



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA

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

ISSN 0123 - 9066

AÑO XVIII - Nº 875

Bogotá, D. C., jueves 10 de septiembre de 2009

EDICION DE 24 PAGINAS

DIRECTORES:

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

JESÚS ALFONSO RODRIGUEZ CAMARGO  
 SECRETARIO GENERAL DE LA CAMARA  
 www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

## SENADO DE LA REPUBLICA

### PONENCIAS

**INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 227 DE 2008 SENADO, 103 DE 2008 CAMARA**

*por la cual se modifica el artículo 2° de la Ley 647 de 2001.*

Bogotá, D. C., 2 de septiembre de 2009

Doctor

RODRIGO LARA RESTREPO

Presidente

Comisión Séptima Constitucional Permanente

Senado de la República

Ciudad

Referencia: **Informe de Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 227 de 2008 Senado, 103 de 2008 Cámara, por la cual se modifica el artículo 2° de la Ley 647 de 2001.**

Señor Presidente:

En atención a la designación que nos fue hecha dentro del trámite del Proyecto de ley por la cual se modifica el artículo 2° de la Ley 647 de 2001, presentamos ante la honorable Comisión, el texto que contiene informe para primer debate, tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

**I. Consideraciones**

**1. Objeto y contenido del proyecto de ley**

De acuerdo con el texto propuesto por el honorable senador Jaime Restrepo Cuartas, el objeto del proyecto de ley es el de modificar el artículo 2° de la Ley 647 de 2002 con el fin garantizar el acceso al Sistema Universitario de Salud de aquellas personas cuyo cubrimiento en salud ha estado a cargo de las Universidades públicas desde antes de la expedición de la Ley 100 de 1993.

Actualmente, la oscuridad de la norma permite situaciones de exclusión que afectan los principios de continuidad, oportunidad y libre escogencia, omitiendo el cumplimiento de la autonomía a las Universidades para crear su propio sistema de seguridad social en salud, sin excluir del mismo a quienes contaban con su cobertura.

El proyecto cuenta con tres artículos modificatorios del artículo 2° de la Ley 647 de 2001.

**2. Marco jurídico del proyecto**

Se trata es una iniciativa congresional presentada por el Senador Jaime Restrepo Cuartas, con fundamento en el artículo 140 numeral 1 de la Ley 5ª de 1992, que busca la modificación del artículo 2° de la Ley 647 de 2001, en lo referente al acceso al Sistema Universitario de Salud de aquellas personas cuyo cubrimiento en salud ha estado a cargo de las Universidades públicas.

**3. Antecedentes**

La Ley 647 de 2001, *por la cual se modifica el inciso 3° del artículo 57 de la Ley 30 de 1992*, establece es su artículo 2° lo siguiente:

**“Artículo 2°.** Adiciónese el siguiente párrafo al artículo 57 de la Ley 30 de 1992:

*“Párrafo. El sistema propio de seguridad social en salud de que trata este artículo, se regirá por las siguientes reglas básicas:*

*a) Organización, dirección y funcionamiento. Será organizado por la Universidad como una dependencia especializada de la misma, con la estructura de dirección y funcionamiento que igualmente se establezca para el efecto. Sin embargo, las universidades podrán abstenerse de organizarlo, para que sus servidores administrativos y docentes y sus pensionados o jubilados elijan libremente su afiliación a las entidades promotoras de salud previstas por la Ley 100 de 1993;*

b) *Administración y financiamiento.* El sistema se administrará por la propia Universidad que lo organice y se financiará con las cotizaciones que se establezcan en los términos y dentro de los límites máximos previstos en el inciso 1° del artículo 204 de la Ley 100 de 1993. El sistema podrá prestar directamente servicios de salud y/o contratarlos con otras instituciones prestadoras de servicios de salud;

c) *Afiliados.* Únicamente podrá tener como afiliados a los miembros del personal académico, a los empleados y trabajadores, y a los pensionados y jubilados de la respectiva Universidad. Se garantizará el principio de libre afiliación y la afiliación se considerará equivalente para los fines del tránsito del sistema general de la Ley 100 de 1993 al sistema propio de las universidades o viceversa, sin que sean permitidas afiliaciones simultáneas;

d) *Beneficiarios y plan de beneficios.* Se tendrán en cuenta los contenidos esenciales previstos en el Capítulo III de la Ley 100 de 1993;

e) *Aporte de solidaridad.* Los sistemas efectuarán el aporte de solidaridad de que trata el artículo 204 de la Ley 100 de 1993”.

De este artículo es importante resaltar:

1. Permite a las universidades públicas la creación del sistema propio de seguridad social en salud.

2. Este sistema sería administrado por la propia Universidad y se financiaría con las cotizaciones que para tal fin se establecieran en los términos y dentro de los límites máximos previstos en el inciso 1° del artículo 204 de la Ley 100 de 1993.

3. Sin embargo el literal c), que regula lo atinente a las afiliaciones, dejaba un vacío que daba lugar a erróneas interpretaciones. Estas interpretaciones impedían que algunas personas afiliadas al Sistema Universitario de Salud, continuaran siendo atendidas en salud por los mismos Sistemas Universitarios cuando adquirían el derecho a la Pensión con la misma Universidad o con el Sistema General de Pensiones

4. En lo demás se adoptaban las normas sobre beneficios y aportes de solidaridad establecidos en la Ley 100 de 1993.

El presente proyecto, fue radicado el 25 de agosto de 2008 y publicado en *Gaceta del Congreso* número 549 de 2008. Fue aprobado en primer debate en la Comisión Séptima, donde se acogió el texto propuesto y se designaron como ponentes, a la honorable Representante Amanda Ricardo de Páez y al honorable Representante Jorge Morales Gil. Posteriormente fue aprobado en plenaria de Cámara el día 25 de noviembre de 2008 y publicado su texto en *Gaceta del Congreso* número 929 de 2008.

#### 4. Consideraciones específicas:

Con el fin de fundamentar el apoyo a esta iniciativa, expondremos a continuación dos aspectos relevantes:

##### 4.1 Autonomía universitaria en materia administrativa

La Autonomía Universitaria se encuentra consagrada en el artículo 69 de la Constitución Política, esta ha sido desarrollada por la Ley 30 de 1992 y el Decreto 1210 de 1993. La Ley 30 de 1992 consagró una serie de disposiciones financieras, destinadas, de una parte, a asegurar la satisfacción progresiva del derecho a la educación pública superior y para evitar que por vía de la asignación de recursos, los órganos políticos pudieran afectar la autonomía de las universidades. Estas disposiciones pueden ser recogidas en lo que podría llamarse el régimen financiero de las universidades públicas<sup>1</sup>. Posteriormente la Corte Constitucional se pronunció al respecto a través de la Sentencia C-220/97 y en sentencia del 11 de febrero de 1999 de la sección tercera de la sala de lo contencioso-administrativo del Consejo de Estado, Expediente número ACU-579 especialmente con respecto al tema de la Autonomía Universitaria de carácter financiero.

La Corte Constitucional ha dicho con respecto al tema de la Autonomía Universitaria:

*“La universidad, cuyo fundamento es el perfeccionamiento de la vida y cuyo objetivo es contribuir a la formación de individuos que reivindicuen y promuevan ese fundamento, a través del dominio de “un saber” y de la capacidad de generar conocimiento, reclamando su condición de fines en sí mismos y no de meros instrumentos, es la universidad que requiere, para “ser”, del reconocimiento efectivo de su autonomía...El ejercicio de la autonomía implica para las universidades el cumplimiento de su misión a través de acciones en las que subyazca una ética que Weber denominaría “ética de la responsabilidad”, lo que significa que esa autonomía encuentre legitimación y respaldo no solo en sus propios actores, sino en la sociedad en la que la universidad materializa sus objetivos, en el Estado que la provee de recursos y en la sociedad civil que espera fortalecerse a través de ella; se trata de que quienes conforman la universidad trasciendan su propia e individual convicción de que lo que hacen es lo pertinente, lo conveniente, lo razonable, sometiéndolo a consideración no solo de sus pares, sino de esos otros actores de la sociedad, que evaluarán si la autonomía ejercida por sus universidades prevé, como le corresponde, incluso lo no previsible, teniendo en cuenta las consecuencias e impacto de sus acciones en la sociedad, e identificando en el indivi-*

<sup>1</sup> Informe Final de la Comisión Rectorial de la Universidad Nacional de Colombia (compuesta por los profesores Jorge Iván González, Gabriel Misas Arango, Jairo Sánchez Acosta, Rodrigo Uprimny Yepes y Alejo Vargas Velásquez).

*duo que educa no a un mero instrumento para sus propios objetivos, sino, a un universo individual, único y diferenciable. La universidad, surge como una organización marginal. Esa universidad, para “ser”, tiene que ser autónoma, pues cualquier obstrucción a esa condición la desvirtúa. Esa autonomía tiene como objetivo principal protegerlas de la interferencia del poder político central, al igual que ocurre con el organismo estatal que creó para el manejo de la televisión, no obstante eso no implica, como lo ha dicho la Corte, que sean ajenas e independientes del mismo Estado”.*

Posteriormente en Sentencia C-926 de 2005, la Corte se refirió a la autonomía financiera recogiendo fallos anteriores de la siguiente manera:

*“En cuanto al manejo de recursos, es claro que una de las funciones inherentes a las universidades y esenciales a su capacidad de autorregulación administrativa es la de elaborar y manejar su propio presupuesto (Cfr. Corte Constitucional. Sentencia C-547 de 1994, ya citada). Las universidades tienen la facultad de distribuir sus recursos según sus necesidades y prioridades, las cuales son definidas de manera autónoma por dichos entes sin intervención alguna por parte de la autoridad pública o del sector privado. La Ley 30 de 1992 reconoció tal facultad cuando señaló que las universidades estatales u oficiales deben organizarse como entes universitarios autónomos, con régimen especial y vinculados al Ministerio de Educación Nacional pero sólo en cuanto se refiere a las políticas y la planeación del sector educativo; y dentro de sus características están las de tener personería jurídica, autonomía académica, administrativa y financiera, patrimonio independiente y atribución para elaborar y manejar su presupuesto de acuerdo con las funciones que les corresponde (...).”*

En esta misma sentencia, la Corte hace una necesaria claridad para el tema que se encuentra en cuestión:

*“En ese orden, se considera una intervención indebida la de regular directamente cuestiones tales como organización académica –selección y clasificación de docentes, programas de enseñanza– u organización administrativa –manejo de presupuesto y destinación de recursos–. Al respecto ha sostenido la jurisprudencia que “[s]i el legislador se inmiscuyera en los aspectos referidos o en otros de igual significación, estaríamos en presencia de una intervención indebida en la vida de la universidad y se incurriría en una violación de su autonomía (Cfr. Corte Constitucional. Sentencia C-299 del 30 de junio de 1994, M.P. Antonio Barrera Carbonell)”.*

Finalmente con respecto a los límites de la Autonomía Universitaria, la sentencia T-515 de 1995, determinó que “El límite a la autonomía universitaria lo establece el contenido Constitucional, que garantiza su protección pero sin desmedro de los derechos igualmente protegidos por la norma-

*tividad constitucional. Hay que precisar que la autonomía universitaria en cierta forma es expresión del pluralismo jurídico, pero su naturaleza es limitada por la Constitución y la ley, y es compleja por cuanto implica la cohabitación de derechos pero no la violación al núcleo esencial de los derechos fundamentales”.*

#### **4.2. Obligaciones del Estado colombiano frente a la población de la tercera edad y su servicio de salud**

El artículo 46 de la Constitución Política de 1991 dio un paso significativo en la protección de los adultos mayores, este artículo establece:

*“Artículo 46. El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria.*

*El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”.*

No sobra recordar que las personas que se verán beneficiadas con las medidas que se implementarán en esta reforma de la Ley 647 de 2001, son los pensionados que como es de general conocimiento pertenecen mayoritariamente a la tercera edad. Cualquier medida tendiente a mejorar su situación o a impedir que se vulneren sus derechos es constitucionalmente respaldada, la misma Corte Constitucional, ha resaltado la condición especial, de la población de la tercera edad como se observa en la Sentencia T-463 de 2003 así:

