 416 del C.S.T.), en el sentido de prohibirles presentar pliegos de condiciones y celebrar convenciones colectivas, también ha advertido de manera contundente el Máximo Tribunal Constitucional, “...que, **estando garantizado constitucionalmente el derecho de negociación colectiva para todas las relaciones laborales, incluidas las de los empleados públicos, y existiendo una amplia facultad de configuración normativa en esta materia por parte del legislador, este último podría en el futuro permitirle a dichos empleados presentar pliegos de condiciones**”¹. (Subrayas fuera de texto).

En armonía con lo anterior, ha de entenderse que ya estamos en el futuro al que se refiere la Corte Constitucional y por lo mismo, ha llegado el momento para que el Congreso de la República, en cumplimiento de sus funciones y obligaciones, y en especial, por esa amplia facultad de configuración normativa de que goza en esta materia, discuta y apruebe por fin la ley que permita a los empleados públicos, presentar sus respectivos pliegos de condiciones.

Además, cabe anotar que el presente proyecto de ley fue elaborado con base en los criterios y redacción contenidos en un proyecto de Decreto Reglamentario sobre el tema, trabajado por la Subcomisión de Concertación del Sector Público del Ministerio de la Protección Social, de la que hace parte el Ministerio de Hacienda y los Departamentos Administrativos de Planeación Nacional y de la Función Pública, con participación de las Federaciones Sindicales de Empleados Públicos, Fenaltrase, Utradec y Futec, siendo ejercida la Secretaría Técnica por un colaborador de la Organización Internacional del Trabajo, OIT. También tiene como precedente el Proyecto de ley número 042 de 2002 Cámara, el que fuera retirado precisamente con el propósito de incluir algunos ajustes derivados de las observaciones que formulara el señor Ministro de la Protección Social (E.).

De dicho proceso y con tales antecedentes, surge el presente proyecto, que como ya se ha reiterado, desarrolla el Derecho de Negociación Colectiva consagrado en el artículo 55 constitucional y los Convenios de la OIT números 151 de 1978, “Sobre los procedimientos para la determinación de las condiciones de empleo en la Administración Pública” y 154 de 1982 “Relativo al fomento de la negociación colectiva”.

Del mismo modo, cabe reiterar que las disposiciones legales aquí contenidas, sólo se aplicarán a los Empleados Públicos, es decir, aquellos servidores públicos que se vinculan al Estado mediante una relación legal y reglamentaria, a diferencia de los Trabajadores Oficiales, vinculados al servicio público mediante contrato que se rige por normas especiales y a quienes en materia de negociación colectiva, les son aplicables las normas del Código Sustantivo del Trabajo, en las mismas condiciones establecidas para los trabajadores del sector privado.

Sin embargo, se excluyen de su aplicación, los altos funcionarios o dignatarios; los de dirección, confianza y manejo; los de elección popular o designados por las Corporaciones Públicas de elección popular, y los miembros uniformados de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

El artículo 3° contiene una serie de definiciones de suma importancia para los propósitos de la presente ley, con un valor más operativo que ciertamente conceptual. A ello obedecen las definiciones de empleado público, organización de empleados públicos, condiciones de empleo y negociación colectiva. Tal como se expresa en la exposición de motivos, alcanza particular importancia el tema de la negociación colectiva, al tiempo que se advierte que es un concepto genérico y procedimental,

que funge como un mecanismo o medio, cuyo resultado, en el caso de la relación legal y reglamentaria de los empleados públicos, es el acuerdo colectivo, instrumentalizable por la autoridad según la distribución constitucional de competencias.

Conviene advertir, que no se utiliza la expresión convención o contrato colectivo, dado que esa es la especie resultante de la negociación colectiva pero en las relaciones laborales regidas por contratos de trabajo, es decir, en el caso de los trabajadores oficiales y los del sector privado, en los que su objeto es “fijar las condiciones que regirán los contratos de trabajo” (C.S.T. art. 467).

El procedimiento que ha de seguirse para la negociación colectiva de los empleados públicos con cualquiera autoridad u órgano del Estado, se desarrolla en los 12 numerales del artículo 4°, en los que se señala lo siguiente:

1. **El ámbito:** Cuya modalidad pueden ser general y nacional, sectorial o de rama, territorial y por organismo o entidad.

2. **La Forma:** Puede ser singular (una) o conjunta (varias) organizaciones sindicales de empleados públicos.

3. **La representación de las partes:** De acuerdo con el ámbito de la negociación.

4. **El principio de la buena fe:** Implica designar los negociadores con suficiente poder, representatividad y capacidad para contraer acuerdos; concurrir a las negociaciones; realizar las reuniones en la forma convenida; e intercambiar la información necesaria.

5. **Iniciación de la negociación:** Tendrá que darse inicio dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la presentación del escrito de condiciones colectivas.

6. **Oportunidad para la negociación:** Cuando medien reivindicaciones con contenido o incidencia económica, se deberán formular con cuatro (4) meses de anticipación al término legal de presentación del proyecto de presupuesto ante la respectiva Corporación de elección popular.

7. **Duración de la negociación:** Será de veinte (20) días hábiles prorrogables de mutuo acuerdo por un período igual.

8. **Actas:** Son los documentos que dan cuenta del desarrollo de la negociación y son básicamente las de iniciación o instalación, las de acuerdos parciales, las de fórmulas de los mediadores/conciliadores y el acta final de acuerdo o desacuerdo.

9. **Mediador/conciliador(es):** Son las personas que fungen como colaboradores para la búsqueda del acuerdo.

10. **Acta de acuerdo:** Es el documento que con detalle y precisión, contiene los términos del acuerdo logrado.

11. **Instrumentalización del acuerdo:** Consistente en su incorporación a una ley, decreto, acto, ordenanza o acuerdo según la distribución constitucional de competencias entre las autoridades. La instrumentalización procede por mandato constitucional y legal, dado que el acuerdo colectivo, no es ni puede ser suficiente en sí mismo, a diferencia del contrato o convención colectiva predicable del vínculo contractual de los trabajadores oficiales o particulares, que precisamente por ello, no necesita ser incorporado a ningún acto administrativo o legal.

12. **Desacuerdo:** Se presenta cuando la negociación no ha sido satisfactoria, quedando las partes habilitadas para acudir al arbitramento, sin perjuicio de la instrumentalización de acuerdos parciales y del derecho de huelga según fuere procedente, conforme a la Constitución y a las leyes.

Se propone la especial regulación del procedimiento de negociación colectiva de los sindicatos de empleados públicos, toda vez que no existen normas aplicables al caso en el derecho laboral colombiano, dado que siempre se ha negado ese derecho a los empleados públicos. Además, tal procedimiento es necesario a la luz de la vinculación legal y reglamentaria de estos servidores con la administración; de la condición

¹ Sentencia C-201 de 2002, Magistrado Ponente, doctor Jaime Araújo Rentería, páginas 31 y ss.

que tiene el Estado como sujeto negociador; del presupuesto como referente económico; y la necesidad constitucional de la instrumentalización del acuerdo colectivo. También son necesarias estas disposiciones, en razón a que la actual regulación arbitral es deficiente, poco creíble y en extremo dilatada o dilatada, siendo procedente alternativamente una normatividad ágil y confiable, tal cual está prevista en el Convenio 151 de la OIT (art. 8°).

La necesidad de esta regulación, corresponde igualmente al tratamiento especial dado por la propia OIT al adoptar un convenio específico, el 151, para ser aplicado a la administración pública y la remisión que se hace en el Convenio 154, general “sobre el fomento de la negociación colectiva”, a las “modalidades particulares” de la Negociación Colectiva en la Administración Pública (art. 1°). Al respecto, se cuentan experiencias positivas en varios países, tales como Argentina, Paraguay y España.

También prevé el proyecto situaciones de negociaciones mixtas, en donde concurren organizaciones sindicales que agrupan tanto a trabajadores oficiales como a empleados públicos, en donde sin perjuicio de las especificidades normativas aplicables a cada especie de servidores públicos, la clave está en adelantar la negociación de manera coordinada.

En cuanto a las garantías con que han de contar los negociadores, dispuestas en el artículo 6° del proyecto, es digno comentar que las mismas son básicamente las de permiso sindical remunerado y el fuero sindical, este último aplicable también a todos los empleados públicos afiliados al sindicato que esté adelantando la negociación, durante todo el proceso y hasta cuando se alcance una solución definitiva del mismo. Esto se conoce como fuero circunstancial, avalado no sólo por las sentencias de la Corte Constitucional referidas arriba, sino también por las normas constitucionales y los tratados internacionales que regulan la materia.

Se establece en el artículo 7° una consulta previa a los sindicatos de empleados públicos, cuando fruto de una negociación específica se establezcan regulaciones de carácter general que puedan tener algún tipo de implicación en las condiciones generales de empleo.

De otro lado, se contempla en el proyecto, el deber de ser interpretados sus contenidos conforme a los artículos constitucionales 25 (El trabajo como derecho fundamental), 39 (Libertad y fuero sindical); 53 (Contenidos mínimos y derechos fundamentales que ha de contener la legislación del trabajo) y 55 (Derecho y fomento por el Estado de la negociación colectiva, incluso para los empleados públicos), lo mismo que de acuerdo con los contenidos de los Convenios 151 y 154 de la Organización Internacional del Trabajo, OIT, desarrollados por esta ley.

Finalmente, se establece su vigencia, al tiempo que deroga precisas expresiones del Código Sustantivo del Trabajo, artículos 414-4, 415 y 416, en las que textualmente se dice que “los sindicatos de empleados públicos no pueden presentar pliegos de peticiones”.

Cabe anotar que este proyecto fue aprobado por la Cámara de Representantes en la Legislatura 2004-2005, pero no alcanzó hacer trámite en la Comisión Séptima del Senado por vencimiento de términos, circunstancia que debería facilitar su debate en esta ocasión.

Por lo brevemente expuesto y en armonía con ello, elevamos ante ustedes la siguiente...

Proposición

Proponemos a la Plenaria de la honorable Cámara de Representantes, aprobar en segundo debate el Proyecto de ley número 33 de 2005 Cámara, *por la cual se regula el derecho de negociación colectiva de los sindicatos de empleados públicos, en desarrollo del artículo 55 de la Constitución Política y de los Convenios de la OIT número 151 de 1978 y 154 de 1981*, aprobados respectivamente por las Leyes 411 de 1997 y 524 de 1999.

Atentamente,

María Isabel Urrutia O., Edgar Fandiño Cantillo,
Representantes a la Cámara.

TEXTO DEFINITIVO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 33 DE 2005 CAMARA

Aprobado en la Sesión del día 14 de diciembre de 2005 en la Comisión Séptima de la honorable Cámara de Representantes, por la cual se regula el derecho de negociación colectiva de los sindicatos de empleados públicos, en desarrollo del artículo 55 de la Constitución Política y de los Convenios de la OIT números 151 de 1978 y 154 de 1981,

aprobados respectivamente por las Leyes 411 de 1997 y 524 de 1999.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto, regular el derecho de negociación colectiva de los sindicatos de empleados públicos, en desarrollo del artículo 55 de la Constitución Política y de los Convenios de OIT números 151 de 1978 y 154 de 1981, aprobados por las Leyes 411 de 1997 y 524 de 1999, respectivamente.

Artículo 2°. *Campo de aplicación.* La presente ley se aplicará a todos los Empleados Públicos vinculados a la Administración mediante una relación legal y reglamentaria, en todas las Entidades y Organos de las Ramas del Poder Público, los Organismos de Control, las Entidades Territoriales, la Organización Electoral, los Organismos Autónomos e Independientes y las Entidades Descentralizadas Territorialmente y por Servicios.

Parágrafo. La presente ley no se aplicará a los trabajadores oficiales, ni a los servidores públicos de elección popular o designada por las Corporaciones Públicas de Elección Popular. Tampoco se aplicará a los miembros uniformados de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, ni a los funcionarios que por su alto nivel jerárquico ejerzan autoridad civil o política o ejecuten actividades de dirección, confianza y manejo.

Artículo 3°. *Definiciones.* Para los efectos de la presente ley, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

1. **Empleado Público:** Designa a toda persona a quien se le aplica esta ley.

2. **Organización de empleados públicos:** Designa a toda Organización titular del Derecho de Negociación Colectiva, cualquiera que sea su grado, y que tenga por objeto la defensa de los intereses de los empleados públicos a quienes se aplica esta ley.

3. **Condiciones de empleo:** Designa todos los aspectos de la Relación Laboral de los Empleados Públicos.

4. **Negociación colectiva:** Es un instrumento, procedimiento o mecanismo que comprende todas las negociaciones que tienen lugar entre un empleador estatal, un grupo de empleadores estatales o una organización o varias organizaciones de empleadores estatales, por una parte, y una organización o varias organizaciones de empleados públicos, por la otra, con el fin de fijar las condiciones de empleo, regular las relaciones entre empleadores y empleados y las relaciones entre empleadores y organizaciones de Empleados Públicos, cuyo resultado es el Acuerdo Colectivo que ha de ser instrumentalizado por la autoridad estatal, según la distribución constitucional de competencias.

Artículo 4°. *De la negociación para determinar las condiciones de empleo.* Para el desarrollo de la negociación colectiva a la que se refiere la presente ley, que se adelante entre el Estado y las organizaciones sindicales de empleados públicos, se tendrá en cuenta y procederá de la siguiente manera:

1. **Ambito de la negociación.** La Negociación Colectiva puede desarrollarse, a nivel general o nacional sobre aspectos comunes a todos los empleados públicos; sectoriales o de rama territorial; y, por organismo o entidad, que comprende aspectos específicos del sector, territorio u organismo.

2. **Forma de la negociación.** La Negociación Colectiva de los Empleados Públicos, podrá efectuarse de manera singular o conjunta, sea que concurra una o varias Organizaciones Sindicales en representación de los empleados públicos.

3. **Representación del Estado y de las organizaciones sindicales de empleados públicos.** Las Comisiones Negociadoras por parte del

Estado y de las Organizaciones Sindicales, estarán integradas de acuerdo al ámbito de la negociación, bajo el principio de representatividad, designadas autónomamente y conformadas por un número igual de negociadores y asesores por cada una de ellas.

4. **Principio de buena fe.** Las partes están obligadas a negociar de buena fe y en consecuencia deberán:

- a) Designar los negociadores, quienes se presumen investidos de poder y representatividad suficiente para negociar y suscribir el Acuerdo Colectivo;
- b) Concurrir a las negociaciones;
- c) Realizar las reuniones necesarias, en los lugares y con la frecuencia y periodicidad convenidas, e;
- d) Intercambiar la información necesaria para adelantar fundadamente el proceso de negociación.

