REPÚBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

I S S N 0 1 2 3 - 9 0 6 6

AÑO XXI - Nº 565 Bogotá, D. C., miércoles, 29 de agosto de 2012 EDICIÓN DE 32 PÁGINAS

DIRECTORES: GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY ESTATUTARIA

PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 105 DE 2012 SENADO

por la cual se reglamenta el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

(Versión: agosto 27 de 2012)

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. *Objeto*. En el marco del artículo 152 de la Constitución Política y de los compromisos del Estado colombiano en materia del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la presente Ley Estatutaria reglamenta el derecho fundamental a la salud, para lo cual define los componentes esenciales de este derecho, el deber del Estado en la materia, los principios orientadores, los criterios generales aplicables a cada uno de los sectores del Estado involucrados en su garantía, los límites y los procedimientos generales para dirimir dilemas o conflictos relacionados con la garantía de este derecho.

Artículo 2°. *Carácter fundamental del derecho a la salud.* La salud es un derecho humano fundamental, individual y colectivo, indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, comenzando por el derecho a la vida. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.

Artículo 3°. *Componentes esenciales del derecho fundamental a la salud.* El derecho a la salud incluye libertades y derechos, tanto de carácter individual como colectivo, la atención adecuada y oportuna de las enfermedades y las condiciones y los medios para vivir una vida sana y para el desarrollo de las potencialidades y capacidades humanas, mediante la afectación de los procesos que determinan la salud de las poblaciones. Los componentes esenciales del derecho a la salud, tanto en el plano individual como en el colectivo, de conformidad con el bloque de constitucionalidad y la Constitución colombiana, son:

3.1 El derecho a la vida, entendido como la integridad física y mental sustentada en las condiciones y medios para el disfrute de una vida digna.

3.2 El derecho de las personas y las comunidades a ejercer su libertad y autonomía para controlar su salud y su cuerpo, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, la libertad sexual y genésica, y el derecho colectivo al desarrollo cultural.

3.3 El derecho a morir dignamente y a aceptar o rechazar procedimientos y sufrimientos en procesos de atención.

3.4 El derecho a la no discriminación racial, étnica, de género o económica en materia de salud.

3.5 El derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuados.

3.6 El derecho a acceder a agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas.

3.7 El derecho a acceder a alimentos sanos y la nutrición adecuada.

3.8 El derecho a una vivienda digna, adecuada y saludable.

3.9 El derecho a condiciones saludables y dignas en el trabajo.

3.10 El derecho a un ambiente sano.

3.11 El derecho a la educación adecuada y a la información sobre asuntos relacionados con la salud, con especial énfasis en la salud sexual y reproductiva y con enfoque intercultural.

3.12 El derecho a acceder a los bienes y servicios de salud que se requieran con necesidad, de carácter preventivo, curativo y de rehabilitación, para una atención integral y oportuna de los daños y de las enfermedades endémicas, epidémicas o profesionales.

3.13 El derecho a participar, de manera individual o colectiva, en todo el proceso de adopción e implementación de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud, su seguimiento y evaluación, en los ámbitos institucional, comunitario, local, nacional e internacional.

Parágrafo 1°. *Sobre la prevalencia y especial protección.* Siguiendo el mandato constitucional, los derechos de los niños, niñas y adolescentes son prevalentes en materia de salud y, junto con las personas mayores y la población en situación de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado.

Artículo 4°. *Obligaciones generales del Estado.* Es deber del Estado respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en todos sus componentes esenciales y de manera progresiva. La obligación de "respetar" exige que el Estado no limite el disfrute del derecho a la salud a personas o poblaciones en conflicto e indefensión y se abstenga de generar o propiciar condiciones de vida peligrosas para la salud. La obligación de "proteger" implica la adopción de medidas por parte del Estado para impedir que terceros interfieran en el goce efectivo del derecho a la salud. La obligación de "garantizar" significa que el Estado adopte medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al goce del derecho a la salud, en todos sus componentes esenciales. La asignación de recursos públicos para la salud constituye una inversión del Estado, es prioritaria y será progresiva. El Estado no podrá acudir al criterio de sostenibilidad fiscal para dejar de garantizar el derecho fundamental a la salud.

Artículo 5°. *Principios*. Son principios orientadores del derecho a la salud, en todos sus componentes, los siguientes:

5.1 **Universalidad:** Es la garantía del derecho fundamental a la salud, en todos los componentes esenciales definidos en esta ley, a toda la población del país por su condición de habitante del territorio nacional.

5.2 **Accesibilidad:** Es la puesta al alcance de las personas y las comunidades, de manera oportuna, sin barreras físicas, geográficas, administrativas, de información o económicas, ni discriminación de ninguna índole, de los bienes, servicios y condiciones que contribuyen al goce de una vida sana.

5.3 **Aceptabilidad:** Es la adecuación de los establecimientos, bienes, servicios y condiciones de vida a las necesidades de salud de las personas y comunidades, de tal manera que sean respetuosas de las diferencias culturales y sensibles a los requisitos de género y del ciclo de vida.