*“...Entre los sujetos de especial tutela constitucional se encuentran los adultos mayores, quienes al alcanzar cierta edad ven disminuida su capacidad física y con ello la posibilidad de ejercer en toda su dimensión algunos de sus derechos. Dada esta pérdida progresiva de –entre otras cosas– la fuerza laboral, es probable que la única fuente de ingresos que puedan percibir sea la pensión de jubilación –quienes lograron acceder a ella, por supuesto–. Es por esto que resulta especialmente grave la no cancelación o la cancelación parcial de las mesadas pensionales, pues ello puede menoscabar el derecho a disfrutar de condiciones de vida digna, el derecho a la salud y el derecho al mínimo vital, entre otros, de las personas ancianas. Ha dicho esta Corporación al respecto: “Si una persona sobrepasa el índice de promedio de vida de los colombianos (se estima en 71 años), y ella considera que se le ha dado un trato discriminatorio en el reajuste pensional y por tal motivo ha reclamado ante juez competente, pero se estima razonablemente que el solicitante ya no existiría para el momento que se produjera la decisión judicial, debido a su edad avanzada, unido esto al alto volumen de procesos que razonablemente producen demora en la decisión, pese al comportamiento diligente del juzgador, entonces, ese anciano no tiene otro medio distinto al de la tutela para que, provisionalmente, mientras se decide el fondo del asunto por el juez natural, se ordene el*

*respeto a su derecho. Por supuesto que el Juez de Tutela debe hacer un equilibrado análisis en cada caso concreto, no olvidando que en el momento de transición institucional que vive el país, es posible una demora en las decisiones judiciales. O sea, no se puede adoptar una solución mecánica para todos los casos sino que debe analizarse individualmente a cada uno de ellos”.*

El Estado ha adquirido la obligación de proveer condiciones especiales para el desarrollo de este sector poblacional, al respecto se resalta el siguiente apartado de la Sentencia T-1264 de 2008:

*“...5.1. Esta Corporación ha desarrollado todo un marco de protección alrededor de los sujetos de especial protección constitucional, haciendo énfasis sobre la responsabilidad que tiene el Estado frente a tales individuos. La cláusula general de igualdad contenida en el artículo 13 de la Constitución Política impone una obligación en cabeza del Estado colombiano de proteger de manera privilegiada a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, sancionando los abusos y maltratos que contra ellas se cometan.*

*La jurisprudencia de esta Corporación ha sostenido que el amparo reforzado de los sujetos de especial protección constitucional, parte del reconocimiento que el Constituyente de 1991 hizo de la desigualdad formal y real a la que se han visto sometidos históricamente ciertos colectivos de personas. A juicio de la Corte, dada la situación de debilidad manifiesta e indefensión de algunas personas, en el marco del Estado Social de Derecho surge la necesidad de adoptar acciones afirmativas que permitan corregir los efectos nocivos de la desigualdad, avanzar de forma consistente hacia su erradicación total y garantizar el pleno ejercicio de sus derechos y libertades.*

*5.2. Para el caso de las personas de la tercera edad, en reiterada jurisprudencia la Corte Constitucional se ha pronunciado sobre la necesidad de garantizar de manera efectiva y prevalente el ejercicio de los derechos de quienes son sujetos de la protección especial indicada. Así es como, el artículo 46 de la Constitución Política de 1991 establece que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. En virtud de ese mandado constitucional, la Corte Constitucional ha señalado que:*

*“El artículo 46 constitucional señala el derecho a una protección mínima frente a la inseguridad que significan determinadas condiciones de vida, tales como el desempleo, la falta de vivienda, de educación y salud. Derecho que, de acuerdo con la jurisprudencia de la Corporación, adquiere el carácter fundamental cuando, según las circunstancias del caso, su falta de reconocimiento tiene la potencialidad de poner en peligro otros*

*derechos y principios fundamentales como la vida, la dignidad humana, la integridad física y moral, o el libre desarrollo de la personalidad de las personas de la tercera edad.*

*Es así como, de acuerdo con el contenido de las normas señaladas, la Constitución, al enunciar los sujetos obligados a prodigar atención o cuidado a las personas de la tercera edad, señala en una primera instancia a la familia en la que los lazos de pertenencia, gratitud, solidaridad, etc, que se presume, se han generado durante la convivencia de sus miembros, la obligan a velar por cada uno de ellos, en especial por aquellos que, dadas sus condiciones especiales, requieran de atención especial. En ausencia de la familia o ante la imposibilidad de sus miembros de asistir a los adultos mayores el Estado y la sociedad son los llamados a brindar las condiciones para que la protección se haga efectiva” (Subraya fuera del texto).*

*Este principio de solidaridad que desarrolla la Carta Política, se ve apoyado por los pactos internacionales que Colombia ha suscrito en la materia. En ese sentido es bueno recordar que la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra un adulto mayor debe responder a medidas especiales de protección, como lo indica el Protocolo de San Salvador que en su artículo 17 dispone de una serie de compromisos que los Estados partes deben asumir, con respecto a las condiciones de vida de los ciudadanos de la tercera edad.*

*5.3. Por otro lado, debe advertir la Sala que en desarrollo del mandato constitucional de protección al adulto mayor, un aspecto importante de protección es el amparo al mínimo vital de estos ciudadanos. En diferentes oportunidades, esta Corporación ha señalado de manera categórica que un Estado Social de Derecho es perentorio garantizar a estos ciudadanos los medios para acceder a una subsistencia digna. En ese sentido, ha señalado la jurisprudencia que en ocasiones, el acceso al mínimo vital para las personas de la tercera edad, se convierte en un presupuesto básico para el efectivo ejercicio y goce de los demás derechos fundamentales consagrados en la Constitución...”.*

En materia del acceso oportuno y preferencial al servicio de salud de esta población ha dicho en Sentencia T-1228 de 2005:

*3.3. Además de lo anterior, la Constitución protege a las personas de la tercera edad y ordena a las autoridades garantizar la seguridad social de este grupo de población e igualmente, desarrollar medidas de protección y asistencia. En consecuencia, las personas de la tercera edad, por encontrarse en circunstancias de debilidad manifiesta, son beneficiarias de las medidas que adopte el Estado para garantizar la protección especial y cumplir el principio de igualdad material consagrado en el artículo 13 del Texto Fundamental.*

*Así pues, la protección constitucional de los derechos de las personas de la tercera edad es de*

carácter reforzado. En consecuencia, cuando las actuaciones de las autoridades y de los particulares involucran los derechos de las personas de la tercera edad, es necesario que desarrollen las garantías necesarias para que prevalezca el interés de estas.

Este grado de consideración sobre las personas ancianas ha sido evaluado por esta corporación que en la Sentencia T-892 de 2005 explicó “los derechos fundamentales de una persona de la tercera edad deben primar sobre cualquiera de rango legal, máxime cuando se pone de manifiesto su situación de debilidad”. En la misma decisión la Corte estimó que se violan los derechos fundamentales de las personas de la tercera edad a quienes no se les presta un tratamiento médico que requieren o cuando este no es suministrado de manera oportuna.

3.4. De otra parte, la asistencia sanitaria y los servicios médicos deben ser prestados de manera integral y ser accesibles para todas las personas. Estas características corresponden a dos componentes que han sido desarrollados tanto en la doctrina internacional sobre el derecho a la salud como en la jurisprudencia constitucional colombiana.

## 5. Conclusión

De conformidad con el artículo 157 de la Ley 5ª de 1992, la ponencia debe concluir con la propuesta de tramitar el proyecto o de archivarlo. De acuerdo con el análisis antes efectuado, las medidas que se pretenden implementar son favorables para una población en condiciones de vulnerabilidad y por lo tanto deben contar con el apoyo del legislativo.

## II. Proposición

Dese primer debate al **Proyecto de ley número 227 de 2008 Senado, 103 de 2008 Cámara**, por la cual se modifica el artículo 2º de la Ley 647 de 2001.

Atentamente,

*Gloria Inés Ramírez Ríos, Dilian Francisca Toro T., Germán Antonio Aguirre Muñoz*, Senadores de la República.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO  
DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los dos (2) días del mes de septiembre año dos mil nueve (2009)

En la presente fecha se autoriza la **publicación en la Gaceta del Congreso** de la República, el informe de ponencia para primer debate y texto propuesto para primer debate, en doce (12) folios, al **Proyecto de ley número 227 de 2008 Senado, 103 de 2008 Cámara**, por la cual se modifica el artículo 2º de la Ley 647 de 2001. Autoría del proyecto de ley del honorable Representante *Jaime Cuartas Restrepo*.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

## TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 227 DE 2008 SENADO, 103 DE 2008 CAMARA

por la cual se modifica el artículo 2º de la Ley 647 de 2001.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

**Artículo 1º. Modifíquese el literal c) del artículo 2º de la Ley 647 de 2001, el cual quedará así:**

**c) Afiliados.** Únicamente podrá tener como afiliados a los miembros del personal académico, a los empleados y trabajadores de la respectiva Universidad, y a las personas que al término de su relación laboral se encuentren afiliados al Sistema Universitario de Salud y adquirieran el derecho a la Pensión con la misma Universidad o con el Sistema General de Pensiones.

Se garantizará el principio de libre afiliación y la afiliación se considerará equivalente para los fines del tránsito del sistema general de la Ley 100 de 1993 al sistema propio de las universidades o viceversa, sin que sean permitidas afiliaciones simultáneas.

**Artículo 2º. Adiciónese un literal al artículo 2º de la Ley 647 de 2001, así:**

**f)** Para los efectos de la presente Ley se dará aplicación a la Planilla Integrada de Aportes consagrada en el Decreto 1931 de 2006 y las normas que lo modifiquen o adicione.

**Artículo 3º. Vigencia.** La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las demás disposiciones que le sean contrarias.

*Gloria Inés Ramírez Ríos, Dilian Francisca Toro T., Germán Antonio Aguirre Muñoz*, Senadores de la República.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO  
DE LA REPUBLICA

Bogotá D. C., a los dos (2) días del mes de septiembre año dos mil nueve (2009)

En la presente fecha se autoriza la **publicación en la Gaceta del Congreso** de la República, el informe de Ponencia para Primer Debate y Texto propuesto para Primer debate, en doce (12) folios, al Proyecto de ley número 227 de 2008 Senado, 103 de 2008 Cámara, por la cual se modifica el artículo 2º de la Ley 647 de 2001. Autoría del Proyecto de ley del honorable Representante *Jaime Cuartas Restrepo*.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

**INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER  
DEBATE AL PROYECTO DE LEY  
NUMERO 344 DE 2009 SENADO,  
078 DE 2008 CAMARA**

*por medio de la cual se establecen criterios para la asignación de subsidios de vivienda para la población rural afectada por desastres naturales.*

Bogotá, D. C., 8 de septiembre de 2009

Doctor

RODRIGO LARA RESTREPO

Presidente

Comisión Séptima Constitucional Permanente  
Senado de la República

Ciudad

Ref.: Informe de Ponencia para Primer Debate al **Proyecto de ley número 344 de 2009 Senado, 078 de 2008 Cámara**, por medio de la cual se establecen criterios para la asignación de subsidios de vivienda para la población rural afectada por desastres naturales.

Señor Presidente:

En cumplimiento de la designación que nos fue encomendada, presentamos el Informe de Ponencia para Primer Debate del **Proyecto de ley número 344 de 2009 Senado, 078 de 2008 Cámara**, por medio de la cual se establecen criterios para la asignación de subsidios de vivienda para la población rural afectada por desastres naturales, para efectos de lo cual nos permitimos hacer las siguientes consideraciones:

**1. Objeto y contenido de la iniciativa legislativa**

El objeto del presente proyecto de ley es brindar a las familias víctimas de los desastres naturales, calamidad pública o emergencia, o que posean viviendas en zonas rurales de alto riesgo, un subsidio en dinero que de forma ágil y oportuna les permita la construcción, arreglo o reubicación de sus viviendas que han resultado afectadas, de tal manera que no se agudicen los problemas sociales en los municipios que padezcan de estos inconvenientes y permita a estos grupos familiares de los estratos uno y dos acceder a una vivienda digna en el momento que más lo necesitan.

**2. Marco jurídico del proyecto**

El proyecto de ley a que se refiere esta ponencia cumple con lo establecido en el artículo 140 numeral 1 de la Ley 5ª de 1992, ya que se trata es una iniciativa congresional presentada por el Representante a la Cámara Buenaventura León León quien tiene la competencia para tal efecto.

Cumple además con los artículos 154, 157, 158 de la Constitución Política referentes a su origen, formalidades de publicidad y unidad de materia. Así mismo con el artículo 150 de la Carta que manifiesta que dentro de las funciones del Congreso está la de hacer las leyes.

**3. Trámite legislativo**

El Proyecto de ley número 344 de 2009 Senado – 078 de 2008 Cámara tiene origen en la Cámara de Representantes, presentado a consideración del Congreso por el Honorable Representante a la Cámara Buenaventura León León. Ha tenido el siguiente trámite legislativo:

Radicado Cámara: agosto 12 de 2008

Publicación proyecto: *Gaceta del Congreso* número 527 de 2008.

Ponente: honorable Representante *Pedro Jiménez Salazar*.