5. **Iniciación de la negociación.** La negociación colectiva se inicia con la presentación del pliego de condiciones por parte de la organización u organizaciones de empleados públicos. El Estado designará su Comisión Negociadora, la comunicará a la organización sindical y se dará comienzo a la negociación dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la presentación del pliego de condiciones.

El servidor público encargado de la recepción del trámite formulado, que se niegue, dilate o eluda el inicio de la negociación, incurrirá en responsabilidad penal, disciplinaria y fiscal.

6. **Oportunidad para la negociación.** Cuando el pliego de condiciones contemple reivindicaciones de contenido o incidencia económica o presupuestal, se deberá formular con cuatro (4) meses de antelación al término legal de presentación del proyecto de presupuesto ante la respectiva Corporación Pública de elección popular.

7. **Duración de la negociación.** Instalada la negociación, esta se desarrollará durante un período de veinte (20) días hábiles, prorrogables de mutuo acuerdo por un período igual.

8. **Actas.** Deberán suscribirse cuando menos las siguientes actas:

- a) *Acta de iniciación de la negociación:* Contendrá los nombres de las respectivas comisiones negociadoras, la fecha de iniciación de la negociación, sitio, días y horas de sesiones;
- b) Actas en las que consten los acuerdos parciales;
- c) Actas en las que se consignent las fórmulas de los mediadores o conciliadores, y
- d) Acta de finalización en la que se consigne el acuerdo final, o los puntos parciales de acuerdo y desacuerdo.

9. **Mediador o conciliador.** Durante el proceso de negociación colectiva, las partes de común acuerdo podrán designar una o varias personas que cumplan funciones de mediación o de conciliación, en la búsqueda del acuerdo.

10. **Acta de acuerdo.** Todo Acuerdo de negociación colectiva se rige por el principio de continuidad y por tanto, sólo podrá ser modificado mediante otro Acuerdo Colectivo. Cuando la negociación concluya con acuerdo, las partes suscribirán un acta que contendrá lo siguiente:

- a) Lugar y fecha de celebración;
- b) Las partes y sus representantes;
- c) Los acuerdos;
- d) El ámbito de su aplicación;
- e) El valor de la cuota por beneficio derivado del Acuerdo para los Empleados no sindicalizados, equivalente a la de los empleados sindicalizados;
- f) El término de su vigencia;
- g) La forma de cumplimiento y observancia mientras se produce su instrumentalización;
- h) La forma y medios para su instrumentalización, y
- i) La integración y funcionamiento del Comité de cumplimiento y de Instrumentalización del Acuerdo.

11. **Instrumentalización para el cumplimiento del acuerdo.** El Acta de Acuerdo Colectivo será depositada en el Ministerio de la Protección Social, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su celebración, para los efectos y pronunciamientos legales a que haya lugar.

La Administración quedará comprometida y obligada en su cumplimiento y observancia, sin perjuicio de su instrumentalización, conforme a las competencias legales y constitucionales.

Para la instrumentalización del Acuerdo, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, la entidad pública involucrada expedirá los decretos, directivas, circulares y actos administrativos pertinentes o presentará los respectivos proyectos ante las Corporaciones Públicas de elección popular que corresponda. En general, realizará las gestiones necesarias encaminadas al cumplimiento integral, según el contenido y los términos de lo acordado y el principio de la Buena Fe, sin perjuicio de acciones legales de que sean titulares los empleados públicos.

12. **Desacuerdo y arbitramento.** Cuando no hubiere acuerdo total, sin perjuicio del cumplimiento de lo parcialmente acordado y del ejercicio del derecho de huelga según conforme a la Constitución y la ley, las partes para la solución del conflicto colectivo de trabajo, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la terminación de la negociación, designarán de consenso, previa consulta de su aceptación, uno o sendos árbitros, quienes se posesionarán ante la autoridad competente dentro de los dos (2) días hábiles siguientes y procederán, previa consulta de su aceptación, al nombramiento de un tercer árbitro, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes.

Los árbitros, previa audiencia de las partes y de expertos, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes, proferirán el Laudo Arbitral, cuyo cumplimiento será obligatorio como Acuerdo Colectivo para su instrumentalización, de conformidad con las competencias constitucionales.

Parágrafo. En caso de que los árbitros designados por las partes no convinieren el tercer árbitro, la designación se hará el día hábil siguiente mediante sorteo de los nombres postulados, previa consulta de su aceptación, hasta en número de tres (3) por cada una de las partes.

Artículo 5°. *Negociación mixta.* Cuando la Negociación Colectiva sea promovida por una organización sindical de carácter mixto, por agrupar empleados públicos y trabajadores oficiales, esta se adelantará coordinadamente, de acuerdo al procedimiento legal previsto en el código sustantivo del trabajo para los trabajadores oficiales y de acuerdo a esta ley para los empleados públicos.

Artículo 6°. *Garantías durante la negociación colectiva.* Los Negociadores Sindicales, desde el inicio de la negociación y hasta la solución del conflicto, gozarán de permiso sindical remunerado y de fuero sindical.

Los empleados públicos afiliados a sindicato o sindicatos que sean parte de una negociación colectiva, estarán protegidos por la garantía del fuero sindical circunstancial, durante el proceso de negociación y hasta la solución definitiva del mismo.

Artículo 7°. *De la consulta.* Las regulaciones de carácter general, que incidan sobre las condiciones de empleo, deberán ser materia de consulta previa con las organizaciones sindicales de empleados públicos.

Artículo 8°. *Interpretación.* La interpretación de la presente ley deberá hacerse prevalentemente con base en los artículos 25, 39, 53 y 55 de la Constitución Política y en los Convenios de la OIT 151 de 1978 y 154 de 1981, la Constitución de la OIT y los pronunciamientos de su comité de libertad sindical y comisión de expertos.

Artículo 9°. *Vigencia y derogatorias.* La presente ley rige a partir de su sanción y publicación, y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial, del Código Sustantivo del Trabajo, el numeral 4 del artículo 414, el artículo 415 y del 416 la expresión “los sindicatos de empleados públicos no pueden presentar pliegos de peticiones”.

María Isabel Urrutia O., Edgar Fandiño Cantillo,
Representantes a la Cámara.

**TEXTO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 33
DE 2005 CAMARA**

Aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional de la Cámara de Representantes en sesión del día 14 de diciembre de 2005, por la cual se regula el derecho de negociación colectiva de los sindicatos de empleados públicos, en desarrollo del artículo 55 de la Constitución Política y de los Convenios de OIT números 151 de 1978 y 154 de 1981, aprobados respectivamente por las Leyes 411 de 1997 y 524 de 1999.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto, regular el derecho de negociación colectiva de los sindicatos de empleados públicos, en desarrollo del artículo 55 de la Constitución Política y de los Convenios de OIT números 151 de 1978 y 154 de 1981, aprobados por las Leyes 411 de 1997 y 524 de 1999, respectivamente.

Artículo 2°. *Campo de aplicación.* La presente ley se aplicará a todos los empleados públicos vinculados a la Administración mediante una relación legal y reglamentaria, en todas las entidades y órganos de las Ramas del Poder Público, los Organismos de Control, las Entidades Territoriales, la Organización Electoral, los Organismos Autónomos e Independientes y las Entidades Descentralizadas Territorialmente y por Servicios.

Parágrafo. La presente ley no se aplicará a los trabajadores oficiales, ni a los servidores públicos de elección popular o designados por las Corporaciones Públicas de elección popular. Tampoco se aplicará a los miembros uniformados de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, ni a los funcionarios que por su alto nivel jerárquico ejerzan autoridad civil o política o ejecuten actividades de dirección, confianza y manejo.

Artículo 3°. *Definiciones.* Para los efectos de la presente ley, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

1. **Empleado Público:** Designa a toda persona a quien se le aplica esta ley.

2. **Organización de empleados públicos:** Designa a toda organización titular del Derecho de Negociación Colectiva, cualquiera que sea su grado, y que tenga por objeto la defensa de los intereses de los empleados públicos a quienes se aplica esta ley.

3. **Condiciones de empleo:** Designa todos los aspectos de la relación laboral de los Empleados Públicos.

4. **Negociación colectiva:** Es un instrumento, procedimiento o mecanismo que comprende todas las negociaciones que tienen lugar entre un empleador estatal, un grupo de empleadores estatales o una organización o varias organizaciones de empleadores estatales, por una parte, y una organización o varias organizaciones de empleados públicos, por la otra, con el fin de fijar las condiciones de empleo, regular las relaciones entre empleadores y empleados y las relaciones entre empleadores y organizaciones de Empleados Públicos, cuyo resultado es el Acuerdo Colectivo que ha de ser instrumentalizado por la autoridad estatal, según la distribución constitucional de competencias.

Artículo 4°. *De la negociación para determinar las condiciones de empleo.* Para el desarrollo de la negociación colectiva a la que se refiere la presente ley, que se adelante entre el Estado y las organizaciones sindicales de empleados públicos, se tendrá en cuenta y procederá de la siguiente manera:

1. **Ambito de la negociación.** La Negociación Colectiva puede desarrollarse, a nivel general o nacional sobre aspectos comunes a todos los empleados públicos; sectoriales o de rama territorial; y, por organismo o entidad, que comprende aspectos específicos del sector, territorio u organismo.

2. **Forma de la negociación.** La Negociación Colectiva de los Empleados Públicos, podrá efectuarse de manera singular o conjunta, sea que concurra una o varias organizaciones sindicales en representación de los empleados públicos.

3. **Representación del Estado y de las organizaciones sindicales de empleados públicos.** Las Comisiones Negociadoras por parte del Estado y de las Organizaciones Sindicales, estarán integradas de acuer-

do al ámbito de la negociación, bajo el principio de representatividad, designadas autónomamente y conformadas por un número igual de negociadores y asesores por cada una de ellas.

4. **Principio de buena fe.** Las partes están obligadas a negociar de buena fe y en consecuencia deberán:

a) Designar los negociadores, quienes se presumen investidos de poder y representatividad suficiente para negociar y suscribir el Acuerdo Colectivo;

b) Concurrir a las negociaciones;

c) Realizar las reuniones necesarias, en los lugares y con la frecuencia y periodicidad convenidas, e

d) Intercambiar la información necesaria para adelantar fundamentamente el proceso de negociación.

5. **Iniciación de la negociación.** La negociación colectiva se inicia con la presentación del pliego de condiciones por parte de la organización u organizaciones de empleados públicos. El Estado designará su Comisión Negociadora, la comunicará a la organización sindical y se dará comienzo a la negociación dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la presentación del pliego de condiciones.

El servidor público encargado de la recepción del trámite formulado, que se niegue, dilate o eluda el inicio de la negociación, incurrirá en responsabilidad penal, disciplinaria y fiscal.

6. **Oportunidad para la negociación.** Cuando el pliego de condiciones contemple reivindicaciones de contenido o incidencia económica o presupuestal, se deberá formular con cuatro (4) meses de antelación al término legal de presentación del proyecto de presupuesto ante la respectiva Corporación Pública de elección popular.

7. **Duración de la negociación.** Instalada la negociación, esta se desarrollará durante un período de veinte (20) días hábiles, prorrogables de mutuo acuerdo por un período igual.

8. **Actas.** Deberán suscribirse cuando menos las siguientes actas:

a) Acta de iniciación de la negociación. Contendrá los nombres de las respectivas comisiones negociadoras, la fecha de iniciación de la negociación, sitio, días y horas de sesiones;

b) Actas en las que consten los acuerdos parciales;

c) Actas en las que se consignen las fórmulas de los mediadores o conciliadores, y

d) Acta de finalización en la que se consigne el acuerdo final, o los puntos parciales de acuerdo y desacuerdo.

9. **Mediador o conciliador.** Durante el proceso de negociación colectiva, las partes de común acuerdo podrán designar una o varias personas que cumplan funciones de mediación o de conciliación, en la búsqueda del acuerdo.

10. **Acta de acuerdo.** Todo Acuerdo de negociación colectiva se rige por el principio de continuidad y por tanto, sólo podrá ser modificado mediante otro Acuerdo Colectivo. Cuando la negociación concluya con acuerdo, las partes suscribirán un acta que contendrá lo siguiente:

a) Lugar y fecha de celebración;

b) Las partes y sus representantes;

c) Los acuerdos;

d) El ámbito de su aplicación;

e) El valor de la cuota por beneficio derivado del Acuerdo para los Empleados no sindicalizados, equivalente a la de los empleados sindicalizados;

f) El término de su vigencia;

g) La forma de cumplimiento y observancia mientras se produce su instrumentalización;

h) La forma y medios para su instrumentalización, y

i) La integración y funcionamiento del Comité de cumplimiento y de Instrumentalización del Acuerdo.

11. Instrumentalización para el cumplimiento del acuerdo. El Acta de Acuerdo Colectivo será depositada en el Ministerio de la Protección Social, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su celebración, para los efectos y pronunciamientos legales a que haya lugar.

La Administración quedará comprometida y obligada en su cumplimiento y observancia, sin perjuicio de su instrumentalización, conforme a las competencias legales y constitucionales.

Para la instrumentalización del Acuerdo, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, la entidad pública involucrada expedirá los decretos, directivas, circulares y actos administrativos pertinentes o presentará los respectivos proyectos ante las Corporaciones Públicas de elección popular que corresponda. En general, realizará las gestiones necesarias encaminadas al cumplimiento integral, según el contenido y los términos de lo acordado y el principio de la Buena Fe, sin perjuicio de acciones legales de que sean titulares los empleados públicos.

12. Desacuerdo y arbitramento. Cuando no hubiere acuerdo total, sin perjuicio del cumplimiento de lo parcialmente acordado y del ejercicio del derecho de huelga según conforme a la Constitución y la ley, las partes para la solución del conflicto colectivo de trabajo, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la terminación de la negociación, designarán de consenso, previa consulta de su aceptación, uno o sendos árbitros, quienes se posesionarán ante la autoridad competente dentro de los dos (2) días hábiles siguientes y procederán, previa consulta de su aceptación, al nombramiento de un tercer árbitro, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes.

Los árbitros, previa audiencia de las partes y de expertos, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes, proferirán el Laudo Arbitral, cuyo cumplimiento será obligatorio como Acuerdo Colectivo para su instrumentalización, de conformidad con las competencias constitucionales.

Parágrafo. En caso de que los árbitros designados por las partes no convinieren el tercer árbitro, la designación se hará el día hábil siguiente mediante sorteo de los nombres postulados, previa consulta de su aceptación, hasta en número de tres (3) por cada una de las partes.

Artículo 5°. *Negociación mixta.* Cuando la Negociación Colectiva sea promovida por una organización sindical de carácter mixto, por agrupar empleados públicos y trabajadores oficiales, esta se adelantará coordinadamente, de acuerdo al procedimiento legal previsto en el Código Sustantivo del Trabajo para los trabajadores oficiales y de acuerdo a esta ley para los empleados públicos.