5.4 **Equidad:** Es la combinación del esfuerzo individual y colectivo según la capacidad; con la respuesta social e institucional según la necesidad, para la superación de las desigualdades injustas y evitables en salud.

5.5 **Solidaridad:** Es la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.

5.6 **Gratuidad:** Es la garantía del acceso a los servicios de salud, sin barrera económica alguna en el momento de requerir la atención, con base en el sistema de financiamiento solidario del sistema.

5.7 **Calidad:** Es el conjunto de características de los bienes, servicios y condiciones que contribuyen a la vida sana y a la atención integral de las enfermedades, valoradas como las mejores en cada momento y contexto, según el conocimiento socialmente disponible.

5.8 **Disponibilidad:** Es la oferta suficiente y adecuada de establecimientos, programas y personal calificado de salud y calidad de vida, según las necesidades individuales y colectivas de las poblaciones.

5.9 **Interculturalidad:** Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global.

5.10 **Eficiencia:** Es la mejor utilización de los recursos destinados a garantizar el derecho fundamental a la salud en la búsqueda de los mejores resultados en salud de la población.

5.11 **Transparencia:** Es la probidad, visibilidad y claridad de las actuaciones públicas desarrolladas por los actores que participan en la garantía del derecho a la salud.

5.12 ***Pro homine:*** Es la prevalencia que se da al bienestar y a la dignidad de los seres humanos por sobre cualquiera otra consideración en la interpretación de las normas que desarrollen o afecten el derecho fundamental a la salud.

CAPÍTULO II

De los criterios para el respeto, protección y garantía del derecho a la salud

Artículo 6°. *Criterios para el respeto, la protección y la garantía del derecho de las personas y las comunidades a ejercer su libertad y autonomía en salud.* Con el fin de respetar, proteger y garantizar el derecho a ejercer la libertad y autonomía de las personas y comunidades respecto del cuidado del cuerpo y de la salud, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, la libertad sexual y genésica, y el derecho colectivo al desarrollo cultural, el organismo rector del sistema de seguridad social en salud establecerá los medios y mecanismos para el ejercicio de la libertad y la autonomía para la escogencia de bienes y servicios para el cuidado, la protección y la atención en salud por parte de individuos y comunidades, la información pública y la educación informal y formal en salud que faciliten dicho ejercicio, garantizando el cumplimiento de los principios señalados en el artículo 5° de la presente ley.

Parágrafo 1°. Los profesionales de la salud deberán proporcionar la información que se requiera y en

la profundidad suficiente para el ejercicio de la autonomía de las personas sanas y enfermas, mediante el consentimiento informado idóneo en los procesos cotidianos de atención y en el caso de participar en procesos de investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud.

Parágrafo 2°. Las comunidades étnicas podrán generar criterios y mecanismos para la garantía del derecho a la salud en todos sus componentes, de acuerdo con sus saberes y visiones propias y autónomas.

Artículo 7°. *Criterios para el respeto, la protección y la garantía del derecho a morir dignamente y a aceptar o rechazar procedimientos y sufrimientos en procesos de atención*. El organismo rector del sistema de seguridad social en salud establecerá las condiciones, instancias y mecanismos mediante los cuales las personas podrán ejercer su derecho a morir dignamente, a recibir los cuidados paliativos orientados por la calidad de vida de las personas en situación crónica y terminal, y a aceptar o rechazar procedimientos y sufrimientos en procesos de atención, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

7.1 El medio por el cual se considera la expresión clara y explícita de la voluntad de la persona.

7.2 La definición de las condiciones de salud en las que sería posible aplicar la voluntad de la persona involucrada.

7.3 Las instancias, procedimientos y mecanismos institucionales para ejercer este derecho en situaciones cotidianas de la atención, teniendo en cuenta el criterio de calidad de vida de las personas.

Artículo 8°. *Criterios aplicables a los sectores del Estado involucrados en el derecho fundamental a la salud.* La interdependencia de los derechos para alcanzar el máximo nivel posible de salud exige el esfuerzo del Estado y de la sociedad en su conjunto, por medio de la incorporación del criterio de vida saludable en todas las políticas públicas de carácter sectorial e intersectorial, y de manera concertada y participativa. Para tal fin, cada sector deberá tener en cuenta las implicaciones en salud de la política sectorial, con base en criterios como la precaución, la inocuidad, la seguridad sanitaria, la sustentabilidad y el aporte a una vida digna y saludable.

El Gobierno Nacional correspondiente deberá definir una Política de Salud para doce años, con plena participación de sectores sociales, académicos y políticos, congregados en un órgano colegiado de concertación, cuya composición y reglamento definirá el organismo rector del sistema de seguridad social en salud. Los criterios que deberán guiar esta política son:

8.1 **Enfoque de determinantes sociales:** El diagnóstico de la situación de salud deberá basarse en un análisis detallado de los determinantes sociales de las desigualdades en el proceso de salud-enfermedad y la calidad de vida de las poblaciones en sus territorios sociales e indicadores en materia de daños, enfermedades, muertes y discapacidad.

8.2 **Enfoque de derechos:** El diagnóstico debe incluir indicadores sobre los grados de afectación de los componentes esenciales del derecho a la salud y sobre las principales razones que explican las violaciones sistemáticas sobre el respeto, la protección y la garantía del derecho a la salud en los diferentes sectores involucrados.