Publicación ponencia para primer debate: *Gaceta del Congreso* número 708 de 2008.

Anuncio, según sustanciación, octubre 21 de 2008.

Aprobado en Comisión: noviembre 4 de 2008.

Publicación ponencia para segundo debate: *Gaceta del Congreso* número 239 de 2009.

Anuncio: mayo 26 de 2009.

Aprobado en Plenaria Cámara: junio 9 de 2009.

Publicación Texto Aprobado Cámara: *Gaceta del Congreso* número 562 de 2009.

Radicado Senado: julio 10 de 2009.

**4. Justificación del proyecto**

La justificación del proyecto se sustenta en la exposición de motivos así:

“Colombia es país que históricamente ha sufrido constantes desastres naturales que han dejado numerosas familias damnificadas especialmente por la destrucción de sus viviendas, esta realidad demanda de las entidades gubernamentales la implementación de soluciones reales a corto plazo. Según cifras de la Cruz Roja Colombiana durante el año 2007 a 12.329 hogares se les destruyeron totalmente sus viviendas y a otros 50.439 le quedaron inhabitables.

En el primer trimestre de 2008, el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres registró los siguientes eventos por departamento:

Departamento	Eventos	Personas afectadas	Viviendas afectadas
Amazonas	Deslizamientos	28	8
Antioquia	Deslizamientos, inundaciones, incendios	475	118
Bolívar	Inundaciones, vendavales	10.100	23
Boyacá	Deslizamientos	4	
Caldas	Deslizamientos, vendaval, avalancha	658	65
Cauca	Deslizamientos, inundaciones, vendaval	5.800	586
Cesar	Vendaval	250	47
Chocó	Deslizamientos, inundaciones, incendios	4.420	16
Cundinamarca	Deslizamientos, incendios, represamientos	101	2

Departamento	Eventos	Personas afectadas	Viviendas afectadas
Huila	Deslizamientos, vendaval, avalancha, inundaciones	330	84
Magdalena	Incendio	35	
Nariño	Deslizamientos, inundaciones	8.900	166
Risaralda	Deslizamientos, incendios	652	95
Santander	Deslizamientos, inundaciones	275	36
Sucre		348	69
Tolima	Deslizamientos, inundaciones, incendios	205	41
Valle del Cauca	Deslizamientos, inundaciones, incendios	1.374	139
Vaupés	Vendaval	145	16

Durante los meses de abril y mayo del presente año\* fueron muchos los hogares damnificados especialmente por inundaciones ocasionadas por los diferentes ríos del país y por el fuerte temblor que destruyó las viviendas de varios municipios de los departamentos de Cundinamarca y Meta.

Actualmente continúan vigentes las alertas por posibles catástrofes en todo el territorio nacional especialmente por inundaciones, deslizamientos de tierra y movimientos sísmicos, pero lamentablemente el Gobierno Nacional no cuenta con una reglamentación que le permita a los organismos encargados de adelantar los programas de vivienda en las áreas rurales efectuar gestiones eficaces para solucionar de forma oportuna la necesidad de vivienda de los damnificados, esto como consecuencia de la inexistencia de un procedimiento expedito para este tipo de casos que demandan una solución inmediata.

Actualmente el decreto 2480 de julio 19 de 2005 por el cual se establecen las condiciones de postulación, asignación y aplicación del subsidio familiar de vivienda urbana y rural que se otorga por el Fondo Nacional de Vivienda y el Banco Agrario de Colombia S. A., a hogares afectados por situación de desastre, situación de calamidad pública o emergencias que se presenten o puedan acaecer por eventos de origen natural y se dictan otras disposiciones en materia de subsidio familiar de vivienda, otorga a las áreas urbanas una considerable ventaja sobre las áreas rurales por cuanto se les exige menos requisitos para la asignación de subsidios en estos casos, lo que impide que los habitantes del área rural accedan de forma ágil a los subsidios ocasionando una gran desigualdad entre estos dos sectores.

\* Referido al año 2008.

Requisitos área urbana	Requisitos área rural
1. Fotocopia de las cédulas de las personas mayores de edad.	1. Tener conformado un hogar de dos o más personas
2. Registro civil de los hijos menores de edad.	2. Contar con ingresos totales mensuales del hogar no superiores a cuatro salarios mínimos legales mensuales vigentes, provenientes de una actividad informal o independiente.
3. Partida de matrimonio o declaración de unión marital de hecho.	3. No ser propietarios de vivienda (excepto para solicitar subsidio de mejoramiento de vivienda o construcción en sitio propio).
4. Certificado de evaluación de capacidad de crédito, en caso de ser mujer cabeza de hogar, certificado expedido por Bienestar Familiar o declaración extrajuicio.	4. Tener un ahorro previo como mínimo igual al 10% del valor total de la vivienda que se quiere adquirir.
5. Certificación que acredite su condición de damnificado.	5. No haber sido beneficiario anteriormente de un subsidio familiar de vivienda.
	6. No haber sido beneficiario de préstamos del Instituto de Crédito Territorial o del Fondo Nacional del Ahorro.
	7. Certificación que acredite su condición de damnificado.

La presente iniciativa busca brindarles a las víctimas de los desastres naturales la construcción o arreglo de las viviendas afectadas en un lapso corto, de tal manera que no se agudicen los problemas sociales en esos municipios y permite a los hogares de los estratos uno y dos acceder a una vivienda digna”.

Adicionalmente debemos mencionar que el Decreto 4587 de 2008, por el cual se modifican los artículos 1°, 2°, 3°, 4° y 7° del Decreto 2480 de 2005, 2° y 4° del Decreto 1694 de 2007 y se dictan otras disposiciones marca algunas prelación en la atención a las familias afectadas por desastres naturales, calamidad pública o emergencia, o con viviendas en zonas de alto riesgo ubicadas en áreas urbanas. Ello implica que para hacer justicia social con los habitantes de los sectores rurales que sufren el rigor de estas situaciones, siendo esta la población que presenta los mayores índices de necesidades básicas insatisfechas, debemos brindarle un trato más acorde con su importancia en el desarrollo de nuestra economía, que sigue teniendo un altísimo componente rural. Desde luego, al deslindar para este proyecto lo rural, no impide seguir diversas orientaciones del antes citado decreto.

### 5. Pliego de modificaciones

En armonía con lo antes escrito, consideramos necesario introducir ajustes al contenido del proyecto, comenzando con el título del mismo, para hacerlo más congruente con su propósito y para armonizarlo con la reglamentación que sobre el particular ha expedido el Gobierno Nacional en los últimos años.

Por ello a continuación presentamos las modificaciones propuestas y un cuadro comparativo con el texto aprobado en segundo debate de Cámara:

### 1. Título del proyecto

Se ajusta el título para que corresponda al contenido integral del proyecto, para efectos de lo cual se incluye, además de la asignación, la postulación y aplicación de los subsidios, así como la calamidad pública o emergencia y las viviendas ubicadas en zonas de alto riesgo, como destinatarias del subsidio.

**2. Artículo 1º.** Se determina claramente el campo de aplicación de la ley, circunscribiéndolo a las viviendas ubicadas en suelo rural definido como tal en la ley de ordenamiento territorial (Ley 388 de 1997).

**3. Artículo 2º.** En los requisitos para acceder al subsidio, además de los inicialmente previstos, se especifica que la familia postulante debe estar incluida en los censos oficiales del desastre natural o la situación que origina la pérdida o daño de la vivienda y se exigen los documentos de identidad de todos los integrantes del grupo familiar postulante.

Se adicionan cuatro párrafos, así:

**Parágrafo 1º.** Permite que la postulación y asignación del subsidio se tramite con una certificación del Comité Local de Prevención y Atención de Desastres mientras este hace la inclusión en el censo oficial. La aplicación del subsidio sólo procederá cuando se obtenga el aval y refrendación del Comité Regional y el Ministerio del Interior, respectivamente. De esta manera se permite a los afectados agilizar los trámites del subsidio evitando trabas y demoras por los trámites burocráticos.

**Parágrafo 2º.** Prevé que, sin perjuicio de las acciones legales a que hay lugar, cuando se compruebe que la información o documentación presentada por un grupo familiar no corresponde a la verdad, se procederá de manera inmediata a la exclusión de la postulación.

**Parágrafo 3º.** Establece como prerrequisito para el otorgamiento del subsidio para reubicación, la entrega formal del predio afectado. De esta manera se evita su futura utilización por parte del beneficiario del subsidio o por terceras personas. De igual manera se especifica que este subsidio sólo se puede otorgar por una sola vez.

**Parágrafo 4º.** Como garantía de condiciones de salubridad adecuadas para la utilización de un predio como sitio de habitación se exige la garantía del suministro de agua. Siendo el agua el líquido vital, es necesario asegurar su suministro en cualquier solución habitacional.

**4. Artículo 3º.** Se adiciona la categorización de las personas que pueden ser beneficiarias del subsidio, enmarcándola dentro de las pautas ya señaladas. Además se da la posibilidad de que el grupo familiar beneficiario sea propietario de otros bienes raíces en el territorio nacional. Con ello se pretende que el subsidio se dirija exclusivamente a las personas por su condición de afectadas por la si-

tuación de desastre o emergencia, siempre y cuando cumplan los requerimientos de esta ley, independientemente de que sean propietarios de otros bienes, generalmente lotes, pues ello no atenúa su grado de afectación. De igual manera se aclara la prioridad sobre otros programas de vivienda para indicar que es sobre otros no iniciados de objetivo diferente al previsto en este proyecto de ley en trámite. En lo anterior se ha seguido la orientación general que en la materia está en el Decreto número 4587 de 2008. Se agrega un párrafo que también está dentro de los lineamientos del Decreto antes citado, así: **Parágrafo.** En los casos en que la situación de desastre, calamidad pública o emergencia haya sido declarada como medida preventiva por encontrarse las familias ubicadas en zona de alto riesgo no mitigable, se entenderá que esta situación atiende a programas de reubicación que adelantarán las entidades territoriales para gestionar recursos del subsidio familiar de vivienda a través de las bolsas concursables establecidas por la normatividad vigente, en cumplimiento de su obligación de reubicar a las familias asentadas en zonas de alto riesgo no mitigable y de evitar nuevos asentamientos u ocupaciones en estas zonas, conforme lo dispuesto en el artículo 56 de la Ley 9ª de 1989.

**5. Artículo 4º.** Se fijan topes para la cuantificación del subsidio según el caso, pues en la forma tan abierta como viene redactado el proyecto se puede incurrir en imprecisiones contrarias a la equidad. Además, se varía el monto del subsidio según se trate de construcción en sitio propio, adquisición o mejoramiento de vivienda. También se adiciona la posibilidad de que el subsidio otorgado cubra hasta el ciento por ciento del valor de la solución requerida en cada caso.

Se adicionan dos párrafos, así:

**Parágrafo 1º.** Se desvincula del derecho al subsidio de los criterios de puntaje SISBEN o capacidad de endeudamiento del beneficiario, pues lo determinante en estos casos es la condición de damnificado del desastre natural o la emergencia.

**Parágrafo 2º.** También con el fin de evitar inequidades se determina que la posibilidad de otorgar el subsidio para adquisición de vivienda sólo aplica cuando no sea posible el mejoramiento o la construcción en sitio propio. En otras palabras no se puede aprovechar la calamidad para “estrenar” vivienda.

El artículo 5º del proyecto queda incluido y desarrollado en el artículo 4º de la presente ponencia.

**6. Artículo 5º.** Es un artículo nuevo que busca asegurar que el subsidio se destine al fin para el cual fue otorgado, exigiendo un certificado de la autoridad municipal o distrital competente, previo informe de la respectiva interventoría.

El artículo 6º no presenta modificaciones.