Artículo 6°. *Garantías durante la negociación colectiva.* Los Negociadores Sindicales, desde el inicio de la negociación y hasta la solución del conflicto, gozarán de permiso sindical remunerado y de fuero sindical.

Los empleados públicos afiliados a sindicato o sindicatos que sean parte de una negociación colectiva, estarán protegidos por la garantía del fuero sindical circunstancial, durante el proceso de negociación y hasta la solución definitiva del mismo.

Artículo 7°. *De la consulta.* Las regulaciones de carácter general, que incidan sobre las condiciones de empleo, deberán ser materia de consulta previa con las organizaciones sindicales de empleados públicos.

Artículo 8°. *Interpretación.* La interpretación de la presente ley deberá hacerse prevalentemente con base en los artículos 25, 39, 53 y 55 de la Constitución Política y en los Convenios de la OIT 151 de 1978 y 154 de 1981, la Constitución de la OIT y los pronunciamientos de su Comité de Libertad Sindical y Comisión de Expertos.

Artículo 9°. *Vigencia y derogatorias.* La presente ley rige a partir de su sanción y publicación, y deroga en lo pertinente las disposiciones que le sean contrarias y singularmente del Código Sustantivo del Trabajo: El numeral 4 del artículo 414, el artículo 415 y del 416 la expresión “los sindicatos de empleados públicos no pueden presentar pliegos de peticiones”.

**CAMARA DE REPRESENTANTES
COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
SECRETARIA GENERAL**

De conformidad con el artículo 8° del Acto Legislativo número 1 de 2003, en sesión del día **16 de noviembre de 2005 se anunció** el Proyecto de ley número 33 de 2005 Cámara, **por la cual se regula el derecho de negociación colectiva de los sindicatos de empleados públicos, en desarrollo del artículo 55 de la Constitución Política y de los Convenios de OIT números 151 de 1978 y 154 de 1981**, aprobados respectivamente por las Leyes 411 de 1997 y 524 de 1999. Lo anterior consta en el – *Acta número 14* del 16 de noviembre de 2005, de la sesión ordinaria del primer período de la Legislatura 2005-2006.

**SUSTANCIACION
CAMARA DE REPRESENTANTES
COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
SECRETARIA GENERAL**

14 de diciembre de 2005

En la fecha se inició la discusión, aprobación y votación del Proyecto de ley número 33 de 2005, por la cual se regula el derecho de negociación colectiva de los sindicatos de empleados públicos, en desarrollo del artículo 55 de la Constitución Política y de los Convenios de OIT números 151 de 1978 y 154 de 1981, aprobados respectivamente por las Leyes 411 de 1997 y 524 de 1999.

El Presidente solicita al Secretario dar lectura al informe con que termina la ponencia para primer debate. Luego el **Presidente somete a consideración y aprobación el informe de la ponencia afirmativa, siendo aprobada por mayoría de los presentes (8 honorables Representantes)** y tres votos negativos de los Representantes Carlos Ignacio Cuervo Valencia y Miguel Jesús Arenas Prada, José Gonzalo Gutiérrez.

Seguidamente, el Presidente somete a consideración y aprobación el articulado para primer debate del citado proyecto de ley, el cual fue aprobado sin modificaciones **por mayoría de los presentes (8 honorables Representantes)** y tres votos negativos de los Representantes Carlos Ignacio Cuervo Valencia y Miguel Jesús Arenas Prada, José Gonzalo Gutiérrez.

Posteriormente se sometió a consideración el título del proyecto de ley el cual **es aprobado por mayoría de los presentes (8 honorables Representantes)** y tres votos negativos de los Representantes Carlos Ignacio Cuervo Valencia y Miguel Jesús Arenas Prada, José Gonzalo Gutiérrez.

Finalmente el Presidente preguntó a los miembros de la Comisión si quieren que este proyecto de ley tenga segundo debate, a lo que responden afirmativamente la mayoría de los representantes de la Comisión. **(8 honorables Representantes). Acto seguido el presidente nombra como ponente para segundo debate al honorable Representante...**

La relación completa de la aprobación en primer debate del Proyecto de ley número 33 de 2005 Cámara, **por la cual se regula el derecho de negociación colectiva de los sindicatos de empleados públicos, en desarrollo del artículo 55 de la Constitución Política y de los Convenios de OIT números 151 de 1978 y 154 de 1981**, aprobados respectivamente por las Leyes 411 de 1997 y 524 de 1999. Consta en el Acta número 17 del 14 de diciembre de 2005 de la sesión ordinaria del primer período de la Legislatura 2005-2006.

El Presidente,

Miguel Angel Durán Gelvis.

El Vicepresidente,

Manuel de Jesús Berrío Torres.

El Secretario General,

Rigo Armando Rosero Alvear.

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 034 DE 2005 SENADO, 207 DE 2005 CAMARA

por la cual se desarrolla el artículo 227 de la Constitución Política en relación con la elección directa de Parlamentarios Andinos.

Bogotá, D. C., 18 de abril de 2006

Honorable Representante

JULIO E. GALLARDO ARCHBOLD

Presidente

Cámara de Representantes

Ciudad

Respetado Presidente:

En cumplimiento de la honrosa designación, encomendada por la Mesa Directiva de la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, de manera atenta rendimos ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 034 de 2005 Senado, 207 de 2005 Cámara, *por la cual se desarrolla el artículo 227 de la Constitución Política en relación con la elección directa de Parlamentarios Andinos.*

1. Antecedentes históricos y normativos

El proyecto de ley fue presentado por los honorables Senadores Samuel Moreno Rojas y Alfonso Angarita Baracaldo y los honorables Representantes Luis Fernando Duque, Jaime Darío Ezpeleta y Tania Alvarez Hoyos.

La iniciativa constituye un paso más en el proceso de integración de los países andinos. Los esfuerzos que hasta la fecha se han hecho en el orden económico y legislativo se deben complementar de manera decisiva en el campo político lo cual se alcanza, sin duda, al establecerse la elección directa de los representantes al Parlamento Andino como lo prevén la Constitución Política Colombiana y los Tratados Internacionales aprobados por nuestro país.

En la exposición de motivos, los autores precisan atinadamente la importancia del contexto internacional y los antecedentes constitucionales: “Con el avance y consolidación de los procesos de integración en el Hemisferio –los cuales se han convertido en un imperativo de acción para los Países de la Región– la Comunidad Andina, lejos de ser ajena a esta dinámica, está actuando concientemente de las oportunidades y de los retos que implica la creciente globalización de los fenómenos económicos, comerciales, políticos, sociales y culturales.

Los Constituyentes de 1991 vislumbraron la necesidad de una integración regional y/o subregional basada en una agenda amplia y por eso consignaron en el artículo 227 de la nueva Carta Política que “*El Estado promoverá la integración económica, social y política con las demás Naciones y especialmente, con los Países de América Latina y del Caribe mediante la celebración de Tratados que sobre bases de equidad, igualdad y reciprocidad creen organismos supranacionales, inclusive para formar una Comunidad Latinoamericana de Naciones. La ley podrá establecer elecciones directas para la constitución del Parlamento Andino y del Parlamento Latinoamericano*”.

Este artículo está íntimamente relacionado con el artículo 9° de la misma Constitución Nacional, el cual dispone de igual manera, que “la política exterior de Colombia se orientará hacia la integración Latinoamericana y del Caribe”.

A nivel internacional –con la creación de la Comunidad Andina y del Sistema Andino de Integración (SAI) en 1996, y a través de la ratificación del Protocolo de Trujillo (Ley 323 de 1996)–, los Países Andinos imprimieron un nuevo dinamismo al proceso, al institucionalizar todos los órganos y entidades comunitarias para alcanzar una mayor coherencia, integridad y eficiencia en la consecución de los objetivos de integración, fortalecidos por la voluntad política del Consejo Presidencial y por la labor de seguimiento del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores. Fue entonces cuando se redefinió una nueva estrategia para avanzar firmemente, con base en las experiencias y logros adquiridos durante casi 28 años de trabajo, y teniendo como meta la consolidación de la democracia, el mercado común y el desarrollo social en la subregión.

En ese entonces, los Países Miembros de la Comunidad Andina reafirmaron su compromiso con la integración y expresaron su voluntad política de unidad sobre el presupuesto de la preservación de la paz, la plena convivencia y la consolidación efectiva de la democracia en la subregión, significando con ello la importancia de las más variadas expresiones de la sociedad en el desarrollo del proyecto de integración.

La creación y desarrollo del Parlamento Andino tiene claro fundamento en la Constitución Política y en el Protocolo de Trujillo aprobado mediante la Ley 323 de 1996. El artículo 7° transitorio de este último instrumento establece incluso un párrafo transitorio que consagra un plazo máximo de cinco años para las elecciones por sufragio universal y directo. A su vez, un protocolo adicional suscrito en Sucre el veintitrés de abril de 1997 establece procedimientos electorales específicos para la elección. Si bien este último Protocolo no ha sido ratificado, la ponente estima que existen los fundamentos constitucionales y legales para desarrollar instituciones ya vigentes en el ordenamiento interno e internacional. Luego de múltiples comunicaciones solicitadas al Ministerio de Relaciones Exteriores, la Oficina Jurídica ha señalado que adelantan las consultas necesarias con diferentes entidades nacionales para precisar la viabilidad de la ratificación.

En comunicación del 10 de junio de 2003, por Memorando OAJ. CAT. Número 21455 del doctor Héctor Adolfo Cintura Varela, Jefe de la Oficina Jurídica del Ministerio de Relaciones Exteriores, dirigido a la doctora Paola Vergara, Asesora de Asuntos con el Congreso, manifiesta: “Esta Oficina considera que, como lo expresa la exposición de motivos, este proyecto da cumplimiento al Protocolo de Trujillo en sus artículos 42 y 7° transitorio arriba citados, y está en consonancia con el artículo 227 de la Constitución”.

2. Importancia del Parlamento Andino

Ante la necesidad de participar de manera protagónica en el proceso de integración el Organismo Deliberante de la Comunidad Andina durante los últimos veintiséis (26) años ha trabajado de manera activa en la promoción y orientación de la integración, la democracia, el pleno imperio de la libertad y la justicia social, el desarrollo de la Comunidad Latinoamericana, el afianzamiento de la paz y la justicia internacional. En este sentido, el Parlamento Andino:

- Participa en la promoción y orientación del proceso de integración.
- Examina la marcha del proceso de la integración subregional andina y el cumplimiento de sus objetivos.
- Participa en la generación normativa del proceso mediante sugerencias de proyectos de normas sobre temas de interés común, para su incorporación en el ordenamiento jurídico de la Comunidad Andina.
- Promueve la armonización de las legislaciones de los Países Miembros, y
- Promueve relaciones de cooperación y coordinación con los Parlamentos de los Países Miembros y de terceros países y con los órganos parlamentarios de integración o cooperación de terceros países.

El trabajo parlamentario se realiza en sesiones plenarias de la Asamblea General, órgano máximo de conducción y decisión del Parlamento Andino, que está constituido por los 25 parlamentarios Representantes de los 5 Países Miembros y tiene la competencia de conocer y decidir en todos los aspectos vinculados al cumplimiento de los objetivos y al ejercicio de las atribuciones consagradas en el Acuerdo de Cartagena.

El Parlamento Andino se expresa mediante Decisiones, Declaraciones y Recomendaciones, en este sentido, se han emitido más de 120 Decisiones, la mayoría de ellas vinculadas a la marcha del proceso de integración y algunas de carácter administrativo. Asimismo, ha dictado diversas declaraciones referidas a temas políticos en los Países Miembros; al rechazo contra la violencia y del terrorismo en la Subregión Andina; y a posiciones políticas frente a temas específicos relacionados con el proceso de integración. También ha emitido más de 120 Recomendaciones exhortando a los Gobiernos de los Países Miembros o a los órganos del Sistema Andino de Integración para que adelanten o

instrumenten alguna acción en beneficio de los pobladores andino y del propio proceso.

Es importante señalar que los Parlamentarios Andinos, en función de las tareas que deben desarrollar en cada una de las Comisiones a las que pertenecen, mantienen la continuidad de sus labores en coordinación con sus Presidentes y la Mesa Directiva. En los casos necesarios, convocan a Sesiones Especiales en uno de los Países Miembros. Asimismo, llevan a cabo labores de orientación y promoción del proceso de Integración Subregional Andino, promoviendo reuniones, encuentros con representantes de la sociedad civil, gremiales, y del sector público (generalmente a nivel viceministerial), en el marco de lo que se ha denominado como el Observatorio de Seguimiento al Proceso Andino de Integración.

El trabajo del Parlamento Andino se ha visto reflejado en importantes aportes al proceso de integración desde el punto de vista social y político, por esta razón encontramos entre sus principales logros los siguientes:

- **LA CARTA SOCIAL ANDINA.** El Parlamento Andino en su XV Período Ordinario de Sesiones, considerando el preocupante aumento de los niveles de pobreza, miseria e inestabilidad social en la Subregión, promovió las actividades correspondientes que permitieron llegar a la adopción por parte del Consejo Presidencial Andino de la Carta Social Andina. Para esto el Parlamento Andino partió de la realización de una Cumbre Social Andina efectuada en el año 1994, y en la cual se consideraron e incluyeron posteriormente los siguientes temas:

- a) Democracia y Derechos Humanos;
- b) Integración Social y Erradicación de la Pobreza;
- c) Defensa de los Derechos de la Mujer, Infancia y Familia;
- d) Poblaciones Indígenas, Juventud, Niñez, Adolescencia, Tercera Edad, Pueblos Negros y Afroamericanos;
- e) Salud y Nutrición;
- f) Vivienda y Medio Ambiente;
- g) Educación, Ciencia, Cultura y Deportes, y
- h) Trabajo, Economía Solidaria y Seguridad Social.

Gracias a este trabajo y el constante esfuerzo del Parlamento Andino por hacer primar en el proceso de integración los temas sociales, actualmente la Comunidad Andina tiene una Agenda Social Comunitaria, la cual, contribuyó al diseño y ejecución del **PLAN INTEGRADO DE DESARROLLO SOCIAL, PIDS.**

- **EL OBSERVATORIO ANDINO DE LA INTEGRACION.** A través de este mecanismo el Parlamento Andino ha examinado la marcha del proceso, permitiéndole generar iniciativas ante los Organos e Instituciones del Sistema Andino de Integración SAI. La institucionalidad parlamentaria se basa sobre dos ejes fundamentales por medio de los cuales se realiza la producción legislativa y se ejecuta el control político y, por lo tanto, el Parlamento Andino, por ser un ente de carácter supranacional se enfoca con un especial interés en todos los mecanismos que le permitan realizar un adecuado control político.