8.3 **Intersectorialidad:** La política deberá establecer las estrategias y líneas de acción de carácter sectorial e intersectorial que permitan realizar los ajustes institucionales y las transformaciones económicas, sociales y políticas que se requieran para avanzar, de manera progresiva, en el respeto, la protección y la garantía del derecho fundamental a la salud, buscando los mejores resultados en salud de la población.

8.4 **Planeación:** La política deberá traducirse en planes nacionales de salud cuatrienales que definan la distribución de responsabilidades, los recursos y las metas de los diferentes sectores del Estado involucrados en el respeto, protección y garantía del derecho a la salud para cada período de gobierno.

Parágrafo 1°. El Congreso de la República ejercerá el control político sobre la evaluación del Plan Nacional y de la Política Decenal de Salud, para lo cual podrá solicitar informes al Gobierno Nacional sobre su ejecución. Al final del período, el Gobierno Nacional, junto con el organismo rector del Sistema, presentará un informe al Congreso de la República sobre los avances y limitaciones en el goce efectivo del derecho a la salud, en todos sus componentes esenciales y en los resultados en salud de la población.

Parágrafo 2°. En el caso de los planes orientados hacia las comunidades étnicas, estos deberán contar con la plena participación y la consulta previa por parte de los pueblos y organizaciones étnicas.

Artículo 9°. *Criterios aplicables al respeto, la protección y la garantía del derecho fundamental a los bienes y servicios de salud que se requieran con necesidad.* Para dar cumplimiento a los deberes del Estado y a los principios orientadores del derecho fundamental a la salud, en el componente del acceso a los bienes y servicios de salud que se requieran con necesidad (3.12 de la presente ley), de carácter preventivo, curativo y de rehabilitación, para una atención integral y oportuna de los daños y de las enfermedades endémicas, epidémicas o profesionales, se establece el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud (SUDSSS) con base en los siguientes criterios:

9.1 **Cobertura:** Se entiende como el acceso universal a los bienes y servicios de salud que se requieran con necesidad, basado en la condición de habitante del territorio nacional, no dependiente de la capacidad de pago de las personas, sin barreras económicas, administrativas, culturales o de otro tipo en el momento de requerir atención en salud, exceptuando los límites establecidos en la presente ley.

9.2 **Financiamiento:** El financiamiento será de carácter público, por medio de la creación de un Fondo Único de Seguridad Social en Salud (FUSESA), con personería jurídica y destinación específica, integrado por los recursos parafiscales derivados de cotizaciones obligatorias para enfermedad gene-

ral, riesgos profesionales y accidentes de tránsito, y fiscales provenientes de impuestos generales y específicos para la salud, con criterio de progresividad, esto es, proporcionalmente mayores para quienes cuentan con más renta o capacidad de pago, sin cuotas moderadoras ni copagos de las personas en el momento de requerir atención, y asignados de manera descentralizada, según los territorios de salud definidos en la presente ley. Estos recursos son de carácter público, son inembargables y de destinación específica. La reglamentación del FUSESA estará a cargo del organismo rector del Sistema, de propuesta elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en especial, en los aspectos relacionados con estructura, funcionamiento y los límites, condiciones y criterios de inversión.

9.3 **Administración de los recursos:** La administración de los recursos para la atención integral, individual y colectiva, de enfermedades generales, accidentes de tránsito y riesgos laborales será descentralizada, con base en los territorios de salud establecidos por la presente ley, a través de la creación de entidades administradoras de Fondos Territoriales de Seguridad Social en Salud (AFOTESA), que integrarán los recursos asignados por el FUSESA con los propios de los entes territoriales para la salud, con criterio público, transparencia y estricta vigilancia y control sobre su uso y destinación. No habrá intermediación financiera en el manejo de los recursos públicos para la salud. Las secretarías o direcciones departamentales y distritales de salud podrán constituirse en AFOTESA, según la reglamentación sobre territorios de salud que expida el organismo rector del Sistema.

9.4 **Prestación de servicios:** La prestación de los servicios será de carácter mixto, con criterio de complementariedad entre instituciones estatales y privadas, basada en el concepto de atención integral, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, por medio de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) según necesidades de las poblaciones en los territorios sociales, orientadas por parámetros de oportunidad, continuidad, eficiencia, eficacia, calidad y equidad. Las redes se organizarán con base en la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS), entendida como la puerta de entrada a las redes, vínculo entre los servicios de salud y las personas, las familias y las comunidades, articulación intersectorial para la vida saludable y plena participación individual y colectiva en las decisiones personales, institucionales y políticas. Las AFOTESA serán las encargadas de integrar las redes de servicios, a través de formas de presupuestación de la nómina de la red pública y contratación de servicios que estimulen el cumplimiento de los principios rectores del derecho fundamental a la salud. Se prohíbe el monopolio privado en la prestación de servicios de salud. El organismo rector del sistema reglamentará los mecanismos específicos para la integración y organización de la prestación de servicios.