## CUADRO COMPARATIVO

Texto aprobado en segundo debate por la plenaria de Cámara	Texto propuesto para ponencia de primer debate Senado
<p><b>Proyecto de ley número 344 de 2009 Senado 078 de 2008 Cámara</b>, por medio de la cual se establecen criterios para la asignación de subsidios de vivienda para la población rural afectada por desastres naturales.</p>	<p><b>Proyecto de ley número 344 de 2009 Senado, 078 de 2008 Cámara</b>, por medio de la cual se establecen los requisitos y mecanismos ágiles para la postulación, asignación y aplicación de subsidios familiares de vivienda para la población rural afectada por desastres naturales, calamidad pública o emergencia, o con viviendas en zonas de alto riesgo.</p>
<p><b>Artículo 1°.</b> La presente ley reglamenta los subsidios de vivienda de interés social para la población rural afectada por desastres naturales o con viviendas en zonas de alto riesgo.</p>	<p><b>“Artículo 1°.</b> <i>Campo de aplicación.</i> La presente ley fija los mecanismos para la postulación, asignación y aplicación del Subsidio Familiar de Vivienda en suelo Rural, que otorgue el Banco Agrario de Colombia S.A. y las demás entidades del Estado que administren recursos públicos destinados para tal fin, otorgados a las familias que han perdido la totalidad de su vivienda o esta ha sido afectada como consecuencia de una situación de desastre natural, calamidad pública o emergencia o cuya vivienda se encuentre en zona de alto riesgo.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Para los efectos de esta ley se entiende por suelo rural el definido como tal de acuerdo con los parámetros de la ley 388 de 1997 y las normas que la adicionan, modifican o complementan.</p>
<p><b>Artículo 2°.</b> Requisitos para acceder al subsidio:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diligenciar correctamente el formulario de postulación.</li> <li>2. Fotocopia de la cédula de ciudadanía.</li> <li>3. Pertenecer al estrato uno o dos del Sisbén.</li> <li>4. Certificación del respectivo municipio donde se indique la condición de damnificado.</li> </ol>	<p><b>Artículo 2°.</b> Requisitos para acceder al subsidio:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Grupo Familiar postulante y su vivienda deben estar incluidos en los censos oficiales que con ocasión de una situación de desastre natural, calamidad pública o emergencia, o de construcciones en zonas de alto riesgo, emita el Comité Local de Prevención y Atención de Desastres, avalados por el Comité Regional de Prevención y Atención de Desastres y refrendados por la Dirección de Prevención y Atención de Desastres del Ministerio del Interior y de Justicia.</li> <li>2. Diligenciar correctamente el formulario de postulación.</li> <li>3. Presentar fotocopia de las cédulas de ciudadanía, tarjetas de identidad y/o registros civiles de los miembros del respectivo Grupo Familiar.</li> <li>4. Presentar la respectiva clasificación en el Sisbén.</li> </ol> <p><b>Parágrafo 1°.</b> En los casos en que la situación de desastre, calamidad pública o emergencia así lo amerite, se podrán adelantar los trámites de postulación y asignación de los recursos del subsidio con un informe del Comité Local de Prevención y Atención de Desastres, debiendo obtenerse el aval y la refrendación del Comité Regional de Prevención y Atención de Desastres y de la Dirección de Prevención y Atención de Desastres del Ministerio del Interior y de Justicia, respectivamente, antes de proceder a su aplicación.</p> <p><b>Parágrafo 2°.</b> Sin perjuicio de las acciones legales a que haya lugar, cuando se compruebe que la información o documentación presentada por un grupo familiar no corresponde a la verdad, se procederá de manera inmediata a la exclusión de la postulación.</p> <p><b>Parágrafo 3°.</b> En caso de reubicación, para efectos del desembolso del subsidio familiar de vivienda, el beneficiario deberá demostrar la transferencia del derecho de dominio o posesión del inmueble desalojado a la respectiva entidad territorial mediante certificación expedida por esta. Este subsidio sólo puede ser otorgado por una sola vez.</p> <p><b>Parágrafo 4°.</b> Las soluciones de vivienda a las que se puede destinar el subsidio deberán tener suministro inmediato de agua. El suministro de agua podrá prestarse mediante tecnologías tradicionales o alternativas que aseguren la prestación adecuada del servicio.</p>

Texto aprobado en segundo debate por la plenaria de Cámara	Texto propuesto para ponencia de primer debate Senado
<p><b>Proyecto de ley número 344 de 2009 Senado 078 de 2008 Cámara, por medio de la cual se establecen criterios para la asignación de subsidios de vivienda para la población rural afectada por desastres naturales.</b></p>	<p><b>Proyecto de ley número 344 de 2009 Senado, 078 de 2008 Cámara, por medio de la cual se establecen los requisitos y mecanismos ágiles para la postulación, asignación y aplicación de subsidios familiares de vivienda para la población rural afectada por desastres naturales, calamidad pública o emergencia, o con viviendas en zonas de alto riesgo.</b></p>
<p><b>Artículo 3°.</b> La selección de los beneficiarios la realizarán las entidades oferentes de conformidad con los procedimientos que para tal efecto se definan en el Reglamento Operativo y tendrán prioridad sobre cualquier otro programa de vivienda.</p>	<p><b>Artículo 3°.</b> <i>Beneficiarios.</i> Son beneficiarios de los subsidios de que trata esta ley los grupos familiares, poseedores u ocupantes conformados por una o más personas, cuyo lugar de habitación se haya visto afectado por situaciones de desastre natural, calamidad pública o emergencia, siempre y cuando cumplan las condiciones previstas en el artículo 2°, numeral 1 de esta ley.</p> <p>La selección de los beneficiarios del subsidio, de acuerdo con las normas vigentes, la realizarán las entidades oferentes de conformidad con los procedimientos que para tal efecto se definan en el Reglamento Operativo y tendrán prioridad sobre cualquiera otra programación no iniciada de subsidios de vivienda de destinación diferente a la prevista en esta ley.</p> <p>En todo caso los grupos familiares que puedan postularse para el otorgamiento de los subsidios de que trata esta ley podrán ser beneficiarios de los mismos, sin perjuicio de que figuren registrados como propietarios de más de un inmueble en el territorio nacional.</p> <p><b>Parágrafo.</b> En los casos en que la situación de desastre, calamidad pública o emergencia haya sido declarada como medida preventiva por encontrarse las familias ubicadas en zona de alto riesgo no mitigable, se entenderá que esta situación atiende a programas de reubicación que adelantarán las entidades territoriales, dentro del reglamento vigente, para gestionar recursos del subsidio familiar de vivienda a través de las bolsas concursables establecidas por la normatividad vigente, en cumplimiento de su obligación de reubicar a las familias asentadas en zonas de alto riesgo no mitigable y de evitar nuevos asentamientos u ocupaciones en estas zonas, conforme lo dispuesto en el artículo 56 de la Ley 9ª de 1989.</p>
<p><b>Artículo 4°.</b> La cuantía del subsidio de vivienda de interés social rural deberá cubrir el cien por ciento (100%) del valor de la construcción.</p>	<p><b>Artículo 4°.</b> <i>Valor del subsidio de vivienda para la población rural afectada por desastres naturales.</i> La cuantía del subsidio familiar de vivienda rural para los grupos familiares afectados por situaciones de desastre natural, calamidad pública o emergencias, se establece, atendiendo los requerimientos sociofamiliares, así:</p> <p>4.1 El valor del Subsidio Familiar de Vivienda Rural otorgado a esta población en las modalidades de construcción en sitio propio y adquisición de vivienda nueva o usada será de hasta veintidós salarios mínimos mensuales legales vigentes (22 smmlv).</p> <p>4.2 El valor del Subsidio Familiar de Vivienda Rural otorgado a esta población en la modalidad de mejoramiento será de hasta catorce (14) salarios mínimos mensuales legales vigentes.</p> <p>4.3 Tomando en cuenta los anteriores topes, el monto del Subsidio de Vivienda de Interés Social Rural otorgado a esta población no podrá ser superior a la totalidad del valor de la solución de mejoramiento, construcción en sitio propio o adquisición de vivienda nueva o usada, en la fecha de asignación del subsidio, según sea el caso.</p> <p><b>Parágrafo 1°.</b> Cuando se trate de subsidio de vivienda para los beneficiarios descritos en el artículo 3° de esta ley, no se podrá exigir, ni aplicar el criterio de puntaje Sisbén, ni los ingresos del grupo familiar postulante como requisitos para la postulación al Subsidio Familiar de Vivienda, ni como determinante del valor del subsidio.</p> <p><b>Parágrafo 2°.</b> La postulación para el subsidio familiar de vivienda en la modalidad de adquisición de vivienda nueva o usada, solo aplicará para los casos en que la vivienda afectada con ocasión de la situación de desastre, calamidad o emergencia, no pueda ser objeto de mejoramiento o de construcción en sitio propio.</p>
<p><b>Artículo 5°.</b> Para efectos de lo establecido en la presente ley los beneficiarios podrán aplicar el subsidio para mejoramiento de vivienda o para la construcción de vivienda nueva.</p>	<p><b>Artículo 5°.</b> <i>Certificado de aplicación del subsidio en la solución de vivienda.</i> Para efectos de la legalización de los subsidios de que trata esta ley, la respectiva entidad territorial, a través de la Oficina de Planeación Municipal o Distrital o quien haga sus veces, expedirá el certificado de aplicación del subsidio en la solución de vivienda construida, adquirida o mejorada con el subsidio familiar de vivienda para la población rural afectada por desastres naturales, calamidad pública o emergencia, sin costo alguno para el beneficiario en un plazo máximo de quince (15) días calendario contados a partir del recibo de las obras y una vez presentado el informe final de la interventoría realizada a la vivienda o al proyecto.</p>
<p><b>Artículo 6°.</b> La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p><b>Artículo 6°.</b> La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>

## 6. Proposición final

Dar primer debate al Proyecto de ley número 344 de 2009 Senado, 078 de 2008 Cámara, *por medio de la cual se establecen criterios para la asignación de subsidios de vivienda para la población rural afectada por desastres naturales*, conforme al texto con modificaciones que se presenta a continuación.

Atentamente,

*Alfonso Núñez Lapeira, Ricardo Arias Mora,*  
Senadores Ponentes.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO  
DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los nueve (9) días del mes de septiembre año dos mil nueve (2009)

En la presente fecha se autoriza la **publicación en la *Gaceta del Congreso*** de la República, el Informe de Ponencia para Primer Debate y Texto propuesto para Primer debate, en dieciséis (16) folios, **Proyecto de ley número 344 de 2009 Senado, 078 de 2008 Cámara, por medio de la cual se establecen criterios para la asignación de subsidios de vivienda para la población rural afectada por desastres naturales**. Autoría del Proyecto de Ley del honorable Representante *Buenaventura León León*.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

### TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE EN SENADO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 344 DE 2009 SENADO, 078 DE 2008 CAMARA

*por medio de la cual se establecen los requisitos y mecanismos ágiles para la postulación, asignación y aplicación de subsidios familiares de vivienda para la población rural afectada por desastres naturales, calamidad pública o emergencia, o con viviendas en zonas de alto riesgo.*

Artículo 1°. *Campo de aplicación.* La presente ley fija los mecanismos para la postulación, asignación y aplicación del Subsidio Familiar de Vivienda en suelo Rural, que otorgue el Banco Agrario de Colombia S.A. y las demás entidades del Estado que administren recursos públicos destinados para tal fin, otorgados a las familias que han perdido la totalidad de su vivienda o esta ha sido afectada como consecuencia de una situación de desastre natural, calamidad pública o emergencia o cuya vivienda se encuentre en zona de alto riesgo.

Parágrafo. Para los efectos de esta ley se entiende por suelo rural el definido como tal de acuerdo con los parámetros de la ley 388 de 1997 y las normas que la adicionan, modifican o complementan.

Artículo 2°. *Requisitos para acceder al subsidio:*

1. El Grupo Familiar postulante y su vivienda deben estar incluidos en los censos oficiales que con ocasión de una situación de desastre natural, calamidad pública o emergencia, o de construcciones en zonas de alto riesgo, emita el Comité Local de Prevención y Atención de Desastres, avalados por el Comité Regional de Prevención y Atención de Desastres y refrendados por la Dirección de Prevención y Atención de Desastres del Ministerio del Interior y de Justicia.

2. Diligenciar correctamente el formulario de postulación.

3. Presentar fotocopia de las cédulas de ciudadanía, tarjetas de identidad y/o registros civiles de los miembros del respectivo Grupo Familiar.

4. Presentar la respectiva clasificación en el Sisbén.

Parágrafo 1°. En los casos en que la situación de desastre, calamidad pública o emergencia así lo amerite, se podrán adelantar los trámites de postulación y asignación de los recursos del subsidio con un informe del Comité Local de Prevención y Atención de Desastres, debiendo obtenerse el aval y la refrendación del Comité Regional de Prevención y Atención de Desastres y de la Dirección de Prevención y Atención de Desastres del Ministerio del Interior y de Justicia, respectivamente, antes de proceder a su aplicación.

Parágrafo 2°. Sin perjuicio de las acciones legales a que haya lugar, cuando se compruebe que la información o documentación presentada por un grupo familiar no corresponde a la verdad, se procederá de manera inmediata a la exclusión de la postulación.

Parágrafo 3°. En caso de reubicación, para efectos del desembolso del subsidio familiar de vivienda, el beneficiario deberá demostrar la transferencia del derecho de dominio o posesión del inmueble desalojado a la respectiva entidad territorial mediante certificación expedida por esta. Este subsidio sólo puede ser otorgado por una sola vez.