Dichas reuniones se llevan a cabo a través de una convocatoria realizada a los Viceministros de cada una de las carteras de gobierno presentes en cada ejecutivo nacional y que han sido encargados por el Ejecutivo andino, a través del Consejo Presidencial, para desarrollar alguna labor específica.

- **LAS ASAMBLEAS REGIONALES FRONTERIZAS.** Estas Asambleas consisten en una reunión, en la cual participan las Autoridades Nacionales y Locales, así como actores que se identifican con la problemática existente en la frontera, con el fin de analizar la problemática y darle una solución. El 13, 14 y 15 de agosto de 2003 se realizó la primera Asamblea Fronteriza Colombo-Ecuatoriana, cuyos temas principales fueron: transporte terrestre internacional de carga y pasajeros, medio ambiente y seguridad fronteriza entre otros.

En desarrollo de esta iniciativa que se viene gestando desde hace 2 años, la II Asamblea Fronteriza Andina se llevará a cabo durante el mes de septiembre del año en curso en la frontera Colombo-Venezolana, en su principal eje limítrofe Norte de Santander-Estado Táchira, debido

principalmente a la reciente consolidación en dicha área de la Zona de Integración Fronteriza, compuesta por 27 municipios del lado y lado.

Este encuentro se realizará con el objeto de analizar la situación socio-económica y de seguridad en dicha frontera, así como los instrumentos comunitarios, nacionales y binacionales que se encuentran presentes en las agendas institucionales y sus correspondientes resultados. De esta manera, se pretende realizar un seguimiento a los planes existentes en el área de frontera en aras de desarrollar una evaluación de la eficacia de estos. Para esto el trabajo se desarrollará teniendo en cuenta los siguientes puntos:

Desarrollo e Integración Fronteriza

a) Políticas Nacionales Fronterizas: Seguimiento a los lineamientos nacionales fronterizos en el marco de la relación bilateral;

b) Zonas de Integración Fronteriza: Evaluación del instrumento andino para la política de Desarrollo Fronterizo con el objeto de determinar avances y obstáculos en la región Colombo-Venezolana.

Desarrollo Socio-Económico Fronterizo.

a) **AMBITO ECONOMICO Y COMERCIAL DE LA PEQUEÑA Y MEDIANA EMPRESA EN FRONTERA:** Establecer los programas de apoyo existente a nivel local, nacional, binacional y regional a este tipo de empresas con el objeto de elevar su competitividad en el mercado y fortalecer su papel como inclusor social;

b) **AMBITO SOCIAL:** Identificar los planes existentes a nivel social diseñados para áreas fronterizas con el fin de involucrarlos como ejes transversales en el desarrollo integral de dichas zonas al interior de la Comunidad Andina, de los gobiernos nacionales y locales.

Seguridad regional y fronteriza

a) Problemática de seguridad: Narcotráfico, Terrorismo y Contrabando;

b) Políticas andinas de seguridad regional y fronteriza: Normatividad Andina y mecanismos propuestos;

c) Visión Parlamentaria de la seguridad fronteriza: Leyes nacionales existentes en materia de seguridad fronteriza.

Migración y Desplazamiento Forzado

a) Situación de migración en frontera: Análisis de estadísticas en aras de determinar el comportamiento de este fenómeno en los últimos dos años en la frontera Colombo-Venezolana;

b) Políticas Nacionales y Binacionales frente a la Migración: Instrumentos existentes a nivel nacional y binacional ¡Avances, Desafíos y Aplicabilidad!;

c) Mecanismos Andinos: Análisis de la normatividad comunitaria a la luz de los instrumentos nacionales y binacionales frente al tema.

- **LA PARTICIPACION EN LA FORMULACION Y SEGUIMIENTO A LA CARTA ANDINA PARA LA PROMOCION Y PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS.**

- **LA CREACION DE LA UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR.** La Universidad Andina Simón Bolívar con sedes en la ciudades de Sucre-Bolivia, Quito-Ecuador y Caracas-Venezuela, fue creada por el Parlamento Andino en diciembre de 1985, adoptando la Decisión 132 del V Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General que le dio nacimiento como organismo académico, en el marco del Acuerdo de Cartagena y al servicio de las Cinco Naciones de la subregión. Es un centro de excelencia de formación de postgrado, la UASB investiga, enseña y presta servicios para la transmisión de conocimientos científicos y tecnológicos. Asimismo, fomenta el espíritu de cooperación entre las universidades de la subregión y coadyuva a la realización y fortalecimiento de los principios de la Comunidad Andina.

- **EL IMPULSO DE LA INTEGRACION SUDAMERICANA, A TRAVES DE REUNIONES INTERPARLAMENTARIAS CON LA COMISION PARLAMENTARIA CONJUNTA DEL MERCOSUR, CPC, CONSTITUYENDO LA UNION INTERPARLAMENTARIA SUDAMERICANA, UIS, COMO INSTANCIA DE ENCUENTRO Y**

ANALISIS PARLAMENTARIO CON MIRAS A LA CONSOLIDACION DE LA COMUNIDAD SUDAMERICANA.

• **EL CONSEJO DE PRESIDENTES DE LOS CONGRESOS ANDINOS.** Creado mediante la Decisión número 148 del VI Período Ordinario de Sesiones. Este Consejo se creó con el propósito de darle tratamiento a temas especiales de urgente atención y los cuales requieren de una acción coordinada, por parte de los Organos e Instituciones que hacen parte del Sistema de Integración.

Actualmente, con la Cooperación de la OEA se lleva a cabo el **Foro de Presidentes de los Poderes Legislativos del Area Andina (Foprel)**, el cual ya cuenta con estatuto propio, y del mismo ya se han realizado cuatro encuentros, de los cuales podemos resaltar el IV, llevado a cabo en la ciudad de Bogotá Colombia, los días 27 y 28 de mayo de 2004, y del cual podemos destacar como principales resultados los siguientes:

a) El compromiso de sacar adelante el proyecto con la UPD/OEA y el CICTE, en lucha contra el terrorismo en el ámbito parlamentario, y

b) Los compromisos políticos de los Congresos, en el diseño de estrategias y procedimientos comunes para combatir el terrorismo.

• **LA MISION OBSERVADORA DEL PARLAMENTO ANDINO-MOPA.** Institucionalizada el catorce (14) de julio de 2000 mediante Decisión número 825 del XVI Período Ordinario de Sesiones. Su constitución se concretó con el propósito de sustentar en la Subregión el pleno imperio de la democracia y el derecho a la libre autodeterminación de los pueblos.

De acuerdo con su Reglamento General, la Misión de Observadores del Parlamento Andino, se constituye como un instrumento de observación y análisis de los procesos electorales democráticos de la Subregión en cumplimiento del mandato institucional del Parlamento Andino para sustentar en la Subregión el pleno imperio de la democracia y el derecho a la libre autodeterminación de los pueblos.

Hasta la fecha, el Parlamento Andino, ha hecho presencia a través de 18 Misiones de Observadores en los diferentes procesos electorales llevados a cabo al interior de los cinco países.

• **EL INSTITUTO ANDINO DE BIODIVERSIDAD.** Creado el veintisiete (27) de mayo de 2004, a través de la Decisión número 1070 del XXIV Período Ordinario de Sesiones, con sede en la ciudad de Quito-Ecuador, y con sus respectivas subsedes en los países miembros de la CAN. Así mismo, mediante esta Decisión se autorizó a la Mesa Directiva para que hiciera entrega oficial de ese instrumento constitutivo al Consejo Presidencial Andino en su reunión del 12 de julio de 2004 en la ciudad de Quito-Ecuador, para su ratificación, a través de la correspondiente Directriz Presidencial.

La creación de este Instituto fue respaldada a través de la Directriz número 33 del Acta de San Francisco de Quito, la cual se suscribió en el marco del XV Consejo Presidencial Andino, llevado a cabo en la Ciudad de Quito, Ecuador, el 12 de Julio de 2004.

Adicionalmente, es de trascendental relevancia mencionar, que en la actualidad el honorable Parlamentario Andino por Ecuador, **FREDDY EHLERS** se encuentra trabajando en coordinación con la Secretaría General del Parlamento Andino, en el desarrollo del proyecto y buscando recursos, de los cuales el Gobierno de la República del Ecuador ya se ha comprometido en gran parte para su financiamiento.

• **LA ARMONIZACION DE LEGISLACIONES Y ESPACIO JUDICIAL ANDINO.** El dieciséis (16) de febrero de 1991, mediante la Decisión número 412 del VIII Período Ordinario de Sesiones, se determinó la creación de una Comisión de expertos encargados de elaborar un trabajo para la armonización de las Legislaciones Nacionales Andinas, sobre el tráfico ilícito de drogas y de sustancias sicotrópicas, con el fin de superar las contribuciones y los vacíos entre los sistemas legales que son y siguen siendo explotados por las asociaciones criminales internacionales. De igual forma, se le encargó a la mencionada

Comisión presentar un proyecto de Tratado Andino, para el reconocimiento del llamado Espacio Judicial Andino, buscando considerar la ampliación del concepto de jurisdicción nacional, superando su dependencia tradicional del principado de territorialidad, a través de la creación de un Tribunal Andino de Justicia para el juzgamiento de los delitos del tráfico ilícito de estupefacientes y el blanqueo y reciclaje de capitales.

Es necesario resaltar que los mayores avances en esta materia, se han producido en el ámbito penal, a través de diferentes instrumentos; en este sentido, el Parlamento Andino conjuntamente con la Cooperación Regional Francesa para los Países Andinos en la Ciudad de Bogotá República de Colombia en el mes de abril del año 2000, realizaron un Seminario Internacional sobre el "Ministerio Público y la Policía Judicial". En desarrollo de dicho escenario, surgieron cuatro propuestas que son importantes rescatar:

1. Establecimiento de Procedimientos Comunitarios Penales.
2. Creación de la Sala Penal del Tribunal Andino de Justicia.
3. Creación de la Academia Andina de Estudios Judiciales.
4. Creación de la Andipol.

En el mes de abril del presente año el Parlamento Andino y la Cooperación Jurídica Regional dentro de la Zona Andina de la Casa Franco Andina del Derecho, llevarán a cabo en la ciudad de Lima, República del Perú, el "Taller sobre la asistencia jurídica penal mutua" en el que participarán las autoridades centrales en materia de asistencia penal de los países andinos así como de Italia, España y Francia. Además del acercamiento de las Autoridades Centrales, el taller tiene por objeto elaborar, a partir de los elementos del debate y de manera colectiva, una guía práctica que permitirá contestar de manera muy operativa a las preguntas de los operadores de la asistencia penal mutua. Esta guía será financiada por el Centro Andino de Investigación, Capacitación y Desarrollo Legislativo, Cadel, órgano del Parlamento Andino.

• **EL CENTRO ANDINO DE INVESTIGACION, CAPACITACION Y DESARROLLO LEGISLATIVO, Cadel.** En la actualidad, este centro funciona como Cadel, el cual de acuerdo al artículo 40 del Reglamento General del Parlamento Andino, es el organismo técnico y académico adscrito a la Secretaría General del Parlamento Andino. Su objetivo y atribuciones generales son: la investigación, la asesoría, la formación, la capacitación y la prestación de servicios vinculados con el desarrollo y el fortalecimiento del Sistema Andino de Integración y de las instituciones democráticas y el impulso y la potenciación de los Derechos Comunitario y Parlamentario. Este Centro se rige por su propio estatuto, sin embargo el Parlamento Andino mantiene la supervisión de su funcionamiento.

• **SEMANA CULTURAL ANDINA.** La Semana Cultural Andina, se creó por el Parlamento Andino en la Decisión 1027 tomada por la Asamblea General en su XXII Período Ordinario de Sesiones. La Semana Cultural Andina, contribuye a reconocer, difundir, promover y crear espacios para la cultura de nuestros países.

Asimismo en diciembre de 2004, se dictó una directriz presidencial en el XV Consejo Presidencial Andino que exhorta al Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores para que organice en coordinación con el Parlamento Andino, las autoridades responsables de políticas culturales de los Países Miembros, la Universidad Andina Simón Bolívar y el Convenio Andrés Bello, las gestiones orientadas a obtener los recursos para institucionalizar la Semana Cultural Andina.

Para la tercera edición de la Semana Cultural Andina, el Area de Prensa, Promoción y Difusión del Parlamento Andino, propuso realizar actividades como el Foro Académico y Político en donde diferentes actores de la sociedad civil (Gobierno, Medios de Comunicación y ciudadanos) discutan en torno al tema de la Integración Suramericana, realidades y perspectivas; la 1ª Muestra Documental

Internacional; la exposición de arte contemporáneo “Del otro Mundo”. Estas actividades constituyen una gran oportunidad para difundir parte de la cultura contemporánea andina y acercar a algunos de los países del Mercosur y comenzar con la integración social y cultural de las dos subregiones.

- **“ANDINITOS”** La jornada “Andinitos” fue ejecutada como proyecto piloto durante el año 2005 con el fin de consolidar y determinar un plan de producción general y logístico de “Andinitos” que pueda ser implementado en el período 2006 de manera itinerante en zonas de bajos recursos de los 5 países andinos.

“Andinitos” es un proyecto fundamental para crear una cultura de la integración dentro de la población infantil. Por medio de estas jornadas también se crea una identidad cultural andina, aspecto necesario para consolidar un proceso de integración en el futuro.

- **ROMPIENDO FRONTERAS.** Se buscará realizar una armonización del proyecto rompiendo fronteras creado por la oficina nacional de Ecuador con el fin de llevarlo a cabo en Colombia. Rompiendo Fronteras está dirigido a los jóvenes y la implementación de este proyecto son de gran importancia para proveer una educación dirigida hacia la integración.

- **PROGRAMA “PUNTO DE FUSION”: UNA GARANTIA COMUNICATIVA.** El programa de televisión “Punto de Fusión” es una de las mejores formas de dar a conocer de una manera constante y completa todas las gestiones que adelanta el Parlamento Andino. Asimismo, este espacio se ha convertido en un canal de acceso directo para la sociedad civil. Este espacio televisivo ha obtenido un reconocimiento progresivo el cual busca potencializarse durante el período 2006.

3. Nuevos retos para el Parlamento Andino

Esta nueva etapa de la integración subregional no ha sido ajena a los objetivos planteados por el Parlamento Andino. El Protocolo de Trujillo define un conjunto de reformas que permiten democratizar el proceso de integración e implementar una verdadera voluntad política común para hacer funcional el Parlamento Andino.

Esto se evidencia en el artículo 42 de la Nueva Codificación del Acuerdo de Cartagena, por medio del cual se consagra al Parlamento Andino como Organismo representante de los pueblos de la Comunidad Andina, constituido por Parlamentarios **elegidos por sufragio universal directo**, de conformidad con el Protocolo Adicional que establece los adecuados criterios de representación nacional.