9.5 **Prestaciones económicas:** Con base en la experiencia acumulada en el país y el cálculo detallado de los recursos disponibles, el organismo rector del Sistema reglamentará la definición y asignación de las prestaciones económicas vinculadas con enfermedad general, maternidad, accidente de trabajo, como parte del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud (SUDSSS), y definirá una cuenta y procedimiento específico para las prestaciones económicas relacionadas con los riesgos laborales.

9.6 **Articulación entre servicios complementarios:** Con el fin de garantizar la integralidad de la atención, el organismo rector del Sistema definirá las formas de articulación entre bienes y servicios de atención médica con otros servicios de cuidado en el hogar o en el trabajo que se requieren a juicio del personal de salud tratante para garantizar la calidad de vida del paciente, tales como acompañante o cuidador, condiciones de comodidad, movilidad, entre otros.

9.7 **Información en salud:** La información en el Sistema deberá organizarse a través de un Sistema Único Integrado de Información en Salud (SUIS), basado en la identidad de las personas, que permita la articulación de la información generada en la prestación de los servicios, mediante la historia clínica unificada, con la información demográfica, epidemiológica, administrativa y financiera del sistema, con el fin de aportar los elementos de juico necesarios para la toma de decisiones individuales y colectivas en materia de salud. La implementación y gestión del SUIS será responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. *Sobre la independencia de la capacidad de pago.* Para la garantía del derecho fundamental a los bienes y servicios de salud que se requieran no es necesario demostrar capacidad de pago ni ser identificado como persona pobre por sistema de información alguno.

Artículo 10. *Prioridad en la provisión de servicios, uso de tejidos y órganos a nacionales y residentes.* Las infraestructuras de salud públicas y privadas existentes en el país, la disponibilidad de órganos y tejidos destinados a trasplantes, así como la atención de enfermedades de alto costo y/o huérfanas, tendrán como prioridad de uso y destinación oportuna que garantice el derecho a la salud a los nacionales colombianos y a los extranjeros residentes calificados.

Artículo 11. *Límites del derecho a los bienes y servicios de salud que se requieren con necesidad*. Por no hacer parte efectiva de la garantía del componente 3.12 del derecho fundamental a la salud, el Estado colombiano no reconocerá la prestación de los siguientes bienes y servicios de salud:

11.1 Aquellos cuya finalidad sea cosmética y suntuaria, no relacionada con una necesidad vital o funcional.

11.2 Los procedimientos, medicamentos o insumos que todavía estén en etapa de investigación y que, en consecuencia, no hayan sido aprobados por autoridad competente, en cuyo caso deberán ser cubiertos con recursos del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación.

11.3 Aquellos que se presten en el exterior cuando se puedan brindar en el país.

El organismo rector del Sistema definirá una instancia, denominada Comité Nacional de Resolución de Conflictos sobre el Derecho a la Salud (CONARDES), de composición técnica, en los asuntos de salud, jurídicos y financieros, con participación de ciudadanos y ciudadanas representantes de la diversidad cultural y social del país, el cual será responsable de la aplicación de los límites en cada caso concreto. En ningún caso, este Comité reemplaza las instancias correspondientes del poder judicial.

Artículo 12. *Sobre la política laboral en el sector salud.* La organización del trabajo en el sector salud se hará con base en el concepto de trabajo digno y decente, estabilidad, prestaciones, vinculación a la seguridad social, educación continuada y garantías sindicales, mediante vinculación por contrato de trabajo, acatando los tratados internacionales que en la materia ha ratificado el Estado colombiano. Los hospitales públicos deberán contar con plantas de personal financiadas con cargo a los fondos territoriales.

Artículo 13. *Sobre la autonomía profesional en salud.* El Estado garantiza la autonomía de los profesionales de la salud, quienes establecerán los servicios que se requieran con necesidad en cada caso, con base en el conocimiento disponible y el criterio profesional establecido en cada momento y contexto particular, siempre en el marco de los mecanismos de autorregulación de las profesiones de la salud, establecidos en su correspondiente deontología profesional.

La relación entre el profesional de la salud y el paciente gozará de plena autonomía e independencia. Los profesionales de la salud no podrán ser constreñidos ni restringidos en sus decisiones diagnósticas o terapéuticas, y deberán contar con las condiciones y los medios técnicos y de bioseguridad que le permitan tomar decisiones de la mejor calidad. Las guías de atención no constituyen obligación para los profesionales de la salud, a menos que se trate de protocolos estandarizados necesarios para garantizar el mejor resultado posible a las personas.

En caso de que no se cumplan las condiciones mínimas necesarias, el profesional podrá abstenerse de prestar el servicio, siempre y cuando no se trate de un caso de urgencia vital, e informar de la situación a las instancias institucionales correspondientes, sin que por ello se le pueda menoscabar en sus derechos o imponer sanciones.

Parágrafo. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o especie, por parte de proveedores, empresas farmacéuticas productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos, insumos, dispositivos o equipos médicos.