Parágrafo 4°. Las soluciones de vivienda a las que se puede destinar el subsidio deberán tener suministro inmediato de agua. El suministro de agua podrá prestarse mediante tecnologías tradicionales o alternativas que aseguren la prestación adecuada del servicio.

Artículo 3°. *Beneficiarios.* Son beneficiarios de los subsidios de que trata esta ley los grupos familiares, poseedores u ocupantes conformados por una o más personas, cuyo lugar de habitación se haya visto afectado por situaciones de desastre natural, calamidad pública o emergencia, siempre y cuando cumplan las condiciones previstas en el artículo 2°, numeral 1 de esta ley

La selección de los beneficiarios del subsidio, de acuerdo con las normas vigentes, la realizarán las entidades oferentes de conformidad con los procedimientos que para tal efecto se definan en el Reglamento Operativo y tendrán prioridad so-

bre cualquiera otra programación no iniciada de subsidios de vivienda de destinación diferente a la prevista en esta ley.

En todo caso los grupos familiares que puedan postularse para el otorgamiento de los subsidios de que trata esta ley podrán ser beneficiarios de los mismos, sin perjuicio de que figuren registrados como propietarios de más de un inmueble en el territorio nacional.

Parágrafo. En los casos en que la situación de desastre, calamidad pública o emergencia haya sido declarada como medida preventiva por encontrarse las familias ubicadas en zona de alto riesgo no mitigable, se entenderá que esta situación atiene a programas de reubicación que adelantarán las entidades territoriales, dentro del reglamento vigente, para gestionar recursos del subsidio familiar de vivienda a través de las bolsas concursables establecidas por la normatividad vigente, en cumplimiento de su obligación de reubicar a las familias asentadas en zonas de alto riesgo no mitigable y de evitar nuevos asentamientos u ocupaciones en estas zonas, conforme lo dispuesto en el artículo 56 de la Ley 9ª de 1989.

Artículo 4°. *Valor del subsidio de vivienda para la población rural afectada por desastres naturales.* La cuantía del subsidio familiar de vivienda rural para los grupos familiares afectados por situaciones de desastre natural, calamidad pública o emergencias, se establece, atendiendo los requerimientos sociofamiliares, así:

4.1 El valor del Subsidio Familiar de Vivienda Rural otorgado a esta población en las modalidades de construcción en sitio propio y adquisición de vivienda nueva o usada será de hasta veintidós salarios mínimos mensuales legales vigentes (22 smmlv).

4.2 El valor del Subsidio Familiar de Vivienda Rural otorgado a esta población en la modalidad de mejoramiento será de hasta catorce (14) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

4.3 Tomando en cuenta los anteriores topes, el monto del Subsidio de Vivienda de Interés Social Rural otorgado a esta población no podrá ser superior a la totalidad del valor de la solución de mejoramiento, construcción en sitio propio o adquisición de vivienda nueva o usada, en la fecha de asignación del subsidio, según sea el caso.

Parágrafo 1°. Cuando se trate de subsidio de vivienda para los beneficiarios descritos en el artículo 3° de esta ley, no se podrá exigir, ni aplicar el criterio de puntaje Sisbén, ni los ingresos del grupo familiar postulante como requisitos para la postulación al Subsidio Familiar de Vivienda, ni como determinante del valor del subsidio.

Parágrafo 2°. La postulación para el subsidio familiar de vivienda en la modalidad de adquisición de vivienda nueva o usada, solo aplicará para los casos en que la vivienda afectada con ocasión de la situación de desastre, calamidad o emergencia, no pueda ser objeto de mejoramiento o de construcción en sitio propio.

Artículo 5°. *Certificado de aplicación del subsidio en la solución de vivienda.* Para efectos de la legalización de los subsidios de que trata esta ley, la respectiva entidad territorial, a través de la Oficina de Planeación Municipal o Distrital o quien haga sus veces, expedirá el certificado de aplicación del subsidio en la solución de vivienda construida, adquirida o mejorada con el subsidio familiar de vivienda para la población rural afectada por desastres naturales, calamidad pública o emergencia, sin costo alguno para el beneficiario en un plazo máximo de quince (15) días calendario contados a partir del recibo de las obras y una vez presentado el informe final de la interventoría realizada a la vivienda o al proyecto.

Artículo 6°. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Presentado por,

*Alfonso Núñez Lapeira, Ricardo Arias Mora,*

Senadores Ponentes.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO  
DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los nueve (9) días del mes de septiembre año dos mil nueve (2009).

En la presente fecha se autoriza la **publicación en la Gaceta del Congreso** de la República, el Informe de Ponencia para Primer Debate y Texto propuesto para Primer debate, en dieciséis (16) folios, **Proyecto de ley número 344 de 2009 Senado, 078 de 2008 Cámara, por medio de la cual se establecen criterios para la asignación de subsidios de vivienda para la población rural afectada por desastres naturales.** Autoría del proyecto de ley del honorable Representante *Buenaventura León León.*

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

\* \* \*

**INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 034 DE 2008 SENADO, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NUMERO 133 DE 2008 SENADO**

*por la cual se establece la Ley de Promoción y Prevención en Salud Mental y se dictan otras disposiciones, acumulado con el Proyecto de ley número 133 de 2008 Senado, por la cual se establecen normas para la promoción, prevención y protección de la salud mental y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá, D. C., agosto 26 de 2009

Doctor

JAVIER CACERES LEAL

Presidente

Senado de la República

Ciudad

**Ref.:** Informe de Ponencia para segundo debate del Proyecto de ley número 034 de 2008 Senado, acumulado con el Proyecto de ley número 133 de 2008 Senado.

Señor Presidente:

En cumplimiento de la designación que nos fue hecha, presentamos el informe para segundo debate al Proyecto de ley número 034 de 2008 Senado, “por la cual se establece la Ley de Promoción y Prevención en Salud Mental y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de ley número 133 de 2008 Senado, “por la cual se establecen normas para la Promoción, Prevención y Protección de la Salud Mental y se dictan otras disposiciones”, para efectos de lo cual nos permitimos hacer las siguientes consideraciones:

### 1. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

1.1 El día ocho (8) de mayo de 2008 fue radicado en la Secretaría General del Senado de la República el Proyecto de ley número 285 de 2008 Senado, “por la cual se establece la Ley de Promoción y Prevención en Salud Mental y se dictan otras disposiciones”, por la Senadora Elsa Gladys Cifuentes A. Fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 239 del jueves 8 de mayo de 2008. Con fecha 4 de junio de 2008 fue presentada ponencia para primer debate, publicada en la *Gaceta del Congreso* número 328 del viernes 6 de junio de 2008. Al no alcanzar trámite dentro de la legislatura 2007-2008, en la última sesión de la Comisión dentro de la misma fue retirado.

1.2 El día 22 de julio de 2008 fue presentado ante la Secretaría General del Senado de la República por la misma Senadora el Proyecto de ley número 034 de 2008 Senado, con igual título y orientación.

1.3 El día 28 de agosto de 2008 fue presentado por el Senador Carlos Julio González Villa el Proyecto de ley número 133, “por la cual se establecen normas para regular la protección de la salud mental y se dictan otras disposiciones”. Fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 566 del lunes 1º de septiembre de 2008.

1.4 Mediante trámite de proposición al efecto de octubre 8 de 2008, los anteriores proyectos fueron acumulados, en armonía con el artículo 151 de la Ley 5ª de 1992.

1.5 El día nueve (9) de junio de 2009, en Sesión Ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, fue considerada y sustentada la ponencia para primer debate de los Proyectos de ley números 34 de 2008 y 133 de 2008 Senado.

1.6 En la sesión se aprobó por unanimidad el bloque del articulado del proyecto y el título del proyecto de la siguiente manera: “Por la cual se establecen normas para la promoción, prevención y protección de la salud mental y se dictan otras disposiciones”.

## 2. VISION GENERAL

### A. DEL PROYECTO DE LEY NUMERO 034 DE 2008 SENADO

De acuerdo con la exposición de motivos:

“En Colombia algunos estudios<sup>1</sup> han planteado una relación directa entre violencia y trastorno mental y para el caso comparan las elevadas cifras sobre el maltrato a la niñez y el suicidio infantil, aun cuando se conoce que estas problemáticas presentan un subregistro en la información. Para el año 2001 el suicidio infantil alcanzó la cifra de cien niños y niñas al año y en este mismo año se registraron 6.000 niños y niñas enrolados en los grupos armados ilegales, se recibieron 30 denuncias diarias por abusos sexuales en menores y se conoció que aproximadamente 25.000 niños y niñas eran víctimas de explotación sexual.

Así mismo, el Ministerio de la Protección Social<sup>2</sup> realizó en los años 2003-2004, el Estudio Nacional de Salud Mental, en el cual se encontró que alrededor de ocho de cada veinte colombianos, tres de cada veinte y uno de cada catorce, presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida en los últimos doce meses y en los últimos 30 días, respectivamente. El tipo de trastorno más frecuente fue el trastorno de ansiedad (19.3% alguna vez), seguido del trastorno de estado de ánimo (15%) y el uso de sustancias psicoactivas (10.6%). Otros resultados del mismo estudio muestran cómo el 40.1% de los colombianos ha tenido alguna vez un trastorno mental derivado de la falta de afecto o por el uso de sustancias psicoactivas. Las mujeres son mayormente afectadas por los episodios depresivos, al contrario de los hombres, donde prevalecen los episodios maníacos. Los trastornos de ansiedad según género, vividos alguna vez en la vida afectan más a las mujeres, así como la fobia específica. En cuanto al estrés postraumático triplica la presencia en mujeres con relación a los hombres. Entre los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, el uso de alcohol, la dependencia a la nicotina y el abuso y dependencia a las drogas, es más frecuente en hombres que en mujeres. Con relación a la prevalencia del intento de suicidio para la población colombiana, el estudio mostró que cinco de cada cien hombres y una de cada cien mujeres han intentado suicidarse en los últimos doce meses.

Como una conclusión general del estudio, se propone *“considerar a los trastornos mentales como enfermedades crónicas con derecho a tratamiento, así como mejorar la conciencia popular acerca de los trastornos mentales y la efectividad del tratamiento integral. Para ello se hace necesario incidir en las políticas públicas y en su operacionalización a través de los planes de*

<sup>1</sup> Angosto, Tiburcio. Colombia: Del Coronel Buendía a Rosario Tijeras, Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, Vol. 2, número 1, 2002 (Ejemplar dedicado a: Cooperación Internacional en Salud Mental).

<sup>2</sup> Ministerio de la Protección Social. Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia, 2005.

*salud en las diferentes entidades territoriales. En tal sentido, se propone transitar un camino basado en la generación de un proceso de planeación colectiva, con la participación de todos los actores que intervienen en la salud mental, sustentado en unos principios democráticos, que permitan buscar una relación más equitativa entre los intereses conjuntos de hombres y mujeres, vista en los diferentes momentos de la vida; de tal forma que las transformaciones en la condición de la salud mental de la población se logre a través de procesos de corto, mediano y largo plazo, basados en la definición de escenarios posibles y factibles, con una mirada prospectiva de la salud mental”<sup>3</sup>.*

La anterior conclusión se une a varias recomendaciones derivadas de la reflexión hecha en el Primer Congreso Nacional por la Salud, realizado en el año 2001, donde se identificó una falta de equidad en el sistema de salud colombiano y la necesidad de trabajar en la transformación virtuosa de algunas situaciones generadoras de vulnerabilidad social como: La pobreza, que afecta cada vez a un mayor número de población, la concentración de la riqueza y la brecha entre ricos y pobres, que es una de las más altas en toda América Latina, la disminución en los planes de beneficios en salud y el privilegio de la rentabilidad del sistema de salud, por encima de la Solidaridad, la falta de planificación de la salud pública por parte del Estado, unida a la precariedad de su intervención, especialmente en el campo de la Salud Mental y el escenario restringido que ha creado la Ley 100 de 1993, pues al convertir todos los servicios de salud pública en Empresas Sociales del Estado, sometió la prestación de los servicios de salud a la búsqueda de financiación privada, favoreciendo la creación de servicios privados en detrimento de los servicios comunitarios o ambulatorios, pues esta ley se basó en un modelo de rendimiento de la atención prestada y el pago por hospitalización. Por lo tanto, desestima la actividad ambulatoria, pues no es rentable.

Igualmente, en dicho Congreso se planteó que no existe una legislación de promoción y prevención en salud mental, ni existen programas de rehabilitación y reinserción social de los pacientes afectados por enfermedad mental y en muchos casos no hay diferenciación de tratamiento en términos de su clasificación entre agudos y crónicos. No se cuenta con estructuras intermedias como hospitales de día, redes de equipos interdisciplinarios, programas de salud comunitaria, etc., que propongan tratamientos de tipo ambulatorio y desde una perspectiva amplia de comprensión y transformación social. Los programas de formación de los profesionales de la salud mental están circunscritos al ámbito de las universidades, donde priman los modelos de formación reduccionis-

tas, orientados exclusivamente a la intervención médico-farmacológica y las actividades hospitalarias, sin una perspectiva amplia de investigación y comprensión integral de la salud mental de la cual se desprendan nuevas formas de identificación de evidencia emergente, trabajo extrahospitalario e intervención comunitaria.