Señala la norma que mientras se cumpla la obligación de **suscribir** el mencionado Protocolo, el Parlamento Andino se conformará por Representantes de los Congresos Nacionales, de conformidad con reglamentaciones internas y el Reglamento General del Parlamento Andino, como hasta ahora se ha venido haciendo.

Es fundamental advertir que la elección por sufragio universal y directo es un imperativo de estricto cumplimiento como lo señala nuestra Constitución Nacional en su artículo 227.

El Presidente de la República de Colombia, en la cumbre de mandatarios de la subregión Andina celebrada en la ciudad de Quito el 12 de julio de 2004, al conmemorarse el XXXV aniversario de la suscripción del Acuerdo de Cartagena, suscribió el Acta de San Francisco de Quito en la cual expresa: “... 42. Reiteramos la importancia de la suscripción del protocolo sobre elecciones directas del Parlamento Andino y congratulamos a los países miembros que le han dado cumplimiento. Igualmente, exhortamos a los Congresos Nacionales de los países miembros que aún no lo han ratificado, a hacerlo en el más corto plazo posible, de modo que se realicen las elecciones directas y universales de los representantes ante el Parlamento Andino en los procesos electorales que estén próximos a ejecutarse”. Como bien puede observarse, en lo consagrado en el Acta de San Francisco de Quito, Colombia se reafirma en su compromiso asumido de la

elección por sufragio universal y directo de los cinco representantes del Parlamento Andino.

Este proyecto de ley estaría dando cumplimiento al artículo 227 de la Constitución Nacional, al Protocolo de Trujillo aprobado por el Congreso mediante la Ley 323 de 1996 y ratificado por Colombia el 2 de julio de 1997 de realizar la elección directa de representantes al Parlamento Andino por sufragio universal, secreto y directo en los próximos comicios, según la Legislación Electoral de nuestro país.

Por ello, la importancia de una rápida elección de los representantes al Parlamento Andino, permitirá intentar mejorar la calidad de vida y bienestar de los 120 millones de ciudadanos andinos para que en el tema de la integración no solo se hable de aranceles, libre comercio o mercado común, sino de medio ambiente, derechos humanos, cultura, educación y muchos otros temas que involucran a la población de los cinco países andinos.

Por otra parte, la ponente considera necesario, además, promover una ley única a nivel de los países Andinos para elegir a los representantes a este Parlamento de acuerdo con el artículo 2° del Protocolo de Trujillo, tarea que deben emprender en el inmediato futuro todos los países de la subregión.

Objeto del proyecto

1. Obedecer el mandato Constitucional para desarrollar el artículo 227 de la Carta Política.

2. Organizar el proceso para que se dé cumplimiento a lo consagrado en los artículos 4° y 5° del Protocolo Adicional al Tratado Constitutivo del Parlamento Andino sobre elecciones Directas y Universales de sus Representantes; según los cuales la elección de Representantes de Colombia al Parlamento Andino por voto popular y directo se realizará de acuerdo a su legislación interna, pudiendo ser elegidos dichos Representantes en la fecha en la que se efectúan elecciones Legislativas u otras generales de conformidad con su propia legislación.

3. Cumplir con las obligaciones derivadas del ordenamiento jurídico adoptado por los Estados Miembros del Parlamento Andino contenidos en el Protocolo de Trujillo Ley 323 de 1996.

4. El articulado del proyecto se ajusta a los postulados del Acto Legislativo 01 de 2003 y recoge en un todo las disposiciones contenidas en esa enmienda a la Constitución Nacional, en cuanto a la circunscripción, procedimiento y sistema electoral se acogen las mismas normas existentes en la legislación colombiana para la elección de Senadores, mientras se expide una Legislación única a nivel Andino.

4. Alcances del proyecto

El proyecto de ley da cumplimiento al propósito contenido en el artículo 227 de la Constitución Política Colombiana y al Protocolo de Trujillo. Las elecciones habrán de realizarse conforme a la legislación y normatividad colombiana, pero será necesario promover una ley única a nivel de los Países Andinos para regular la materia de acuerdo con lo dispuesto en el Protocolo de Trujillo y en la Ley 323 de 1996.

En consecuencia, resulta indispensable para el Estado Colombiano cumplir con la Constitución Política de Colombia, con las obligaciones internacionales derivadas del Acuerdo de Cartagena y de su Protocolo Modificador de Trujillo y el Acta de San Francisco de Quito, esta última suscrita recientemente en la ciudad de Quito. En relación con **“la elección directa de Representantes al Parlamento Andino por sufragio universal, secreto y directo”**, como ya lo hicieron Venezuela, Ecuador y Perú quien ya aprobó la ley y procederá a realizar la elección directa de sus Parlamentarios Andinos en el mes de abril de 2006.

Estos objetivos están consignados en el presente proyecto de ley para el desarrollo, ejecución y procedimiento aplicables en la elección de los representantes colombianos al Parlamento Andino en las próximas elecciones a realizarse en el año 2006.

Proposición

Por lo anteriormente expuesto, someto a consideración de los honorables Representantes a la Cámara, la siguiente proposición: **Dese segundo debate al Proyecto de ley número 034 de 2005 Senado, 207 de 2005 Cámara, por la cual se desarrolla el artículo 227 de la Constitución Política, en relación con la elección directa de Parlamentarios Andinos.**

De los honorables Representantes,

Myriam Alicia Paredes Aguirre,
Representante Ponente.

**TEXTO APROBADO EN COMISION AL PROYECTO DE LEY
NUMERO 034 DE 2005**

por la cual se desarrolla el artículo 227 de la Constitución Política, en relación con la elección directa de Parlamentarios Andinos.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Del objeto.* En desarrollo de lo dispuesto en el artículo 227 de la Constitución Política de Colombia, los ciudadanos elegirán en forma directa y mediante sufragio universal y secreto cinco (5) representantes de Colombia al Parlamento Andino.

Artículo 2°. *Del Régimen Electoral Aplicable.* Mientras se establece un régimen electoral uniforme, el sistema de elección de los Representantes ante el Parlamento Andino se regirá de acuerdo con la legislación electoral colombiana.

Artículo 3°. *De las calidades.* Para ser elegido al Parlamento Andino en representación de Colombia se requieren las mismas condiciones que se exigen para ser elegido Senador de la República.

Artículo 4°. *De los deberes, prohibiciones, inhabilidades e incompatibilidades.* A los representantes por Colombia al Parlamento Andino les serán aplicables las mismas normas sobre Deberes, Prohibiciones, Inhabilidades e Incompatibilidades que rigen para los Senadores de la República, además de las que establezcan los Tratados Internacionales.

Artículo 5°. *De la inscripción de candidaturas.* El Registrador Nacional del Estado Civil o los registradores departamentales, inscribirán los candidatos a solicitud de los representantes de los partidos y movimientos políticos con personería jurídica reconocida en la República de Colombia, o de los movimientos sociales o un grupo significativo de ciudadanos colombianos.

Parágrafo. El Consejo Nacional Electoral podrá establecer requisitos para garantizar la seriedad de las inscripciones de candidatos.

Artículo 6°. *Reposición de votos.* Los candidatos elegidos al Parlamento Andino tendrán derecho a la reposición estatal por los votos válidos obtenidos, en los términos de esta ley.

Artículo 7°. *Fórmula de conversión de votos y proceso de adjudicación de curules.* Para las elecciones de Parlamentarios Andinos se aplicará el sistema de cifra repartidora, de acuerdo con la votación alcanzada entre las listas que superen el umbral del 2% del total de los votos emitidos válidamente en las elecciones de Parlamento Andino.

Artículo 8°. *Fecha de elecciones y período.* Hasta tanto la Comunidad Andina establezca un Régimen Electoral Uniforme, las elecciones para los Representantes por Colombia al Parlamento Andino se realizarán el mismo día en que se efectúen las elecciones generales del Congreso Colombiano. El período será institucional y será el mismo que la ley establezca para Senadores y Representantes.

Artículo 9°. *Declaratoria de elección de titulares.* El Consejo Nacional Electoral, como suprema autoridad electoral, declarará la elección de los representantes titulares por Colombia al Parlamento Andino y los acreditará ante este organismo.

Artículo 10. *Vacíos.* Mientras los países Andinos establecen un Régimen Electoral Uniforme, en caso de que se presenten vacíos, estos se interpretarán con las normas que le son aplicables a la elección de Senadores de la República.

Artículo 11. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

Myriam Alicia Paredes Aguirre,
Representante Ponente.

**TEXTO APROBADO EN COMISION AL PROYECTO DE LEY
NUMERO 207 DE 2005 CAMARA, 034 DE 2005 SENADO**

por la cual se desarrolla el artículo 227 de la Constitución Política, en relación con la elección directa de Parlamentarios Andinos.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Del objeto.* En desarrollo de lo dispuesto en el artículo 227 de la Constitución Política de Colombia, los ciudadanos elegirán en forma directa y mediante sufragio universal y secreto cinco (5) representantes de Colombia al Parlamento Andino.

Artículo 2°. *Del Régimen Electoral Aplicable.* Mientras se establece un régimen electoral uniforme, el sistema de elección de los Representantes ante el Parlamento Andino se regirá de acuerdo con la legislación electoral colombiana.

Artículo 3°. *De las calidades.* Para ser elegido al Parlamento Andino en representación de Colombia, se requieren las mismas condiciones que se exigen para ser elegido Senador de la República.

Artículo 4°. *De los deberes, prohibiciones, inhabilidades e incompatibilidades.* A los representantes por Colombia al Parlamento Andino les serán aplicables las mismas normas sobre Deberes, Prohibiciones, Inhabilidades e Incompatibilidades que rigen para los Senadores de la República, además de las que establezcan los Tratados Internacionales.

Artículo 5°. *De la inscripción de candidaturas.* El Registrador Nacional del Estado Civil o los registradores departamentales, inscribirán los candidatos a solicitud de los representantes de los partidos y movimientos políticos con personería jurídica reconocida en la República de Colombia, o de los movimientos sociales o un grupo significativo de ciudadanos colombianos.

Parágrafo. El Consejo Nacional Electoral podrá establecer requisitos para garantizar la seriedad de las inscripciones de candidatos.

Artículo 6°. *Reposición de votos.* Los candidatos elegidos al Parlamento Andino tendrán derecho a la reposición estatal por los votos válidos obtenidos en los términos de esta ley.

Artículo 7°. *Fórmula de conversión de votos y proceso de adjudicación de curules.* Para las elecciones de Parlamentarios Andinos se aplicará el sistema de cifra repartidora, de acuerdo con la votación alcanzada entre las listas que superen el umbral del 2% del total de los votos emitidos válidamente en las elecciones de Parlamento Andino.

Artículo 8°. *Fecha de elecciones y período.* Hasta tanto la Comunidad Andina establezca un Régimen Electoral Uniforme, las elecciones para los Representantes por Colombia al Parlamento Andino se realizarán el mismo día en que se efectúen las elecciones generales del Congreso Colombiano. El período será institucional y será el mismo que la ley establezca para Senadores y Representantes.

Artículo 9°. *Declaratoria de elección de titulares.* El Consejo Nacional Electoral, como suprema autoridad electoral, declarará la elección de los representantes titulares por Colombia al Parlamento Andino y los acreditará ante este organismo.

Artículo 10. *Vacíos.* Mientras los países Andinos establecen un Régimen Electoral Uniforme, en caso de que se presenten vacíos, estos se interpretarán con las normas que le son aplicables a la elección de Senadores de la República.

Artículo 11. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

En los anteriores términos fue aprobado el presente proyecto de ley, según Acta número 27 del 13 de diciembre de 2005, el mismo fue anunciado el día 6 de diciembre de 2005, según Acta número 26 de 2005.

Emiliano Rivera Bravo,
Secretario Comisión
Primera Constitucional.

TEXTOS DEFINITIVOS

TEXTO DEFINITIVO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 404 DE 2005 CAMARA, 024 DE 2004 SENADO, ACUMULADO A LOS PROYECTOS DE LEY 076 Y 077 DE 2004 SENADO

Aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable Cámara de Representantes del día 15 de diciembre de 2005, según consta en el Acta 222, “por la cual se dictan disposiciones en materia del talento humano en salud”.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. *Del objeto.* La presente ley tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.

Por Talento Humano en salud se entiende todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del Territorio Nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud.

Artículo 2°. *De los principios generales.* El Talento Humano del área de la salud se registrará por los siguientes principios generales:

Equidad: La formación y el desempeño del Talento Humano en salud deben estar orientados a proveer servicios de salud en cantidad, oportunidad y calidad igual para todos los habitantes de acuerdo con sus necesidades e independiente de su capacidad de pago.

Solidaridad: La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud deben estar fundamentados en una vocación de servicio que promueva la mutua ayuda entre las personas, las instituciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio de que el más fuerte debe apoyar al más débil.

Calidad: La formación y el desempeño del Talento Humano en salud, debe caracterizarse por el logro de los mayores beneficios posibles en la formación y la atención, dentro de la disponibilidad de recursos del sistema educativo y de servicios y con los menores riesgos para los usuarios de servicios de salud. Se reconocen en la calidad dos componentes interrelacionados: el ejercicio idóneo de competencias propias de cada profesión u ocupación en salud y la satisfacción y mejoramiento de la salud de los usuarios de los servicios.

Ética: La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud, debe estar enmarcado en el contexto cuidadoso de la vida y la dignidad del ser humano.

Integralidad: La formación y el desempeño del Talento Humano debe reconocer las intervenciones y actividades necesarias para promover, conservar y recuperar la salud, prevenir las enfermedades, realizar tratamientos y ejecutar acciones de rehabilitación, todos ellos en cantidad, calidad, oportunidad y eficiencia de la salud de los individuos y las colectividades.

Concertación: La formación y el desempeño del Talento Humano en salud deben establecer espacios y mecanismos para propiciar acercamientos conceptuales y operativos que permitan definir líneas compartidas de acción, por parte de los diferentes actores que intervienen en la prestación de los servicios de salud.

Unidad: Debe ser una característica del accionar de los diferentes actores institucionales que intervienen en la formación y el desempeño del Talento Humano en salud, que garantiza la concreción de la articulación y la armonización de las políticas, estrategias, instrumentos legislativos, normas, procesos y procedimientos que rigen en sus respectivos campos de actuación para lograr un desarrollo equilibrado y acorde con las necesidades del país.

Efectividad: La formación y el desempeño del personal de salud, deben garantizar en sus acciones el logro de resultados eficaces en la atención de salud individual y colectiva, mediante la utilización eficien-

te de los recursos disponibles y la selección del mejor curso de acción alternativo en términos de costos.