Artículo 14. *Sobre las políticas complementarias para la garantía del derecho a la atención en salud.* Con el fin de lograr el mejor funcionamiento del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud para la garantía del derecho a la atención en salud, el organismo rector, con base en propuestas presentadas por el Gobierno Nacional, deberá formular e implementar las siguientes políticas complementarias:

14.1 **Política de insumos, tecnologías y medicamentos.** La provisión y el acceso oportuno a los medicamentos es parte de la garantía del derecho fundamental a la salud. El Gobierno Nacional diseñará e implementará una política de insumos, tecnologías y medicamentos, basada en criterios de calidad, costo-efectividad, suficiencia, oportunidad, estímulo a la producción nacional, auditoría y control público. Con el fin de lograr economías de escala, en cumplimiento del principio de eficiencia, los medicamentos, insumos y tecnologías serán adquiridos de manera centralizada por el Estado, en forma directa o a través de instituciones que cree para dicho fin, teniendo como base los territorios de salud. En todo caso, la distribución de los insumos, tecnologías y medicamentos a las redes integradas de servicios de salud será responsabilidad de los territorios de salud.

14.2 **Política de formación de talento humano en salud.** Con el fin de contar con el talento humano requerido para la garantía del derecho a la atención en salud, la política de formación en salud deberá atender a las necesidades poblacionales en salud, a las inequidades urbano-rurales y regionales acumuladas, a la dinámica global del conocimiento y al desarrollo intercultural, en ejercicio de la soberanía nacional, y promoverá la formación en salud en todos los niveles, en articulación con la red de prestación de servicios de salud de cada territorio y la estrategia de Atención Primaria en Salud, de manera que se promueva la formación de redes universitarias de servicios de salud.

14.3 **Política de ciencia, tecnología e innovación en salud.** El organismo rector del SUDSSS deberá formular una política específica de ciencia, tecnología e innovación en salud, articulada a la política general del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, orientada por las necesidades de salud de la población, la superación de inequidades, las capacidades de las comunidades científicas y de la industria del sector en su conjunto, y la dinámica global del sector con criterio de soberanía y desarrollo autónomo del conocimiento, la tecnología y la innovación.

Artículo 15. *De la rectoría del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud (SUDSSS).* La rectoría del Sistema consiste en definir los aspectos reglamentarios de la responsabilidad estatal en la garantía del derecho fundamental a la salud, a través de la concertación con el poder ejecutivo para la expedición de los decretos reglamentarios correspondientes, con base en los parámetros establecidos en la presente ley, formular políticas públicas acordes con este propósito, ejercer el control público para garantizar el buen uso de los recursos y lograr resultados en calidad de vida y salud de las poblaciones. El SUDSSS tendrá instancias colegiadas de rectoría en los ámbitos nacional y territorial. En el ámbito nacional, la rectoría será

ejercida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). En el ámbito territorial, la rectoría será ejercida por el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSSS), para cada uno de los territorios de salud que se establezcan, con una composición similar a la del Consejo Nacional.

Artículo 16. *Composición y funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social.* El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es la instancia rectora del orden nacional, adscrito al Ministerio de Salud, con las siguientes características:

16.1 **Composición.** El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) estará conformado por 28 miembros de la siguiente manera:

16.1.1 Cinco representantes del Gobierno Nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien presidirá; el Ministro de Hacienda o su delegado; el Ministro de Trabajo o su delegado; el Director de Planeación Nacional o su delegado; el Director del Fondo Único de Seguridad Social en Salud (FUSESA).

16.1.2 Dos representantes de las administradoras de Fondos Territoriales de Seguridad Social en Salud (AFOTESA).

16.1.3 Dos representantes del sector empresarial, uno de las grandes empresas y uno de las pequeñas y medianas empresas, elegidos por sus asociaciones.

16.1.4 Dos representantes de las centrales obreras.

16.1.5 Siete representantes de las organizaciones de usuarios, uno por cada región cultural del país (Central, Pacífica, Atlántica, Eje Cafetero, Nororiental, Oriental), y dos representantes de los pueblos indígenas.

16.1.6 Dos representantes de las asociaciones de prestadores de servicios, uno estatal y uno privado.

16.1.7 Un representante de la Academia Nacional de Medicina.

16.1.8 Un representante de las asociaciones médicas gremiales.

16.1.9 Dos representantes de las organizaciones de los trabajadores de la salud, uno profesional no médico y otro no profesional.

16.1.10 Un representante de la Confederación Nacional de Pensionados.

16.1.11 Un representante de las facultades del área de la Salud.

16.2 **Elección de los miembros no gubernamentales:** Los representantes no gubernamentales serán elegidos directamente por las organizaciones correspondientes, mediante procesos democráticos reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en los principios de representatividad, transparencia e imparcialidad.

16.3 **Invitados:** El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) estará en libertad de invitar a las instituciones o personas que considere convenientes, según las necesidades de la agenda definida para cada sesión.

16.4 **Período:** Los representantes del Gobierno Nacional lo serán en virtud del ejercicio de sus cargos. Los representantes no gubernamentales tendrán un periodo de tres años, reelegible por un período.

16.5 **Secretaría Técnica:** La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo técnico, no dependiente del Ministerio de Salud, con presupuesto propio, a partir de convocatoria pública, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

16.6 **Presupuesto de funcionamiento:** El Ministerio de Salud definirá un presupuesto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros y el soporte técnico necesario, así como estrategias de comunicación. Los consejeros no gubernamentales recibirán honorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según reglamento aprobado por el mismo Consejo.