Con la intención de subsanar algunos vacíos en este sentido, el Estado colombiano ha logrado avances significativos en materia de reglamentación en salud mental, aunque ello no corresponde en igual medida a la transformación efectiva de las condiciones reales de la salud mental de los y las colombianas. La Ley 1122 de 2007 reposicionó la salud mental como una de las dimensiones esenciales de la salud integral y la incorporó en el Plan Nacional de Salud Pública y concretamente dentro del Plan de Intervenciones Colectivas. De igual manera, se ha construido una plataforma normativa de promoción y prevención en salud pública desarrollada, entre otros, a través de los Decretos 3518 y 2323 y la Resolución 1043 de 2006. De manera más específica, se cuenta con los Decretos 3039 de 2007 y 4747 de 2007 y la Resolución 425 de 2008, en los cuales se señala de manera expresa la incorporación de la salud mental dentro de los planes territoriales de salud. Por último, mediante el Conpes 112 de 2008, se redistribuyó el porcentaje de asignación de recursos que deberá destinarse a salud pública, incluyendo las acciones tendientes a fortalecer la salud mental.

Todo lo anterior pone en evidencia la complejidad de la salud mental y la necesidad de visibilizarla y posicionarla como un bien individual y colectivo y no solo como ausencia de trastorno mental. Esto implica dimensionar la salud mental como un derecho fundamental en la vida de las personas y las comunidades y en función de ello, establecer en el sistema de salud y en sus relaciones de intersectorialidad con otros sectores del desarrollo, acciones contundentes que busquen su garantía, protección y restitución.

Teniendo en cuenta la importancia e implicaciones de toda la problemática de la salud mental, hemos emprendido un trabajo de diálogo y concertación con diferentes actores vinculados a dicho campo y producto de ello, hemos construido este proyecto de ley que queremos plantearle al país, pues consideramos la urgente necesidad de contar con un marco de ley que atienda la Promoción y la Prevención en Salud Mental como acción urgente y prioritaria para favorecer el bienestar humano y colectivo, pero también para contribuir a nuestra reconstrucción como sociedad.

Dicho proyecto de ley tiene como objeto “Garantizar el derecho a la Salud Mental de todas las personas que habitan el territorio colombiano” y se sustenta en los principios de la Constitución Política de 1991. Para tal efecto, ha sido estructurado en tres grandes Capítulos: El Capítulo I, que trata sobre las disposiciones generales: Objeto, principios, derechos. Capítulo II,

<sup>3</sup> Ministerio de la Protección Social. Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales de salud (2005).

acerca del ámbito de aplicación, los lineamientos y acciones, las funciones de cada nivel de competencia, sobre el Consejo Nacional de Promoción y Prevención en salud Mental, funciones de Consejo Nacional de Promoción y Prevención en Salud Mental, sobre el Consejo Departamental de Promoción y Prevención en Salud Mental, funciones del Consejo Departamental de Promoción y Prevención en Salud Mental. Capítulo III, acerca de los Lineamientos Conceptuales y Técnicos: Referente conceptual para la Formulación de la Política Pública de Promoción y Prevención en Salud Mental, Finalidad de la Promoción y Prevención en Salud Mental, propósitos de la Política Pública de Promoción y Prevención en Salud Mental, recursos, organización, alcance, objetivos del Plan Departamental para la descentralización de la Política Pública de Promoción y Prevención en Salud Mental, estrategias de la formulación del Plan Departamental para la descentralización de la Política de Promoción y Prevención en Salud Mental. Capítulo IV, Regulación, vigilancia y control: Papel del Ministerio de la Protección Social y de la Dirección de Salud Pública. Por último, se presentan las disposiciones transitorias.

El alcance del proyecto de ley y su importancia radica en el hecho de establecer de manera clara los lineamientos de implementación para todo el territorio nacional y distribuyen de igual manera las responsabilidades que para su cumplimiento son indispensables. Establece la proveniencia de los recursos que la harían sostenible y determina el carácter de los funcionarios que tienen la competencia profesional para ejecutarla, además de señalar los caminos de articulación entre el sector público y la academia para un trabajo conjunto que pueda contribuir a la garantía de tan importante derecho. Así mismo, se proponen líneas de acción que desencadenen procesos orientados a incidir afirmativamente el campo de la prevención y promoción en Salud Mental.

## **B. DEL PROYECTO NUMERO 133 DE 2008 SENADO**

De acuerdo con la exposición de motivos:

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

En este sentido, el mensaje en el que ha insistido la Organización Mundial de la Salud, es suficientemente claro: “La salud mental, demasiado tiempo

*descuidada, es nefasta para el bienestar general de las personas, las sociedades y los países y exige nuevos planteamientos en todos los frentes”.*

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

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

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

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

Es claro que además del sufrimiento de los enfermos mentales, habremos de tomar en consideración la reducción en la productividad de quienes los padecen, sus familiares y aquellos encargados de su cuidado. A lo que habremos de añadir, el incremento drástico en los gastos de salud que experimentan las familias cuyos miembros sufren este tipo de trastornos y el efecto probado que estos tienen sobre la evolución de las afecciones crónicas asociadas. Situaciones estas de por sí muy graves, que cobran en el país dimensiones cada vez más

alarmantes dados los altos índices de pobreza y el hecho de que son los pobres quienes más dificultades suelen afrontar, en virtud de las condiciones de inequidad en el acceso a la atención médica.

Así pues, no hay duda que estos factores convierten a la Salud Mental en un tema prioritario de salud pública, al tiempo que obligan al país a comprometerse en un esfuerzo decidido e integral para establecer disposiciones normativas claras en materia de prevención, educación y rehabilitación. Medidas estas que han de permitir reducir las tasas de morbilidad asociadas a los trastornos mentales, además de buscar un impacto positivo en otras áreas en el país enfrenta retos importantes. Así, por ejemplo, ha sido demostrado que la reducción en el consumo ilegal de drogas y el tratamiento asistencial a los adolescentes que las usan, puede atenuar el riesgo de contraer VIH/SIDA, así como reducir los índices de criminalidad en este grupo etéreo.

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

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

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

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

Así, su articulado insiste en la importancia de la Declaración de Alma Atta, en el sentido de concebir la atención primaria en salud, como la clave para avanzar en el cumplimiento constitucional de asegurar la salud de los colombianos y las colombianas. Al mismo tiempo, apunta al desarrollo

de mecanismos que permitan su puesta en práctica, propendiendo por asegurar la disponibilidad de medicamentos a la población, la prestación de atención a la comunidad, la educación frente a la salud mental, el involucramiento de comunidades, familias y consumidores; el desarrollo del recurso humano y el apoyo a la investigación como componente fundamental del sistema.

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

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

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

### **3. TEXTO DE LOS PROYECTOS ACUMULADOS**

3.1 La secuencia del Proyecto de ley 033 de 2008 Senado es: Objeto, Principios, Derechos, Ambito de aplicación, Lineamientos Conceptuales y Técnicos; Regulación, Vigilancia y Control y disposiciones transitorias.

3.2 La secuencia del Proyecto de ley 133 de 2008 Senado es: Objeto, Principios, Objetivos, Ambito de Acción; de la prestación de servicios en salud mental; de la administración y el funcionamiento de las redes; disposiciones complementarias.



#### 4. ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL

El Ministerio de la Protección Social, con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y mediante Convenios de Cooperación con la Organización Mundial de la Salud, la Universidad de Harvard y la Fundación FES-Social, durante los años 2003-2004 desarrolló el *Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia 2003* y una propuesta de *Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia*.

En este marco, en Colombia se llevó a cabo un estudio de prevalencia en una muestra probabilística de 4.544 adultos entre 18 y 65 años de edad, residentes de 5.526 hogares urbanos de los diferentes estratos socioeconómicos de 60 municipios de 25 departamentos del país. Para el desarrollo de dicho estudio, el instrumento utilizado fue la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview), en su versión computarizada (CIDI-CAPI, versión certificada 15), suministrada por la Universidad de Harvard.

La CIDI CAPI es una entrevista diagnóstica estructurada instalada en un computador portátil y aplicada en una entrevista cara a cara por entrevistadores legos. Esta proporciona diagnósticos de alguna vez en la vida, durante los últimos doce meses y durante los últimos treinta días, según los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-IV (DSM-IV) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para 17 diagnósticos principales y 6 diagnósticos secundarios.

En este documento se presentan los diagnósticos de acuerdo con el DSM-IV. El instrumento contiene, además, módulos que investigan características sociodemográficas, empleo, finanzas, factores del matrimonio y los hijos, redes sociales, carga familiar, condiciones médicas crónicas, fármaco epidemiología, discapacidad y uso de servicios.

En este marco, en Colombia se llevó a cabo un estudio de prevalencia en una muestra probabilística de 4.544 adultos entre los 18 y 65 años de edad, residentes de 5.526 hogares urbanos de los diferentes estratos socioeconómicos de 60 municipios de 25 departamentos del país.

Los resultados de la encuesta muestran que alrededor de ocho de cada 20 colombianos, tres de cada 20 y uno de cada 14, presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19.3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10.6%).

Por regiones se encontró que la prevalencia de cualquier trastorno "alguna vez en la vida", la región Bogotá, D. C., es la que presenta la prevalencia más elevada: 46.7% en contraste con 40.1%

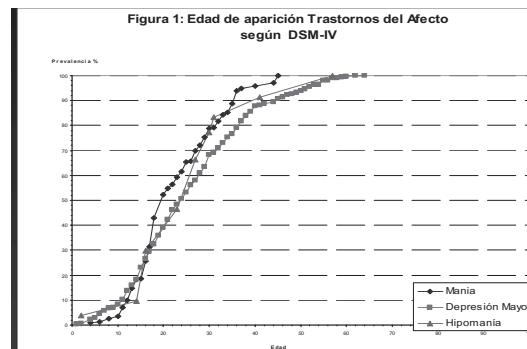
que fue la prevalencia de cualquier trastorno para todo el país. Además, solo una de cada 10 personas con un trastorno mental recibió atención psiquiátrica. El grupo clasificado como Otros trastornos (ver cuadros) son los diagnósticos que generaron más uso de servicios psiquiátricos (4.2%).

La prevalencia de vida de trastornos por uso de sustancias es de 10.6% en el país. El abuso de alcohol es el principal problema. La prevalencia de vida para abuso de esta sustancia es de 6.7%, lo que nos indica que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol. La diferencia por sexo es marcada, si tenemos en cuenta que uno de cada 10 hombres abusa del alcohol comparado con una de cada 80 mujeres.

A continuación presentamos algunos cuadros y gráficos tomados del estudio, así:

FIGURA 1

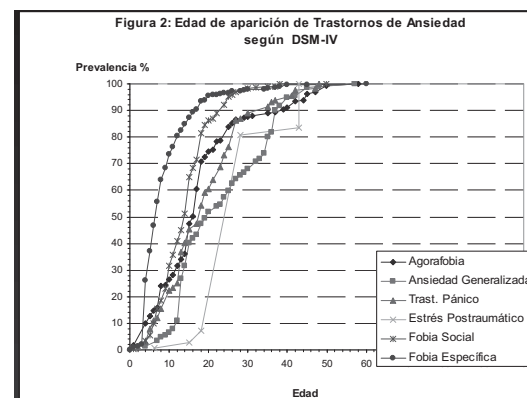
#### Edad de aparición de trastornos del estado de ánimo (\*)



En la Figura 1 se observa la edad de aparición de los trastornos del estado de ánimo. Se encuentra que las edades de inicio para las tres enfermedades son similares; el trastorno bipolar I (manía) con 20 años y la depresión y trastorno bipolar II (hipomanía) con 24 años.

FIGURA 2

#### Edad de aparición de trastornos de ansiedad (\*)

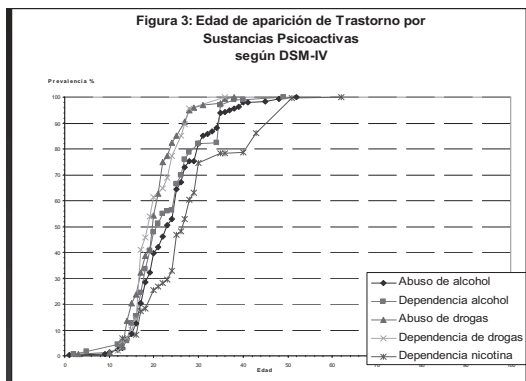


Como se observa en la Figura 2, la edad de inicio de los diferentes trastornos de ansiedad es diversa y va desde los 6 años hasta los 24 años,

así: Fobia específica, 7 años; fobia social, 14 años; agorafobia, 16 años; trastorno de angustia, 17 años; ansiedad generalizada, 18 años; trastorno de estrés postraumático, 24 años.