Artículo 3°. *De las características inherentes al accionar del Talento Humano en Salud.* Las actividades ejercidas por el Talento Humano en la prestación de los servicios de salud tiene características inherentes a su accionar, así:

1. El desempeño del Talento Humano en salud es objeto de vigilancia y control por parte del Estado.

2. Las competencias propias de las profesiones y ocupaciones según los títulos o certificados respectivos, obtenidos legalmente deben ser respetadas por los prestadores y aseguradores de servicios de salud, incluyendo la individualidad de los procesos de atención.

El desempeño del Talento Humano en salud lleva consigo un compromiso y una responsabilidad social, que implica la disposición de servicio hacia los individuos y las colectividades sin importar creencias, raza, filiación política u otra condición humana.

CAPITULO II

Organismos de apoyo para el desarrollo del talento humano en salud

Artículo 4°. *Del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud.* Créase el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, como un organismo asesor del Gobierno Nacional, de carácter y consulta permanente, para la definición de políticas encaminadas al desarrollo del Talento Humano en salud.

Artículo 5°. *De la integración.* El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud estará integrado por los siguientes miembros:

- a) Ministro de Educación o el Viceministro delegado;
- b) Ministro de la Protección Social o el Viceministro delegado quien lo presidirá;
- c) Dos representantes de las asociaciones de las facultades de los programas del área de la salud, uno del sector público y otro del sector privado;
- d) Un (1) representante de los egresados de las instituciones educativas con programas de educación no formal en el área de salud;
- e) Un (1) representante de los egresados de los programas de educación superior del área de la salud;
- f) Un (1) representante de las asociaciones de las ocupaciones del área de la salud;
- g) Un (1) representante de las asociaciones de estudiantes de programas del área de la salud;
- h) Un representante de las asociaciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS);
- i) Un representante de las asociaciones de las entidades aseguradoras (EPS/ARS) o quien haga sus veces.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para la escogencia de los representantes de los literales, c), d), e), f), g), h), e i). Además el miembro del Consejo enunciado en el literal c) será alternado entre instituciones educativas públicas y privadas.

Sin perjuicio de lo anterior la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Nacional de Profesiones de la Salud, Assosalud, la Federación Médica Colombiana, la Asociación Colombiana de Universidades, Ascun, el coordinador de Conaces de la Sala de Salud y la Academia Colombiana de Salud Pública y Seguridad Social serán asesores permanentes de este Consejo.

Parágrafo 2°. El Consejo contará con una Secretaría Técnica, de carácter permanente, escogida por el mismo Consejo entre los funcionarios del nivel directivo del Ministerio de la Protección Social. La Secretaría técnica presentará los estudios que realizan las comisiones y los que considere conveniente para que aseguren el soporte técnico al Consejo:

Parágrafo 3°. Para el estudio y análisis de los diferentes temas objeto de su competencia, el Consejo Nacional del Talento Humano contará con una Sala Laboral y una Académica.

Artículo 6°. *De las funciones.* El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud tendrá las siguientes funciones:

- a) Dictar su propio reglamento y organización;
- b) Recomendar sobre la composición y el funcionamiento de los comités y el observatorio de Talento Humano en salud de que trata la presente ley, y crear los comités ad hoc y grupos necesarios para abordar aspectos específicos del desarrollo del Talento Humano en salud cuando lo considere pertinente;
- c) Recomendar al Ministerio de Educación, con base en los análisis y estudios realizados en las comisiones correspondientes, acerca de las políticas y planes de los diferentes niveles de formación, para el mejoramiento de la competencia, pertinencia, calidad, cantidad, contenidos e intensidad, de los programas educativos del área de la salud, sin perjuicio de la autonomía universitaria;
- d) Escoger terna para la designación del representante del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, CNTHS, a la sala del área de la salud del Conaces;
- e) Establecer el Modelo de evaluación de calidad para los escenarios de práctica y emitir concepto técnico sobre los convenios de la relación docencia servicio que efectúen los diversos programas del área de la salud;
- f) Definir lineamientos que orienten las políticas de formación y desempeño del personal auxiliar en Salud;
- g) Promover y proponer las políticas que orienten los estudios, análisis e investigaciones relacionadas con el desarrollo del Talento Humano en Salud;
- h) Participar en la concertación de los convenios internacionales sobre la movilidad y ejercicio del Talento Humano en Salud;
- i) Dar concepto técnico al Ministerio de la Protección Social sobre la definición del manual de tarifas;
- j) Concertar con instancias del Gobierno que intervienen en el Talento Humano en salud, la definición de políticas, estrategias, procesos, procedimientos y programas en materia de administración, distribución, gestión, planificación y regulación del Talento Humano en salud;
- k) Promover la actualización de las normas de ética de las diferentes disciplinas, apoyando los tribunales de ética y los comités bioéticos clínicos, asistenciales y de investigación;
- l) Las demás funciones que se generen con ocasión de la reglamentación de la presente ley.

Parágrafo 1°. Para el cumplimiento de sus funciones, el Consejo se reunirá cuantas veces lo determine su reglamento interno, en todo caso con una periodicidad no menor de dos (2) meses y sus actos se denominarán acuerdos, los cuales se enumerarán de manera consecutiva por anualidades.

Parágrafo 2°. Para todos los efectos el Consejo creado en la presente ley sustituye al Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud

Parágrafo 3°. Los acuerdos del Consejo Nacional del Talento Humano tendrán carácter meramente consultivo y Asesor.

Artículo 7°. *De los Comités de Talento Humano en Salud.* El Consejo Nacional de Talento Humano en salud, estará apoyado por los siguientes comités:

- Un comité por cada disciplina profesional del área de la salud.
- Un comité de Auxiliares en salud.
- Un comité de Talento Humano en salud ocupacional
- Un comité de las culturas Médicas Tradicionales
- Un comité para la Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y complementarias
- Un comité de Ética y Bioética.

Los demás comités que el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud considere pertinente para el cumplimiento de sus funciones.

Parágrafo 1°. El comité para la medicina alternativa, terapias alternativas y complementarias, estará conformado entre otros por los siguientes comités: a) Medicina Tradicional China; b) Medicina ayurveda; c) Medicina Naturopática y d) La Medicina Homeopática.

Parágrafo 2°. El Comité Intersectorial de Bioética creado por el Decreto 1101 de 2001, se articulará con el comité de ética y bioética creado en la presente ley, para lo cual el Ministerio de la Protección Social reglamentará su funcionamiento.

Artículo 8°. *Del Observatorio del Talento Humano en Salud.* Créase el Observatorio del Talento Humano en Salud, como una instancia del ámbito nacional y regional, cuya administración y coordinación estará a cargo del Ministerio de la Protección Social. El observatorio tendrá por objeto apoyar al Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, CNTHS, y aportar conocimiento e información sobre el Talento Humano en salud a los diferentes actores involucrados en su desarrollo y organización.

Artículo 9°. *De los Colegios Profesionales.* A las profesiones del área de la salud organizadas en colegios se les asignarán las funciones públicas señaladas en la presente ley, para lo cual deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Que tenga carácter Nacional;
- b) Que tenga el mayor número de afiliados activos en la respectiva profesión;
- c) Que su estructura interna y funcionamiento sean democráticos;
- d) Que tenga un soporte científico, técnico y administrativo que le permita desarrollar las funciones.

Artículo 10. *De las funciones públicas delegadas a los colegios Profesionales.* Previo cumplimiento de las condiciones y requisitos exigidos en la presente ley y la reglamentación que expida el gobierno nacional, los colegios profesionales de la salud cumplirán las siguientes funciones públicas:

- a) Inscribir los profesionales de la disciplina correspondiente en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud;
- b) Expedir la tarjeta profesional como identificación única de los profesionales inscritos en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud;
- c) Expedir los permisos transitorios para el personal extranjero de salud que venga al país en misiones científicas o asistenciales de carácter humanitario de que trata el parágrafo 3° del artículo 17 de la presente ley, el permiso solo será otorgado para los fines expuestos anteriormente;
- d) Recertificar la idoneidad del personal de salud con educación superior, de conformidad con la reglamentación expedida por el Ministerio de la Protección Social para la recertificación de que trata la presente ley.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional con la participación obligatoria de las universidades, asociaciones científicas, colegios, y agremiaciones de cada disciplina, diseñará los criterios, mecanismos, procesos y procedimientos necesarios para garantizar la idoneidad del personal de salud e implementar el proceso de recertificación dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Parágrafo 2°. Las funciones públicas establecidas en el presente artículo serán asignadas por el Ministerio de la Protección Social a un solo colegio por cada profesión del área de la salud, de conformidad con la presente ley.

Parágrafo 3°. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social, diseñará y expedirá los parámetros, mecanismos, instrumentos, sistemas de información y de evaluación necesarios para el ejercicio de las funciones públicas que aquí se delegan.

Parágrafo 4°. El Ministerio de la Protección Social ejercerá la segunda instancia sobre los actos proferidos por los Colegios Profesionales con relación a las funciones públicas delegadas en el presente artículo.

Parágrafo 5°. La delegación de funciones públicas que se hace en la presente ley a los Colegios Profesionales, en ningún caso implicará la transferencia de dineros públicos.

Artículo 11. De la inspección, vigilancia y control de las funciones asignadas a los colegios. La inspección, vigilancia y control de las funciones públicas asignadas a los colegios corresponde al Gobierno Nacional. Cuando del resultado de la inspección, vigilancia y control se

evidencie que los colegios están contraviniendo el ejercicio de las funciones asignadas, el Gobierno Nacional reasumirá dichas funciones.

Artículo 12. *De la pertinencia de los programas del área de la salud.* El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, a través de los comités de cada disciplina, realizará el análisis de la pertinencia de los programas correspondientes a los diferentes niveles de formación del área de la salud, de manera que estos respondan a las necesidades de la población. Los resultados de este análisis serán recomendaciones previas para que el Gobierno Nacional expida la reglamentación correspondiente en las diferentes niveles de formación de acuerdo con la Ley 30 de 1992 y la Ley 115 de 1994 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituya.

Para efectos de la formación del Talento Humano de que trata la presente ley, se adoptan las siguientes definiciones sobre pertinencia y competencias.

Pertinencia: Es la característica de un programa educativo en el área de la salud para responder a los requerimientos de formación en coherencia con los avances del conocimiento y la tecnología en el área del saber correspondiente, de manera que den respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población, sean estos actuales o previsibles en el futuro.

Competencia: Es una actuación idónea que emerge en una tarea concreta, en un contexto determinado. Esta actuación se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes que se expresan en el ser, saber, el hacer y el saber-hacer.

CAPITULO III

Características de la formación del talento humano en salud

Artículo 13. *De la calidad en los programas de formación en el área de la salud.* El Ministerio de Educación Nacional teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, definirá y mantendrá actualizado los criterios de calidad, para el registro calificado y acreditación de los programas de formación en el área de la salud.

Los programas académicos del área de la salud serán aprobados previo concepto favorable de la evaluación sobre prácticas formativas definidas en la relación docencia-servicio que realice el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud. El proceso de verificación del Modelo de evaluación de la relación docencia-servicio se efectuará en forma integrada con la verificación de las condiciones mínimas de calidad por parte del Ministerio de Educación Nacional.

Parágrafo 1º. Los programas de formación en el área de la salud deberán contener prácticas formativas que se desarrollen en los escenarios que cumplan las condiciones definidas para el efecto, a fin de garantizar la adquisición de conocimientos, destrezas y habilidades, actitudes y aptitudes requeridas por los estudiantes en cada disciplina.

En cualquier caso la Institución de Salud u otro escenario de práctica garantizará la supervisión por un docente responsable de la práctica formativa que realiza el estudiante, así como las normas de calidad exigidas por la normatividad vigente.

Se consideran escenarios de práctica del área de la salud:

1) los diferentes espacios institucionales y comunitarios, que intervinen en la atención integral en salud de la población.

2) otras entidades diferentes que no son del sector salud pero que la profesión u ocupación lo justifique como prácticas formativas para el personal de salud. En todo caso la institución formadora debe contar con una red habilitada de docencia-servicio que contenga los diferentes niveles de complejidad necesarios para la formación del Talento Humano en salud.

Parágrafo 2º. El hospital Universitario es una Institución Prestadora de Servicios de Salud que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser hospital de enseñanza y práctica supervisada por autoridades académicas competentes y que ofrece formación y atención médica en cada uno de los niveles de complejidad. El hospital está comprometido con las funciones esenciales de la Universidad, cuales son formación, investigación y extensión. El Hospital Universitario es un escenario de práctica con características especiales por cuanto debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

a) Manifestar explícitamente dentro de su misión y objetivos, su vocación docente e investigativa;

b) Estar debidamente habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y mantener esta condición durante la ejecución de los convenios de docencia-servicios;

c) Disponer de una capacidad instalada, recurso humano especializado y una tecnología acorde con el desarrollo de las ciencias de la salud y los requerimientos de formación de personal de salud establecidos;

d) Ser regentado por una Universidad reconocida, tener convenios o contratos de prácticas formativas con instituciones de educación superior legalmente reconocidas que cuenten con programas acreditados de pre y posgrado en el área de la salud y cuyas facultades aporten al Hospital personal capacitado vinculado directamente a ella en su planta docente;

e) Garantizar la acción conjunta del personal y la utilización de su tecnología hospitalaria y educativa, para que desarrollen el componente de prácticas formativas de los programas de pre y posgrado de las diferentes disciplinas del área de la salud proporcional al número de estudiantes recibido y dentro del marco del convenio docencia-servicio;

f) Contar con servicios que permitan desarrollar los programas docentes de pregrado y postgrado, mínimo con las especialidades médicas básicas y todas las que correspondan a las prioridades de salud pública del país;

g) Cumplir con todos los criterios de evaluación de las prácticas formativas establecidos por la autoridad competente;

h) Actuar como centro de referencia para redes de servicios departamentales o nacionales y distritales;

i) Obtener y mantener reconocimiento permanente nacional y/o internacional de las investigaciones que realice la entidad, como contribución a la resolución de los problemas de salud de la población de acuerdo a la reglamentación que para tal efecto se expida y contar con la vinculación de por lo menos un grupo de investigación reconocido por Conciencias;

j) Incluir procesos orientados a la formación investigativa de los estudiantes y contar con publicaciones y otros medios de información propios que permitan la participación y difusión de aportes de sus grupos de investigación;

k) Para el ofrecimiento de programas de especialidades médico quirúrgicas establecerá los requisitos de vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa;

l) Disponer de espacios para la docencia y la enseñanza adecuadamente equipados, que correspondan a sus objetivos de formación y al número de estudiantes.

El Hospital dispondrá de instalaciones para el bienestar de docentes y estudiantes, áreas adecuadas para el estudio, descanso y bienestar dentro de la Institución como en sus escenarios de práctica.