16.7 **Funciones:** El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) tendrá las siguientes funciones:

16.7.1 Adoptar la política pública nacional de seguridad social en salud, con visión de salud pública, con base en la propuesta gubernamental presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

16.7.2 Presentar iniciativas al poder ejecutivo orientadas a promover la calidad de vida y salud de la población, en aspectos que competan a otros sectores de la administración estatal y que incidan directamente en la salud (agua, saneamiento, alimentación, vivienda, educación, ambiente, entre otros).

16.7.3 Establecer las reglas específicas de funcionamiento del Sistema, en especial en los aspectos señalados de su competencia en la presente ley, para la reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

16.7.4 Velar por el buen funcionamiento del Sistema y por el buen uso de los recursos disponibles.

16.7.5 Presentar informe anual ante las Comisiones Séptimas del Senado y la Cámara de Representantes.

16.7.6 Adoptar su propio reglamento.

Parágrafo. Los consejos territoriales ejercerán funciones de adecuación de la política emanada del Consejo Nacional a través de mecanismos de coordinación, seguimiento y veeduría del buen funcionamiento y uso de los recursos disponibles en el territorio para la seguridad social en salud.

Articulo 17°. *De la dirección del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud (SUDSSS).* La dirección del Sistema consiste en la gestión y puesta en marcha de las políticas públicas definidas en la instancia rectora por parte del poder ejecutivo en el ámbito nacional, departamental, distrital y municipal. En el nivel nacional, la dirección será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social. La dirección del sistema se expresa en los territorios como la autoridad sanitaria. En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las AFOTESA que se establezcan, a partir de las secretarías o direcciones departamentales y distritales.

Artículo 18. *De los territorios de salud.* Los territorios de salud son unidades de organización administrativa y funcional para la solución y atención integral de las necesidades en salud de la población. Se constituirán mediante asociaciones que de forma autónoma los departamentos, distritos, municipios, entidades territoriales indígenas y/o resguardos reconocidos acuerden, según regiones especiales de interés en salud pública y/o que compartan particularidades étnicas o socio-culturales. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), con base en propuesta del Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará el proceso de conformación de los territorios de salud.

Parágrafo. Los territorios de salud podrán organizarse en divisiones internas o microterritorios para responder de manera efectiva a necesidades específicas de las poblaciones que los conforman, facilitar la organización de la prestación de servicios según necesidades y propiciar el trabajo intersectorial para el mejoramiento de las condiciones de vida y el goce efectivo del derecho a la salud en todos sus componentes esenciales.

Artículo 19. *Central Única de Recaudo para la Seguridad Social en Salud (CUR-SSS).* Créase la Central Única de Recaudo para la Seguridad Social en Salud (CUR-SSS), como establecimiento público autónomo, con patrimonio independiente, adscrito al Fondo Único de Seguridad Social en Salud (FUSESA), cuya función será recaudar todos los aportes de cotizaciones a la seguridad social en salud, el seguro de riesgos laborales en su componente de salud y el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y girar los recursos al Fondo Único de Seguridad Social en Salud (FUSESA). Esta central contará con diversos mecanismos de recaudo, de tipo electrónico y con un sistema único de identificación de usuarios, basado en la cédula de ciudadanía del afiliado cabeza de familia o, en su defecto, de un documento de identificación avalado por la Registraduría Nacional del Estado Civil. El componente de salud de la cotización para riesgos laborales será definido por el organismo rector del Sistema, así como el mecanismo de asignación de las prestaciones económicas.

Artículo 20. *Criterios para el respeto, la protección y la garantía del componente de participación del derecho fundamental autónomo a la salud.* Los procesos de toma de decisiones, su ejecución, su seguimiento y evaluación en materia de salud, en el sentido amplio de condiciones de vida para el desarrollo de las potencialidades humanas, deberán contar con la participación activa y vinculante de las personas, las comunidades y sectores sociales afectados. El organismo rector del Sistema definirá las instancias y mecanismos, tanto institucionales como comunitarios, mediante los cuales se garantice este componente del derecho fundamental a la salud (3.13 de la presente ley), teniendo en cuenta los siguientes ámbitos:

20.1 **Participación ciudadana y social en la exigibilidad del derecho.** Las reglas, mecanismos y escenarios deberán ser suficientes y efectivos para impulsar la exigibilidad del derecho fundamental a la salud, por parte de las personas y de las organizaciones sociales, tanto en el interior de las instituciones prestadoras de servicios como en las diferentes instancias de inspección, vigilancia y control, y del sistema judicial, según los procedimientos establecidos en la ley.

20.2 **Participación ciudadana y social en las políticas públicas en salud.** El Sistema debe contar con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la participación informada, activa y efectiva de los ciudadanos y las organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales.

20.3 **Consulta previa a comunidades étnicas.** El mecanismo de participación de las comunidades étnicas de Colombia será la consulta previa como derecho fundamental de las comunidades consagrado en la Constitución y las leyes, el cual deberá garantizar el consentimiento previo, libre e informado.