FIGURA 3

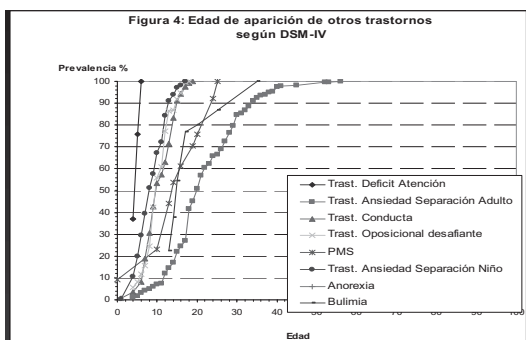
**Edad de aparición de trastornos relacionados con sustancias (\*)**



En la Figura 3, que muestra la edad de aparición de los trastornos relacionados con sustancias, se encuentra entre los 18 a 26 años, así: Dependencia de drogas, 18 años; abuso de drogas, 20 años; dependencia de alcohol, 21 años; abuso de alcohol, 23 años; dependencia de nicotina, 26 años.

FIGURA 4

**Edad de aparición de otros trastornos (\*)**



En la Figura 4 se muestra la edad de inicio de otros trastornos. Se observa gran heterogeneidad en la edad de inicio de estos trastornos. Se encuentra lo siguiente: Trastorno de déficit de atención, 5 años; trastorno de ansiedad de separación, 8 años; trastorno negativista desafiante y trastorno disocial, 10 años; bulimia nerviosa, 15 años; trastorno de ansiedad de separación del adulto, 20 años.

TABLA

**Frecuencias de uso de servicios de salud por trastornos mentales (\*)**

Trastorno Servicio	Trastornos del estado de ánimo	Trastornos de ansiedad	Trastornos control impulsos	Trastornos por sustancias	Cualquier trastorno
Psiquiatra	2.2	1.9	4.2	1.6	2.1
Especialista	9.5	6.3	6.2	3.7	6.2
Médico general	5.2	5.6	3.6	0.0	4.1

Trastorno Servicio	Trastornos del estado de ánimo	Trastornos de ansiedad	Trastornos control impulsos	Trastornos por sustancias	Cualquier trastorno
Servicios sociales	3.7	1.4	2.3	1.5	1.7
Medicina alternativa	3.5	3.9	1.1	1.2	2.5
Total frecuencia de uso	14.2	12.0	13.0	5.3	11.0
Total frecuencia de no uso	85.8	88.0	87.0	94.7	89.0

La Tabla presenta el uso de servicios para la atención de los trastornos mentales en Colombia entre aquellas personas que reportaron algún trastorno del DSM-IV en los últimos 12 meses.

(\*) Ministerio de la Protección Social. Fundación FES-SOCIAL. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003.

**5. PLAN NACIONAL DE SALUD PUBLICA 2007-2010**

**Mediante Decreto 3039 de 2007 fue adoptado el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010**

De acuerdo con los enfoques del plan:

En desarrollo de las competencias consagradas en la Constitución Política, la Ley 9ª de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 691 de 2001, Ley 1122 de 2007 y la Ley 1151 de 2007, el Ministerio de la Protección Social, como ente rector del Sistema de Protección Social, del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– y del sector salud, tiene la función de proveer de manera integral las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren las condiciones de salud de la población.

Al Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, le corresponde definir cada cuatro años el Plan Nacional de Salud Pública. El Plan Nacional de Salud Pública incluye:

1. Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los Tratados y Convenios Internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.
2. Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

De acuerdo con lo establecido en las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, 691 de 2006 y 1122 de 2007, corresponde a las entidades nacionales, a las entidades adscritas al Ministerio de la Protección Social, a las Direcciones Territoriales de Salud, a las Entidades Promotoras de Salud –EPS– a las entidades de los regímenes especiales y de excepción, a las Administradoras de Riesgos Profesionales –ARP– a los Prestadores de Servicios de Salud –IPS– a los Resguardos Indígenas y a la sociedad civil en general, adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública.

Para ello, se formulará y aprobará el Plan de Salud Territorial a cargo de las Direcciones Territoriales de Salud. Comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud –POS– del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales. Los anteriores Planes se formularán en coherencia con los perfiles de salud territorial. Además, se adoptará el sistema de evaluación de resultados para realizar los correctivos pertinentes y así cumplir con las metas definidas para el cuatrienio.

Por tanto, el Ministerio de la Protección Social, previa consulta a expertos y concertación con los actores del sector salud, formula el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, cuyo propósito es definir la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población colombiana, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida, mediante acciones sectoriales e intersectoriales.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, en coherencia con las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, previstas en la Ley 1151 de 2007, define las prioridades en salud de los próximos cuatro años, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento y las enmarca en las competencias de todos los actores involucrados conforme a los recursos disponibles.

Si bien es clara la temporalidad del Plan antes citado, preciso es mencionarlo en cuanto que la ley en trámite tiene relación con el mismo. Al respecto citamos lo siguiente de dicho Plan Nacional:

“CAPITULO V

**Prioridades nacionales en salud”**

Entre las razones que fundamentan la necesidad de establecer prioridades en salud, las más destacadas son: El cambio en los patrones en salud (por envejecimiento poblacional, cambio en los determinantes por desarrollo económico y social, nuevas patologías), el cambio en los conceptos de salud (descubrimientos de nuevas causalidades, tratamientos para situaciones antes incurables), las necesidades y expectativas de los grupos de interés, exceden los recursos disponibles (necesidades de salud infinitas, nuevas tecnologías, intereses particulares) y sobre todo, porque el uso de los recursos salud es de interés público y existe la exigencia de hacerlo de forma eficiente, donde el bienestar para la mayoría prime y se impacte de la manera más amplia posible.

El Plan Nacional de Salud Pública define las prioridades y los parámetros de actuación en respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a compromisos establecidos por la Nación en los Acuerdos Internacionales.

Los objetivos de las prioridades en salud son respuesta a las necesidades del país en materia de salud, las cuales han sido debatidas y consensuadas con los distintos actores del sector, de otros sectores y representantes de los ciudadanos y usuarios de los servicios de salud, a través de mesas de discusión y aportes individuales y de diferentes colectividades.

Las prioridades nacionales en salud son:

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
- 4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.**
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.
7. La nutrición.
8. La seguridad sanitaria y del ambiente.
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

(Destacado fuera de texto).

Las prioridades en salud del Plan Nacional de Salud Pública son de estricto cumplimiento en la Nación, en los planes de salud territoriales y en los planes operativos de las Entidades Promotoras de Salud –EPS– en coherencia con los perfiles de salud territorial”.

**6. Articulado y título aprobado en primer debate.** En la ponencia para primer debate, publicada en la *Gaceta del Congreso* número 221 del lunes veinte (20) de abril de 2009, fue presentado un cuadro comparativo de los textos de los proyectos acumulados y del texto propuesto para primer debate. De igual manera, fue propuesto el siguiente título para los proyectos acumulados: “Por la cual se establecen normas para la promoción, prevención y protección de la salud mental y se dictan otras disposiciones”. Tanto el texto como el título propuestos para primer debate fueron aprobados sin modificación. El texto definitivo aprobado en primer debate fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 508 del martes dieciséis (16) de junio del presente año.

**7. PROPOSICION FINAL**

En armonía con lo antes escrito, proponemos dar segundo debate al **Proyecto de ley número 034 de 2008 Senado**, “por la cual se establece la Ley de Promoción y Prevención en Salud Mental y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el **Proyecto de ley número 133 de 2008 Senado**, “por la cual se establecen normas para regular la protección de la salud mental y se dictan otras disposiciones”, conforme al texto y título aprobado en primer debate, los cuales se anexan al presente informe de ponencia.

Atentamente,

*Dilian Francisca Toro Torres, Alfonso Núñez Lapeira, Luis Carlos Avellaneda Tarazona, Ricardo Arias Mora,*

Ponentes.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE  
LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los primeros (01) días del mes de septiembre año dos mil nueve (2009)

En la presente fecha se autoriza la **publicación en la Gaceta del Congreso** de la República, el Informe de Ponencia para segundo debate y texto propuesto para segundo debate, en veinticuatro (24) folios, al **Proyecto de ley número 034 de 2008 Senado**, “por la cual se establece la Ley de Promoción y Prevención en Salud Mental y se dictan otras disposiciones”, **acumulado con el Proyecto de ley número 133 de 2008 Senado**, “por la cual se establecen normas para regular la protección de la salud mental y se dictan otras disposiciones”. Autoría del proyecto de ley de

los honorable Congresistas: honorables Senadores *Elsa Gladys Cifuentes Aranzazu* y *Carlos Julio González Villa*.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

**TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 034 DE 2008 SENADO, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NUMERO 133 DE 2008 SENADO**

*por la cual se establecen normas para la Promoción, Prevención y Protección de la Salud Mental y se dictan otras disposiciones.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

**CAPITULO I**

**Objeto, principios, objetivos, ámbito de acción**

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

Artículo 2°. *Principios.* La prestación de los servicios de promoción, prevención, atención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se realizará con sujeción a los principios de Eficiencia, Eficacia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Unidad y Participación contemplados en la Ley 100 de 1993 y el Trabajo en Red.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

g) Desarrollar un trabajo en red entre las diferentes Entidades Prestadoras de Servicios, que permita normalizar el diseño de procesos y procedimientos.

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

**CAPITULO II**

**Ámbito de aplicación**

Artículo 4°. *Ámbito de aplicación.* El ámbito de aplicación de la presente ley está enmarcado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente en el campo de la salud pública, en el nivel nacional y en los niveles departamental y municipal en los Planes Territoriales de Salud y en el Plan de Acción Departamental para la Descentralización de la Ley de Promoción y Prevención en Salud Mental.

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

Para efectos de la presente ley, el concepto de Salud Mental se entiende:

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

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

3. **Como componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.** La Salud Mental es uno de los componentes esenciales del bienestar general de los colombianos. En la medida que el Estado incentive y garantice su eficiente promoción será más fácil para los ciudadanos satisfacer sus aspiraciones, alcanzar una vida digna, dar solución de muchas de sus necesidades insatisfechas y trabajar en la construcción de una sociedad más justa.

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

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

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

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

Artículo 5°. *Lineamientos y acciones.* Para efectos de la integración, funcionamiento e inversión de la Promoción y Prevención en Salud Mental, se crea el Sistema Red Nacional de Salud Mental, constituido por el Ministerio de la Protección Social, a través de la Dirección de Salud Pública, las Secretarías Departamentales de Salud y las Unidades Locales de Salud.

Artículo 6°. *Funciones de cada nivel de competencia.* Corresponde al Gobierno Nacional, a través del Ministerio de la Protección Social, representado en la Dirección de Salud Pública diseñar, regular y controlar el Sistema Red Nacional de Salud Mental. Son sus funciones:

1. La reglamentación, implementación, regulación, evaluación y control de la Ley de Promoción y Prevención en Salud Mental, de conformidad con sus principios y objetivos.

2. La coordinación intersectorial para la implementación de la presente ley, donde se articulen las responsabilidades que deberá asumir cada Ministerio en materia de promoción y prevención de la Salud Mental y se expliciten las intervenciones y recursos que asignarán para ello.

3. La regulación del ejercicio de las profesiones pertenecientes a las ciencias de la salud y las ciencias sociales que se relacionen específicamente con el ámbito de la promoción y prevención en salud mental.

4. La promoción de la inclusión de los elementos conceptuales y técnicos para la identificación y detección temprana de los trastornos mentales, en los programas y procesos de formación de profesionales de la salud.

5. La promoción de la capacitación del personal que desarrolle actividades de salud mental.

6. El fortalecimiento de la investigación en salud mental.

7. El montaje y puesta en marcha de un sistema descentralizado de información y vigilancia epidemiológica que incluya la investigación estadística y cualitativa en Salud Mental, de la cual carece el país.

8. La promoción de la capacitación del personal, incluyendo la formación médica, psicológica, sociológica e investigativa y la preparación y entrenamiento psicológico personal para intervenir de manera idónea y siempre constructiva la promoción y prevención de la Salud Mental.

9. La articulación territorial de la presente ley dentro de los Planes Territoriales y la orientación técnica para el diseño e implementación del Plan de Acción Departamental para la descentralización de la promoción y prevención en Salud Mental en los Departamentos y sus municipios.