Artículo 14. *De la calidad para los escenarios de práctica.* Los criterios de calidad, desarrollados en el Modelo de evaluación de las prácticas formativas incluidos para estos efectos los hospitales universitarios, serán establecidos y actualizados por el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud y se integrarán a las normas, procesos y procedimientos establecidos por el Ministerio de Educación sobre los criterios de calidad para el registro calificado de los programas de formación en el área de la salud.

Artículo 15. *De la calidad de los egresados de educación superior del área de la salud.* El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, con el concurso de sus comités, analizará los resultados de la evaluación de los exámenes de la Calidad de la Educación Superior y propondrá al Ministerio de Educación Nacional las recomendaciones pertinentes y la priorización para la inspección, vigilancia y control de los programas de formación del área de la salud.

Artículo 16. *De la cantidad de programas de formación del área de la salud.* El Gobierno Nacional, con base en información suministrada por el Observatorio de Talento Humano en Salud y el Ministerio de Educación, definirá un proceso de información semestral para que los potenciales estudiantes del área de la salud conozcan el número y calidad de los programas que ofrecen las diferentes instituciones educativas, las prioridades de formación según las necesidades del país, la cantidad,

calidad y número de egresados por disciplina, así como las perspectivas laborales de cada una de las profesiones del área de la salud.

El Ministerio de Educación Nacional en articulación con el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, promoverá la creación de programas de educación del área de la salud que corresponda a las necesidades del país, con base en los principios de proporcionalidad y razonabilidad.

CAPITULO IV

Del ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del talento humano en salud

Artículo 17. *De las profesiones y ocupaciones.* Las profesiones del área de la salud están dirigidas a brindar atención integral en salud, la cual requiere la aplicación de las competencias adquiridas en los programas de educación superior en salud. A partir de la vigencia de la presente ley se consideran como profesiones del área de la salud además de las ya clasificadas, aquellas que cumplan y demuestren a través de su estructura curricular y laboral, competencias para brindar atención en salud en los procesos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Las ocupaciones corresponden a actividades funcionales de apoyo y complementación a la atención en salud con base en competencias laborales específicas relacionadas con los programas de educación no formal.

Artículo 18. *Requisitos para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud.* Las profesiones y ocupaciones del área de la salud se entienden reguladas a partir de la presente ley, por tanto, el ejercicio de las mismas requiere el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Acreditar una de las siguientes condiciones académicas:

a) Título otorgado por una institución de educación superior legalmente reconocida, para el personal en salud con formación en educación superior (técnico, tecnólogo, profesional, especialización, magíster, doctorado), en los términos señalados en la Ley 30 de 1992, o la norma que la modifique adicione o sustituya;

b) Certificado otorgado por una institución de educación no formal, legalmente reconocida, para el personal auxiliar en el área de la salud, en los términos establecidos en la Ley 115 de 1994 y sus reglamentarios;

c) Convalidación en el caso de títulos o certificados obtenidos en el extranjero de acuerdo a las normas vigentes. Cuando existan convenios o tratados internacionales sobre reciprocidad de estudios la convalidación se acogerá a lo estipulado en estos;

2) Estar certificado mediante la inscripción en el Registro Unico Nacional.

Parágrafo 1°. El personal de salud que actualmente se encuentre autorizado para ejercer una profesión u ocupación contará con un período de tres (3) años para certificarse mediante la inscripción en el Registro Único Nacional.

Parágrafo 2°. Quienes a la vigencia de la presente ley se encuentren ejerciendo competencias propias de especialidades, subespecialidades y ocupaciones del área de la salud sin el título o certificado correspondiente, contarán por una sola vez con un periodo de tres años para acreditar la norma de competencia académica correspondiente expedida por una institución legalmente reconocida por el Estado, o acreditar mínimo 10 años de experiencia.

Parágrafo 3°. Al personal extranjero de salud que ingrese al país en misiones científicas o de prestación de servicios con carácter humanitario, social o investigativo, se le otorgará permiso transitorio para ejercer, por el término de duración de la misión, la cual no debe superar los seis (6) meses. En casos excepcionales y debidamente demostrados el término señalado en el presente artículo podrá ser prorrogado de acuerdo con el programa a desarrollar y la reglamentación que para tal efecto se expida.

Este permiso será expedido directamente por el Ministerio de la Protección Social o a través de los colegios de profesionales que tengan funciones públicas delegadas de acuerdo a la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 4°. En casos de estado de emergencia sanitaria legalmente declarada, el Ministerio de la Protección Social, podrá autorizar en forma transitoria, el ejercicio de los profesionales, especialidades y ocu-

paciones, teniendo en cuenta para este caso las necesidades del país y la suficiencia del talento humano que se requiere para garantizar un adecuado acceso a los servicios de salud.

Artículo 19. *Del ejercicio de las Medicinas y las terapias alternativas y complementarias.* Los profesionales autorizados para ejercer una profesión del área de la salud podrán utilizar la medicina alternativa y los procedimientos de las terapias alternativas y complementarias en el ámbito de su disciplina, para lo cual deberán acreditar la respectiva certificación académica de esa norma de competencia, expedida por una institución de educación superior legalmente reconocida por el Estado.

Las ocupaciones del área de la salud de acuerdo con la respectiva certificación académica podrán ejercer las diferentes actividades funcionales de apoyo y complementación a la atención en salud que en materia de medicina y terapias alternativas y complementarias defina el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud.

Parágrafo. Se entiende por medicina y terapias alternativas aquellas técnicas prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar y rehabilitar la salud de la población desde un pensamiento holístico.

Se consideran medicinas alternativas, entre otras, la medicina tradicional China, medicina ayurveda, medicina naturopática y la medicina homeopática. Dentro de las terapias alternativas y complementarias se consideran entre otras la herbología, acupuntura moxibustion, terapias manuales y ejercicios terapéuticos.

Artículo 20. *Del ejercicio de las Culturas Médicas Tradicionales.* De conformidad con los artículos 7° y 8° de la Constitución Política se garantizará el respeto a las culturas médicas tradicionales propias de los diversos grupos étnicos, las cuales solo podrán ser practicadas por quienes sean reconocidos en cada una de sus culturas de acuerdo a sus propios mecanismos de regulación social.

El personal al que hace referencia este artículo deberá certificarse mediante la inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud y se les otorgará la identificación única. Igualmente el Gobierno Nacional establecerá mecanismos de vigilancia y control al ejercicio de prácticas basadas en las culturas médicas tradicionales.

Artículo 21. *De la prohibición de exigir otros requisitos para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud.* La presente ley regula general e integralmente el ejercicio de las profesiones y ocupaciones y tiene prevalencia, en el campo específico de su regulación, sobre las demás leyes.

Para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud no se requieren registros, inscripciones, licencias, autorizaciones, tarjetas, o cualquier otro requisito diferente a los exigidos en la presente ley.

Artículo 22. *Del ejercicio ilegal de las profesiones y ocupaciones del área de la salud.* Ninguna persona podrá realizar actividades de atención en salud o ejercer competencias para las cuales no está autorizado sin los requisitos establecidos en la presente ley.

Artículo 23. *Del Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud.* Créase el Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud consistente en la inscripción que se haga al Sistema de Información previamente definido, del personal de salud que cumpla con los requisitos establecidos para ejercer como lo señala la presente ley, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra certificado para el ejercicio de la profesión u ocupación, por el período que la reglamentación así lo determine. En este registro se deberá señalar además la información sobre las sanciones del personal en salud que reporten los Tribunales de Ética y Bioética según el caso; autoridades competentes o los particulares a quienes se les deleguen las funciones públicas.

Artículo 24. *De la identificación única del Talento Humano en Salud.* Al personal de la salud debidamente certificado se le expedirá una tarjeta como Identificación Única Nacional del Talento Humano en Salud, la cual tendrá una vigencia definida previamente para cada profesión y ocupación y será actualizada con base en el cumplimiento del proceso de recertificación estipulado en la presente ley. El valor de la expedición de la Tarjeta Profesional será el equivalente a cinco (5) salarios diarios mínimos legales vigentes a la fecha de la mencionada solicitud.

Artículo 25. *Recertificación del Talento Humano en Salud.* Para garantizar la idoneidad permanente de los egresados de los programas de educación en salud, habrá un proceso de recertificación como mecanismo para garantizar el cumplimiento de los criterios de calidad del personal en la prestación de los servicios de salud.

El proceso de recertificación por cada profesión y ocupación, es individual y obligatorio en el territorio nacional y se otorgará por el mismo período de la certificación.

Parágrafo 1°. El proceso de recertificación de los profesionales será realizado por los colegios profesionales con funciones públicas delegadas de conformidad con la reglamentación que para los efectos expida el Ministerio de la Protección Social quien ejercerá la segunda instancia en estos procesos. En caso de que una profesión no tenga colegios con funciones públicas delegadas estas serán efectuadas por el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 2°. Una vez establecido el proceso de recertificación las Instituciones que presten servicios de salud deberán adoptar las medidas necesarias para que el personal de salud que labore en la entidad, cumpla con este requisito

CAPITULO V

Del desempeño del talento humano en salud

Artículo 26. *Acto propio de los Profesionales de la Salud.* Entendido como el conjunto de acciones orientadas a la atención integral del usuario, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas dentro del perfil que le otorga el respectivo título, el acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medios, basada en la competencia profesional.

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación, entendida como el conjunto concertado de acciones necesarias para tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y actividades profesionales derivadas de su ejercicio, la cual debe desarrollarse teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- La actitud profesional responsable que permita la adopción de una conducta ética para mayor beneficio de los usuarios;
- La competencia profesional que asigne calidad en la atención prestada a los usuarios;
- El criterio de racionalización del gasto en salud dado que los recursos son bienes limitados y de beneficio social;
- El mantenimiento de la pertinencia clínica y uso racional de la tecnología con base en el autocontrol y la generación de prácticas y guías y/o protocolos de atención en salud comúnmente aceptadas;

La actuación de las sociedades científicas, universidades, asociaciones de facultades, en la expedición de guías y normas de atención integral.

Artículo 27. *Desempeño de la Misión Médica.* El Ministerio de la Protección Social, las Entidades Territoriales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud propenderán porque el personal de salud conozca y actúe en consistencia con las normas del Derecho Internacional Humanitario a la cuales se ha suscrito el país, en particular lo que respecta a la protección y asistencia de los heridos, enfermos y náufragos, protección del personal sanitario, protección general de la misión médica y protección de las unidades y medios de transporte sanitario.

Parágrafo. No se sancionará al personal de salud por haber ejercido una actividad de salud conforme con la deontología, cualesquiera que hubieren sido las circunstancias o los beneficiarios de dicha actividad y la persona que ejerza una actividad de salud no podrá ser sancionada de modo alguno por el hecho de no proporcionar o de negarse a proporcionar información protegida por el secreto profesional sobre los heridos y los enfermos a quienes asista o haya asistido. Se tendrá en cuenta para estos efectos los convenios internacionales

Artículo 28. *Políticas para el desempeño.* El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud recomendará al Gobierno Nacional las políticas y estrategias relacionadas con el desempeño del Talento Humano que labora en salud en el sector público.

Artículo 29. *De las tarifas para la prestación de Servicios.* El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud dará concepto técnico al Ministerio de la Protección Social sobre la definición del manual de

tarifas mínimas expresado en salarios mínimos diarios legales, para la prestación de servicios en armonía con el artículo 42 de la Ley 812 de 2003, debiendo garantizar entre otros, el equilibrio del mercado de servicios, de la unidad de pago por capitación y el respeto a la autonomía profesional. Deberá, además dicho manual contar con concepto previo y favorable del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y ser expedido dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.

La Superintendencia de Salud o la entidad que haga sus veces, deberá imponer sanciones al incumplimiento de la aplicación del manual tarifario definido por el Gobierno Nacional.

Artículo 30. *Del Programa de estímulos e incentivos.* El Gobierno Nacional definirá dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley un Programa de Estímulos e Incentivos dirigido al personal de la salud con el objeto de contribuir a:

- Mejorar la presencia y actuación del Talento Humano en Salud necesarios por disciplina en aquellas áreas geográfico- poblacionales en las cuales las reglas del mercado no operan;
- Fomentar los programas de formación especializada del Talento Humano en Salud, en disciplinas y áreas prioritarias;
- Establecer programas de estímulos a la investigación y formación del Talento Humano en áreas prioritarias.

Generar programas de apoyo a la calidad en la formación de personal y la prestación de servicios.

Artículo 31. *Becas crédito.* De este Programa de estímulos e incentivos harán parte las becas créditos definidas en el Parágrafo 1° del artículo 193 de la Ley 100 de 1993, las cuales serán otorgadas teniendo en cuenta las necesidades prioritarias de formación del Talento Humano en las áreas clínicas y/o quirúrgicas y de investigación, con dedicación exclusiva en las distintas especialidades reconocidas en salud, focalizando de acuerdo con la capacidad de financiamiento de los beneficiarios, las necesidades regionales y los recursos disponibles, conforme las condiciones que establezca su reglamentación.

Parágrafo 1°. Los profesionales de la salud que hayan prestado el servicio social en lugares de difícil acceso, los egresados de programas educativos acreditadas o el personal que laboró en Instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas, tendrán prioridad para acceder a las becas crédito ofrecidas por el Gobierno Nacional.

Parágrafo 2°. El Gobierno Nacional diseñará la metodología para la condonación de la deuda adquirida en la beca-crédito.

Artículo 32. Incentivos para promover la calidad. El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, propondrá modalidades de incentivos que promuevan la calidad de los servicios, así como el desempeño del personal en el ambiente laboral.

Artículo 33. *Del Servicio Social.* Créase el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud, el cual debe ser prestado en poblaciones deprimidas urbanas o rurales o de difícil acceso a los servicios de salud, en entidades relacionadas con la prestación de servicios, la dirección, la administración y la investigación en las áreas de la salud. El Estado velará y promoverá que las Instituciones Prestadoras de Servicios, IPS, instituciones de protección social, Direcciones Territoriales de Salud, ofrezcan un número de plazas suficientes, acorde con las necesidades de la población en su respectiva jurisdicción y con el número de egresados de los programas de educación superior de áreas de la salud. El servicio social debe prestarse, por un término no inferior a seis (6) meses, ni superior a un (1) año.

El cumplimiento del Servicio Social se hará extensivo para los nacionales y extranjeros graduados en el exterior, sin perjuicio de lo establecido en los convenios y tratados internacionales.

Parágrafo 1°. El diseño, dirección, coordinación, organización y evaluación del Servicio Social creado mediante la presente ley, corresponde al Ministerio de la Protección Social. Igualmente, definirá el tipo de metodología que le permita identificar las zonas de difícil acceso y las poblaciones deprimidas, las entidades para la prestación del servicio social, las profesiones objeto del mismo y los eventos de exoneración y convalidación.