Artículo 21. *Responsabilidad social en salud*. Las personas naturales y jurídicas de carácter privado o público tienen responsabilidad social derivada de sus actos cuando estos afecten la salud o las condiciones de vida de otras personas o comunidades o como resultado de la actividad productiva a la cual se dediquen. El organismo rector del Sistema deberá definir el contenido de dicha responsabilidad social a partir del concepto de inocuidad sanitaria y ambiental. En cumplimiento del artículo 49 de la Constitución Política, toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. No obstante, en ningún caso el incumplimiento de este deber exonera al Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho fundamental que le asiste a cada persona habitante del territorio nacional.

Artículo 22. *Instancias para dirimir conflictos relacionados con el derecho fundamental a la salud.* El carácter fundamental y autónomo del derecho a la salud permite el ejercicio de la acción de tutela, además de todos los mecanismos que ofrece la Constitución y la Ley para exigir el respeto, la protección y la garantía de este derecho. Las instituciones que participan en el goce efectivo de este derecho deben contar con instancias y mecanismos expeditos para el ejercicio de las reclamaciones y sugerencias que los ciudadanos y ciudadanas requieran.

Artículo 23. *De la Inspección, Vigilancia y Control.* El carácter público de los recursos para la garantía del derecho a los servicios de salud obliga a los organismos de control, en especial de la Contraloría General de la República, a la cuidadosa inspección, vigilancia y control de su aplicación. Para ello, la Contraloría deberá contar con la suficiente capacidad técnico-administrativa, de manera descentralizada y con participación social, mediante redes de control social sobre el uso de recursos públicos.

La Procuraduría General de la Nación conformará una Comisión de Seguimiento del Derecho a la Salud, la cual elaborará un informe anual que será presentado al Congreso de la República sobre las infracciones, violaciones sistemáticas y las dificultades para la aplicación de la presente Ley Estatutaria, con base en los estudios e informes de la Defensoría del Pueblo y de las personerías.

La Inspección, Vigilancia y Control de la prestación de servicios de salud estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, con la suficiente capacidad técnico-administrativa, de manera descentralizada y con participación social, mediante redes de control social sobre la calidad de los servicios de salud.

CAPÍTULO III

Período, disposiciones de transición y vigencia

Artículo 24. *Período de transición.* Con el fin de propiciar la adaptación de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a las disposiciones de la presente ley, se contará con un período máximo de transición de dos (2) años a partir de su vigencia.

Artículo 25. *Disposiciones transitorias.* La transición de los actuales sistemas de salud y riesgos laborales al Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud (SUDSSS) se realizará con base en las siguientes disposiciones transitorias:

25.1 El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), establecido en la presente ley, se conformará por convocatoria reglamentada por el Ministerio de Salud y Protección Social, durante el primer trimestre de vigencia de la presente ley.

25.2 El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) deberá reglamentar las disposiciones de su competencia durante el primer año de vigencia de la presente ley, con base en propuesta presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con énfasis en la organización general del sector y la adecuación de las instituciones existentes, según los criterios establecidos en la presente ley.

25.3 El Gobierno Nacional hará un estudio para determinar la deuda que tienen las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, como consecuencia de esta ley, deben desaparecer, y establecer los mecanismos para su pago. De manera inmediata, los organismos de control deberán culminar en el menor tiempo posible las investigaciones sobre el uso indebido de los recursos públicos para la seguridad social en salud por parte de las actuales EPS. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá desarrollar un plan de contingencia que permita el pago directo de las deudas acumuladas a la red de prestación de servicios de salud, pública y privada, por parte de EPS y entes territoriales.

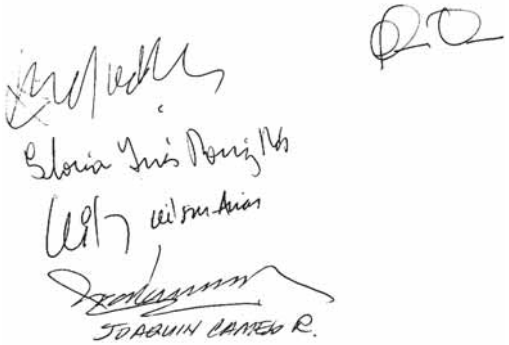
25.4 Las actuales Empresas Promotoras de Salud (EPS) podrán adaptarse como prestadoras de servicios de salud a partir de su red propia, pero entregarán la función de articulación de las redes a las secretarias o direcciones departamentales y distritales de salud. El recaudo de los aportes a la seguridad social en salud, riesgos profesionales y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) pasará a cuentas de destinación específica de las secretarías o direcciones departamentales y distritales, mientras se constituye la Central Única de Recaudo (CUR). Una vez conformada, estas entidades pasarán el monto de los recaudos realizados a la CUR.

25.5 Una vez conformado el Fondo Único de Seguridad Social en Salud (FUSESA), los recursos parafiscales deberán pasar a formar parte del mismo y serán integrados con los recursos fiscales para la salud, para iniciar la asignación a las respectivas administradoras de los fondos territoriales de salud, con base en la reglamentación definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Con el fin de garantizar la suficiencia y la idoneidad técnico-administrativa requeridas, las AFOTESA deberán abrir concursos de méritos para configurar su planta de personal, en los cuales podrán participar los trabajadores y profesionales de las actuales EPS. En todo caso, los costos administrativos no deben superar el porcentaje de los recursos administrados por cada AFOTESA que defina el reglamento.