10. La conformación de la Mesa Nacional de Promoción y Prevención en Salud Mental y su convocatoria mínimo dos veces al año para el análisis, seguimiento y evaluación de la implementación de la presente ley.

11. La asignación anual del presupuesto correspondiente a los recursos del Sistema General de Participaciones, con destino a la Ley de Promoción y Prevención en Salud Mental, a fin de garantizar su ejecución.

Artículo 7°. *Mesa Nacional de Promoción y Prevención en Salud Mental.* La Mesa Nacional tendrá un carácter consultivo y de evaluación de la implementación de la Ley de Promoción y Prevención en Salud Mental y sus integrantes tendrán un carácter honorario y no vinculante. El Ministerio de la Protección Social será el encargado de coordinar la Mesa Nacional de Promoción y Prevención en Salud Mental y para ello designará al Director de Salud Pública como su Representante, quien ejercerá la Secretaría Técnica y convocará la Mesa mínimo dos veces al año. Corresponde al Ministerio en mención, desarrollar la composición y reglamento de la Mesa, teniendo en cuenta que ella sea un espacio vigoroso de participación ciudadana y por tanto en su constitución deberá integrarse la participación de representantes de los sectores profesionales, representantes de organizaciones gremiales que estén vinculadas a la Salud Mental desde una perspectiva médica y social, representantes del sector académico representando en las organizaciones de Facultades de las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales, representantes del sector productivo a través de sus organizaciones gremiales y representantes de las organizaciones sociales y comunitarias que estén vinculadas en la planeación, investigación e intervención en Promoción y Prevención en Salud Mental.

Artículo 8°. *Funciones de la Mesa Nacional de Promoción y Prevención en Salud Mental.* Es función de la Mesa Nacional de Salud Mental realizar un seguimiento y evaluación de manera participativa y periódica a la implementación de la Ley de Promoción y Prevención en Salud Mental, a través de:

a) La revisión a la ejecución de los planes de acción departamentales para la descentralización de la Ley de Promoción y Prevención en Salud Mental.

b) El planteamiento de acciones de articulación intersectorial que fortalezcan el desarrollo de la Promoción y Prevención en Salud Mental.

c) La recomendación de nuevos procesos administrativos y técnicos que surjan como producto de la investigación el monitoreo y evaluación en la implementación de la Promoción y Prevención en Salud Mental.

d) La observancia de cuestiones relativas a la ética en el desarrollo de la Promoción y Prevención en Salud Mental.

Artículo 9°. *Mesa Departamental de Promoción y Prevención en Salud Mental.* En cada uno de los departamentos del país se conformará la Mesa Departamental de Promoción y Prevención en Salud Mental, coordinada por la Secretaría Departamental de Salud, quien será la encargada de conformar y convocar dicha Mesa, la cual estará integrada por los respectivos Secretarios de Salud o quien haga sus veces en los municipios que integran el departamento y por representantes de la Academia, los profesionales, los investigadores sociales, el sector productivo y organizaciones sociales con ámbito de competencia en salud mental, quienes tendrán un carácter honorario y no vinculante.

Artículo 10. *Funciones de la Mesa Departamental de Promoción y Prevención en Salud Mental.* La Mesa Departamental de Promoción y Prevención en Salud Mental cuya naturaleza será consultiva, tendrá como función primordial participar en la formulación, seguimiento y evaluación del Plan de Acción Departamental para la descentralización de la promoción y prevención en Salud Mental y para ello se dará su propio reglamento, atendiendo a las mismas funciones indicadas para la Mesa Nacional, aplicables en el nivel departamental.

### CAPITULO III

#### De la prestación de servicios en salud mental

#### TITULO I

#### DE LAS REDES PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS

Artículo 11. *La prestación de servicios en red.* Los Servicios de Salud en materia de Salud Mental, prestados en el marco del Sistema de Seguridad Social en Salud, se prestarán en red, con el propósito de garantizar una atención de calidad y que responda de manera integral a las necesidades de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social.

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

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

Artículo 12. *Actualización de la información de los usuarios.* Las redes para la prestación de Servicios en Salud Mental deberán, bajo la supervisión de los órganos de control del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, implementar mecanismos de actuali-

zación de la información de los usuarios, así como contar con sistemas adecuados de información de sus servicios y atención a los usuarios.

Artículo 13. *Principios rectores del trabajo en red.* Acorde a lo dispuesto en la presente ley, así como en el marco de la prestación de servicios en Salud Mental en el país, se entenderán como criterios rectores del trabajo en red los siguientes principios:

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

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

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

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

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

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

Artículo 14. *Los actores de las redes.* Las redes para la prestación de servicios en Salud Mental estarán integradas por las Aseguradoras (EPS, ARS y ARP), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las entidades del Estado que prestan servicios de salud, los usuarios y aquellas otras, en todos los niveles de atención, cuyas funciones, tipos, campos de acción y funcionamiento son definidos y regulados por la Ley 100 de 1993, sus normas reglamentarias y aquellas que para tal efecto sean expedidas.

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

Artículo 15. *Responsabilidades básicas de los actores de las redes.* Se establecen como responsabilidades básicas de los actores de las redes las siguientes:

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

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

3. Al conformar redes para la prestación de servicios, las entidades responsables operarán de manera conjunta para garantizar la prestación de servicios en condiciones de equidad, el desarrollo racional de la de-

manda por servicios y la operación según criterios de eficiencia acordes con la normatividad vigente o aquella que para tal efecto se expida.

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

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

6. Las entidades que conformen las redes deberán participar conjuntamente en el diseño de los paquetes de servicios, así como en el seguimiento y la evaluación de las distintas intervenciones realizadas, de tal suerte que se propenda por el desarrollo de planes de mejoramiento de la atención a los usuarios, basados en indicadores de gestión, resultado e impacto.

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

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

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

Artículo 16. *La prevención primaria como responsabilidad de las redes para la prestación de servicios en Salud Mental.* Las Redes para la Prestación de Servicios en Salud Mental son responsables de la planeación, implementación y evaluación de actividades en prevención primaria en el marco de su área de acción.

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

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

Artículo 17. *La prevención secundaria como núcleo de la prestación de servicios en red en Salud Mental.* La prevención secundaria será considerada como el núcleo de la prestación de servicios en red en Salud Mental. Las redes para la prestación de servicios en Salud Mental enfatizarán en el diseño e implementación de paquetes de servicios de consulta psicológica, atención, promoción y prevención de los problemas transitorios y reactivos de la Salud Mental, de fácil acceso para sus usuarios.

La prevención secundaria, adelantada a partir de paquetes de terapia breve, se orienta principalmente a la

detección temprana, oportuna y efectiva de los posibles trastornos psicológicos, así como también a reducir su duración.

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

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

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

Artículo 18. *Recursos.* Para efectos del desarrollo de la presente ley, se destinarán recursos del Sistema General de Participaciones correspondientes a la financiación del Plan Territorial de Salud, en su componente de Acciones Colectivas, según los porcentajes establecidos para cada categoría de municipios y para los departamentos. De estos recursos, las entidades territoriales deberán asignar de manera específica una partida presupuestal para lo referido a la promoción y prevención en salud mental, conforme a los propósitos establecidos en la presente ley y de acuerdo a los lineamientos técnicos que establezca el Ministerio de la Protección Social para la formulación del Plan de Acción Departamental para la Descentralización de la Promoción y Prevención en Salud Mental.

## TÍTULO II DE LA ADMINISTRACION Y EL FUNCIONAMIENTO DE LAS REDES

Artículo 19. *De los paquetes y planes de servicios en Salud Mental.* Las redes para la prestación de servicios en Salud Mental deberán ofrecer a sus usuarios paquetes o planes de servicios en función de los cuales se organizarán las actividades e intervenciones que ofrezcan a sus usuarios. Los paquetes o planes de servicios ofrecidos por las redes deberán tener un carácter integral y responder a las necesidades de los usuarios, garantizando un cubrimiento adecuado de los distintos niveles y tipos de intervención en los términos establecidos por la reglamentación que para tal efecto sea expedida.

Artículo 20. *De los Comités Paritarios en las redes para la prestación de servicios.* Las redes para la prestación de servicios en Salud Mental deberán ser presididas por Comités Paritarios que actuarán como entidades de coordinación y gestión de los servicios que las

redes han de proveer. Los Comités serán responsables por el diseño de la preparación calificada de los planes y programas de servicios, a partir de criterios mínimos diseñados por el Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, así como por la valoración especializada y el seguimiento a las intervenciones.

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

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

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

Artículo 21. *De los usuarios afiliados a los distintos regímenes y los vinculados al sistema.* A los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en sus distintas calidades, se les garantizará la prestación de servicios en Salud Mental en condiciones de equidad, garantizando la sostenibilidad del sistema y respetando las prioridades y los términos definidos en la normatividad vigente o aquella que para tal efecto se expida.

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

Artículo 22. *De las responsabilidades de las entidades aseguradoras.* Según las disposiciones contempladas en la presente ley, las entidades que en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud son responsables del aseguramiento de sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud, las Aseguradoras de Riesgos Profesionales y las Entidades Estatales que cumplan tales funciones en el marco de los regímenes contributivo y subsidiado, deberán, dentro de la normatividad aplicable, participar en la conformación de las redes para la prestación de servicios en Salud Mental, así como en el diseño de las estrategias de intervención y paquetes de servicios que estas implementen.

Artículo 23. *De las responsabilidades de las instituciones que prestan servicios de salud.* Según las disposiciones contempladas en la presente ley, las Instituciones Prestadoras de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social, públicas y privadas, deberán prestar sus servicios de conformidad con los programas, planes y paquetes emanados de las redes para la prestación de servicios de Salud Mental, así como participar en su conformación y en el diseño de las estrategias de intervención y paquetes de servicios que estas implementen.

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

TITULO III

DE LA TRANSICION DEL SISTEMA

Artículo 24. *Régimen de transición.* Las entidades y demás elementos del Sistema de Seguridad Social en Salud contemplados en la presente ley, tendrán un pla-

zo máximo de dos años a partir de la entrada en vigencia de esta, para ajustar su funcionamiento y proceder a las disposiciones aquí contempladas.

Artículo 25. *De las entidades territoriales.* Las entidades territoriales que se encuentren obligadas a asegurar la prestación de servicios de Salud Mental en los términos consignados, en regiones que no cuenten con la oferta adecuada de servicios, deberán organizar gradualmente, en un plazo máximo de dos años luego de la entrada en vigencia de esta ley, la forma en que habrán de cumplir con las nuevas obligaciones prescritas.

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

Artículo 26. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su sanción y promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Atentamente,

*Dilian Francisca Toro Torres, Alfonso Núñez Lapeira, Luis Carlos Avellaneda Tarazona, Ricardo Arias Mora,*

Ponentes.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO  
DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los primeros (01) días del mes de septiembre año dos mil nueve (2009)

En la presente fecha se autoriza la **publicación en la Gaceta del Congreso** de la República, el Informe de Ponencia para segundo debate y texto propuesto para segundo debate, en veinticuatro (24) folios, al **Proyecto de ley número 034 de 2008 Senado**, "por la cual se establece la Ley de Promoción y Prevención en Salud Mental y se dictan otras disposiciones", **acumulado con el Proyecto de ley número 133 de 2008 Senado**, "por la cual se establecen normas para regular la protección de la salud mental y se dictan otras disposiciones". Autoría del proyecto de ley de los honorables Congresistas: honorables Senadores *Elsa Gladys Cifuentes Aranzazu y Carlos Julio González Villa.*

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

CONTENIDO

Gaceta número 875 - Jueves 10 de septiembre de 2009	
SENADO DE LA REPUBLICA	
PONENCIAS	
	Págs.
Informe de ponencia para primer debate y Texto propuesto al Proyecto de ley número 227 de 2008 Senado, 103 de 2008 Cámara, por la cual se modifica el artículo 2º de la Ley 647 de 2001.....	1
Informe de ponencia para primer debate y Texto propuesto al Proyecto de ley número 344 de 2009 Senado, 078 de 2008 Cámara, por medio de la cual se establecen criterios para la asignación de subsidios de vivienda para la población rural afectada por desastres naturales.....	6
Informe de ponencia para segundo debate y Texto propuesto al Proyecto de ley número 034 de 2008 Senado, acumulado con el Proyecto de ley número 133 de 2008 Senado, por la cual se establece la Ley de Promoción y Prevención en Salud Mental y se dictan otras disposiciones, acumulado con el Proyecto de ley número 133 de 2008 Senado, por la cual se establecen normas para la promoción, prevención y protección de la salud mental y se dictan otras disposiciones.....	12