Parágrafo 2°. El Servicio Social creado mediante la presente ley, se prestará por única vez en una profesión de la salud, con posterioridad a la obtención del título como requisito obligatorio y previo para la inscripción en el Registro Único Nacional.

Parágrafo 3°. La vinculación de los profesionales que presten el servicio debe garantizar la remuneración de acuerdo al nivel académico de los profesionales y a los estándares fijados en cada institución o por la entidad territorial y la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a Riesgos Profesionales. En ningún caso podrán ser vinculados a través de terceras personas jurídicas o naturales.

Parágrafo 4°. El personal de salud que preste el Servicio Social en lugares de difícil acceso, tendrá prioridad en los cupos educativos de programas de especialización brindados por las universidades públicas, siempre y cuando cumplan con los demás requisitos académicos exigidos; igualmente gozarán de descuentos en las matrículas de conformidad con los porcentajes establecidos por las entidades educativas. El Gobierno Nacional reglamentará los incentivos para las entidades públicas o privadas de los lugares de difícil acceso que creen cupos para la prestación del servicio social.

Parágrafo 5°. El Servicio Social creado en la presente ley sustituye para todos los efectos del personal de la salud, al Servicio Social Obligatorio creado mediante la Ley 50 de 1981. No obstante, mientras se reglamenta la presente ley continuarán vigentes las normas que rigen el Servicio Social Obligatorio para los profesionales de la salud.

CAPITULO VI

De la prestación ética y bioética de los servicios

Artículo 34. *Del contexto ético de la prestación de los servicios.* Los principios, valores, derechos y deberes que fundamentan las profesiones y ocupaciones en salud, se enmarcan en el contexto del cuidado respetuoso de la vida y la dignidad de cada ser humano, y en la promoción de su desarrollo existencial, procurando su integridad física, genética, funcional, psicológica, social, cultural y espiritual sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, y de un medioambiente sano.

La conducta de quien ejerce la profesión u ocupación en salud, debe estar dentro de los límites del código de ética de su profesión u oficio y de las normas generales que rigen para todos los ciudadanos, establecidas en la Constitución y la Ley.

Artículo 35. *De los principios Éticos y Bioéticos.* Además de los principios rectores consagrados en la Constitución Política son principios rectores de quien ejerce una profesión u ocupación en salud la veracidad, la igualdad, la autonomía, la beneficencia, el mal menor, la no maleficencia, la totalidad y la causa de doble efecto:

De veracidad: El personal de salud debe ser coherente con lo que se es, piensa, dice y hace con todas las personas que se relaciona en el ejercicio de su profesión u ocupación.

De igualdad: Se debe reconocer el mismo derecho a todos, por ser igualmente humanos, a la buena calidad de atención en salud, y a la diferencia de atención conforme a las necesidades de cada uno.

De autonomía: El personal de salud debe ejercer su capacidad para deliberar, decidir y actuar. Las decisiones personales, siempre que no afecten desfavorablemente a sí mismo y a los demás, deberán ser respetadas. El afectado en lo referente a este principio o, de no poderlo hacer, su representante legal, es quien debe autónomamente decidir sobre la conveniencia o no, y oportunidad de actos que atañen principalmente a los intereses y derechos del afectado.

De beneficencia: Se debe hacer lo que conviene a cada ser humano respetando sus características particulares, teniendo más cuidado con el más débil o necesitado y procurando que el beneficio sea más abundante y menos demandante de esfuerzos en términos de riesgos y costos. La cronicidad, gravedad o incurabilidad de la enfermedad no constituye motivo para privar de la asistencia proporcionada a ningún ser humano; se debe abogar por que se respeten de modo especial los derechos de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía.

Del mal menor: Se deberá elegir el menor mal evitando transgredir el derecho a la integridad, cuando hay que obrar sin dilación y las posibles decisiones puedan generar consecuencias menos graves que las que se deriven de no actuar.

De no maleficencia: Se debe realizar los actos que, aunque no beneficien, puedan evitar daño. La omisión de actos se sancionará cuando desencadena o pone en peligro de una situación lesiva.

De totalidad: Se deben eliminar las partes de un individuo humano siempre que sea necesario para su conservación, teniendo en cuenta los siguientes requisitos:

a) Que el órgano o parte, por su alteración o funcionamiento, constituya una seria amenaza o cause daño a todo el organismo;

b) Que este daño no pueda ser evitado o al menos disminuido notablemente, sino con la mutilación en cuestión;

c) Que el porcentaje de eficacia de la mutilación, según el avance científico y recursos del momento, haga deducir que es razonable la acción;

d) Que se prevea por la experiencia y los recursos con que se cuenta, que el efecto negativo, es decir, la mutilación en cuestión y sus consecuencias, será compensado con el efecto positivo.

De causa de doble efecto: Es éticamente aceptable realizar una acción en sí misma buena o indiferente que tenga un efecto bueno y uno malo, si:

a) La acción en sí misma es decir, sin tener en cuenta las circunstancias, es buena o indiferente;

b) La intención es lograr el efecto bueno;

c) El efecto bueno se da al menos con igual inmediatez que el malo, no mediante el efecto malo;

d) Debe haber una razón urgente para actuar y el bien que se busca debe superar el mal que se permite. No es ético conseguir un bien menor a costa de un mal mayor;

e) Si el efecto bueno pudiera obtenerse por otro medio, no es ético hacerlo por un medio que implique un efecto malo.

Artículo 36. *De los valores.* El ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta los siguientes valores: humanidad, dignidad, responsabilidad, prudencia y secreto, aplicándolos a sí mismo, a las otras personas, la comunidad, la profesión u ocupación, y las instituciones.

Humanidad: El valor de la humanidad es superior a cualquier otro y debe reconocerse su prioridad respecto a los demás valores. Cada ser humano debe ser tratado por el personal que ejerce una profesión u ocupación en salud de acuerdo con una jerarquía razonablemente sustentada de sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales.

Dignidad: Debe reconocerse la dignidad de cada ser de la especie humana, entendida como mayor excelencia entre los seres vivos, por la que no puede ser maltratado por sí mismo ni por otro, ni ser instrumentalizado o discriminado, sino ser promovido dentro de sus características.

Responsabilidad: Se debe analizar, dar razón y asumir las consecuencias de las propias acciones u omisiones en lo referente al ejercicio de la profesión u ocupación.

Prudencia: Se debe aplicar la sensatez a la conducta práctica no sólo en cuanto a ponerse fines, sino en cuanto a una valoración acertada de los medios y de los mismos fines, ponderando previamente qué fin se desea alcanzar, con qué actos, cuáles son sus consecuencias positivas y negativas para sí mismo y para los demás, y cuáles los medios y el momento más adecuado para alcanzarlos.

El secreto: Se debe mantener la confidencialidad, confiabilidad y credibilidad en el cumplimiento de los compromisos.

Artículo 37. *De los derechos del Talento Humano en Salud.* El ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta el derecho a la objeción de conciencia, a la protección laboral, al buen nombre, al compromiso ético y al ejercicio competente.

Del derecho a la objeción de conciencia: El personal de salud puede presentar objeción de conciencia ante todo lo que la pueda violentar.

De la protección laboral: Debe garantizarse en lo posible, al personal que ejerce una profesión u ocupación en salud debe garantizarse en lo posible la integridad física y mental, y el descanso que compense los posibles riesgos que se asuman en el trabajo, y permita atender dignamente a quien recibe sus servicios. No será causal de inhabilidad para el ejercicio laboral en administración pública la sanción que haya sido declarada extinta por cualquiera de las causales señaladas en la ley.

Del derecho al buen nombre: No se mencionarán las limitaciones, deficiencias o fracasos, del equipo de trabajo para menoscabar sus derechos y estimular el ascenso o progreso laboral, excepto cuando sea

necesario y justo, por el bien de terceros. También se evitará todo tipo de conductas lesivas, tales como ultrajes físicos o psicológicos, injurias, calumnias, falsos testimonios o críticas nocivas.

Del compromiso ético: El Talento Humano en salud rehusará la prestación de sus servicios para actos que sean contrarios a la ética profesional cuando existan condiciones que interfieran su libre y correcto ejercicio.

Del ejercicio competente: El Talento Humano en salud debe ser ubicado de acuerdo a sus competencias correspondientes a sus títulos o certificados expedidos por la entidad educativa. No se comprometerán a realizar labores que excedan su capacidad.

Artículo 38. *De los deberes del Talento Humano en Salud.* El ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta el deber de la protección de los lazos afectivos del paciente, la promoción de una cultura ética, la reserva con los fármacos, productos y técnicas desconocidos, la formación de los aprendices y la responsabilidad de aplicar la ética y la bioética en salud.

De la protección de los lazos afectivos del paciente: Se protegerá el derecho de cada ser humano a la privacidad, la comunicación y a mantener los lazos afectivos con su familia y amigos, dentro de sus circunstancias de salud.

De la promoción de una cultura ética: Debe promoverse la participación en la creación de espacios para la reflexión ética sobre las situaciones cotidianas de la práctica y los problemas que inciden en las relaciones, en el trabajo de educación, organizaciones empresariales y gremiales relacionadas con la salud.

De la reserva con los fármacos, productos y técnicas desconocidos: Se debe denunciar y abstenerse de participar en propaganda, promoción, venta y utilización de productos, cuando se conocen los daños que producen o tiene dudas sobre los efectos que puedan causar a los seres humanos y al ambiente.

De la formación de los aprendices: En el desarrollo de la actividad académica respectiva, el personal de salud contribuirá a la formación integral del estudiante estimulando en él un pensamiento crítico, la creatividad, el interés por la investigación científica y la educación permanente.

De la responsabilidad de aplicar la ética y la bioética en salud: El personal de salud debe difundir y poner en práctica los principios, valores, derechos y deberes mencionados en esta ley, compete de modo especial a quienes conforman los tribunales de ética de cada profesión, los comités bioéticos: clínicos asistenciales y de investigación, los profesores de ética y bioética de las carreras y ocupaciones en salud, los comités ad hoc y demás grupos, asesores y decisorios de la ética y bioética en salud, velar por la aplicación y difusión de estas disciplinas.

CAPITULO VII

Disposiciones finales

Artículo 39. **Nuevo.** A partir de la vigencia de la presente ley, las entidades públicas del sector salud deberán destinar como mínimo un dos (2%) del presupuesto de inversión para capacitación de su personal científico en los términos que reglamente el Gobierno Nacional.

Artículo 40. *La vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

CAMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARIA GENERAL

Bogotá, D. C., 15 de diciembre de 2005.

En Sesión Plenaria del día 15 de diciembre de 2005, fue aprobado en segundo debate el texto definitivo del Proyecto de ley número 404 de 2005 Cámara, 024 de 2004 Senado, acumulado a los Proyectos de ley números 076 y 077 DE 2004 Senado, *por la cual se dictan disposiciones en materia del talento humano en salud.* 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 222 del 15 de diciembre de 2005.

Cordialmente,

Carlos Ignacio Cuervo Valencia, Elías Raad Hernández, Germán Antonio Aguirre Muñoz, José Gonzalo Gutiérrez, Juan de Dios Alfonso García, Representantes a la Cámara; *Angelino Lizcano Rivera,* Secretario General.

CONTENIDO

Gaceta número 91 - Viernes 28 de abril e 2006

CAMARA DE REPRESENTANTES

Págs.

LEYES SANCIONADAS

Ley 1022 de 2006, por medio de la cual se declara el Festival de la Cultura Wayúu como patrimonio cultural de la Nación 1

OBJECIONES PRESIDENCIALES

Objeciones presidenciales al Proyecto de ley número 021 de 2004 Cámara, 253 de 2005 Senado, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones..... 2

INFORMES DE CONCILIACION

Informe de conciliación al Proyecto de ley número 205 de 2004 Cámara, 086 de 2005 Senado, por medio de la cual se dicta la Ley de Teatro Colombiano, se crea el Fondo Nacional del Teatro y se dictan otras disposiciones. 4

INFORMES DE MEDIACIÓN

Informe de mediación al Proyecto de ley número 188 de 2005 Senado, 164 de 2004 Cámara, por la cual se modifica parcialmente la planta de personal de la Cámara de Representantes, en desarrollo del artículo 150, numeral 20 de la Constitución Política 4

PROYECTOS DE LEY

Proyecto de ley número 275 de 2006 Cámara, por medio de la cual se hace una adición al Código Penal (Ley 599 de 2000), se crea el tipo penal “denegación de salud” y se dictan otras disposiciones 5

Proyecto de ley número 258 de 2006, por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los 100 años de fundación de la Institución Educativa Colegio Nacional San Luis Gonzaga en el municipio de Chinácota, Norte de Santander..... 9.

PONENCIAS

Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 023 de 2005 Cámara, por medio de la cual se modifican la Ley 97 de 1913, la Ley 84 de 1915, y se dictan otras disposiciones..... 10

Ponencia para primer debate y texto propuesto al Proyecto de ley número 260 de 2006 Cámara, acumulado al Proyecto de ley número 263 de 2006 Cámara, por la cual se modifica la Ley 546 de 1999 y se destinan recursos para la vivienda de interés social. 13

Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 269 de 2006 Cámara, por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los cuarenta y cuatro (44) años de fundación de La Primavera, Vichada y se dictan otras disposiciones. 15

Ponencia para primer debate, pliego de modificaciones y texto propuesto al Proyecto de ley número 052 de 2004 Senado y 179 de 2005 Cámara, 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, y sus Proyectos Acumulados 19, 31, 33, 38, 54, 57, 58, 98, 105, 115, 122, 148 y 151 de 2004 Senado..... 16

Ponencia para segundo debate, pliego de modificaciones y texto propuesto al Proyecto de ley número 031 de 2005 Cámara, por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores..... 47

Ponencia para segundo debate y texto definitivo al Proyecto de ley número 33 de 2005 Cámara, por la cual se regula el derecho de negociación colectiva de los sindicatos de empleados públicos, en desarrollo del artículo 55 de la Constitución Política y de los Convenios de la OIT números 151 de 1978 y 154 de 1981, aprobados respectivamente por las Leyes 411 de 1997 y 524 de 1999..... 50

Ponencia para segundo debate y texto aprobado en comisión al Proyecto de ley número 034 de 2005 Senado, 207 de 2005 Cámara, por la cual se desarrolla el artículo 227 de la Constitución Política en relación con la elección directa de Parlamentarios Andinos. 57

TEXTOS DEFINITIVOS

Texto definitivo al Proyecto de ley número 404 de 2005 Cámara, 024 de 2004 Senado, acumulado a los proyectos de ley 076 y 077 de 2004 Senado, aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable Cámara de Representantes del día 15 de diciembre de 2005, según consta en el Acta 222, por la cual se dictan disposiciones en materia del talento humano en salud. 62