25.6 Las EPS públicas podrán realizar concurrencia de recursos con los entes territoriales (secretarías o direcciones de salud) para la conformación de las AFOTESA.

25.7 El Gobierno Nacional asumirá el pasivo prestacional de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, para lo cual hará un corte a los seis meses de aprobada la presente ley y continuará concurriendo con el pago sin situación de fondos de la seguridad social de los trabajadores de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, con cargo al Sistema General de Participaciones.

Artículo 26. *Vigencia*. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en particular los Libros Segundo y Tercero de la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 07 y 1438 de 2011.



* * *

Bogotá, D. C., agosto 28 del 2012

Congresista

KARIME MOTA

Presidenta Comisión Primera Senado de la República

Referencia: Radicación Proyecto de Ley Estatutaria de Salud

Cordial saludo:

Los Senadores y Representantes a la Cámara que suscribimos y radicamos el presente Proyecto

de Ley Estatutaria de Salud, que tiene como objetivo reglamentar este derecho fundamental y definir sus componentes esenciales, los principios orientadores, los criterios generales, las responsabilidades del Estado en la materia, y los procedimientos generales para dirimir dilemas o conflictos relacionados con la garantía de este derecho; proyecto elaborado por las organizaciones de la Sociedad Civil, que respaldan el trámite legislativo que se dará a esta iniciativa y que aparecen en la lista de apoyo ciudadano al presente proyecto.

Nos permitimos presentar, hoy miércoles 29 de agosto del 2012, la radicación formal del proyecto ante la Comisión Primera Constitucional Permanente.

Adjuntamos Proyecto de Ley Estatuaria de Salud

Atentamente,

Senadores y Represantes a la Cámara:

Germán Carlosama
Senador de la República
Movimiento de Autoridades Indígenas de Colombia – AICO-

Jorge Enrique Robledo Castillo
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

Gloria Stella Diaz
Representante a la Cámara
Movimiento Mira

Armando Antonio Zabarain
Representante a la Cámara
Partido Conservador

John Sudarsky
Senador de la República
Partido Verde

Germán Navas Talero
Representante a la Cámara
Polo Democrático Alternativo

Guillermo Rivera
Representante a la Cámara
Partido Liberal

Marco Avirama
Senador
Alianza Social Indigena

Parmenio Cuellar
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

Angela Maria Robledo
Representante a la Cámara
Partido Verde

Alexander López
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

Víctor Yepes Flórez
Representante a la Cámara
Partido Liberal

Gloria Inés Ramírez
Senadora de la República
Polo Democrático Alternativo

Francisco Alfonso Pareja
Representante a la Cámara
Partido de Unidad Nacional

Hernando Hernández
Representante a la Cámara
Polo Democrático Alternativo

John Jairo Cárdenas
Representante a la Cámara
Partido de Unidad Nacional

Luis Carlos Avellaneda
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

Mauricio Ernesto Ospina Gómez
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

Iván Cepeda Castro
Representante a la Cámara
Polo Democrático Alternativo

Wilson Arias Castillo
Representante a la Cámara
Polo Democrático Alternativo

Heriberto Escobar González
Representante a la Cámara
Partido de Integración Nacional - PIN

Jorge Guevara
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

Samuel Arrieta
Senador de la República
Partido de Integración Nacional - PIN

Juan Fernando Cristo
Senador de la República
Partido Liberal

José Joaquín Camelo Ramos
Representante a la Cámara
Partido Liberal

Alfonso Prada
Representante a la Cámara
Partido Verde

Alba Luz Pinilla
Representante a la Cámara
Partido Polo Democrático Alternativo

Carlos Alberto Baena.
Senador
Movimiento MIRA.

Luis Fernando Velasco
Partido Liberal
Senador

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Contexto sociohistórico de la seguridad social colombiana

Los conceptos y estructuras de la seguridad social han sido introducidos en Colombia en forma reactiva a procesos históricos externos e internos. En este sentido, se puede mencionar la ley de indemnizaciones por accidentes de trabajo, como un primer acercamiento a la implementación del modelo alemán de seguridad social en 1915, adoptada con un claro carácter preventivo de la conmoción social derivada de la incipiente industrialización[1].

Posteriormente, mediante la creación del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS) en 1946 se consolidó este modelo, cuya financiación debía ser entre Gobierno, patronos y trabajadores, con una cobertura en servicios limitada al trabajador, dejando desprotegida a la familia. Esta deficiencia quiso ser subsanada por medio de las Cajas de Previsión Social y Cajas de Compensación Familiar, pero en el marco de las relaciones laborales

[1] Hernández M. (2002) *La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946.* Bogotá: Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; Hernández M. (2004) *La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina. Una comparación sociopolítica. 1880-1950.* Colección Sede N° 27. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

formales, de manera que un vasto sector de la población no tenía ningún tipo de protección.

Al mismo tiempo, se desarrolló una red de servicios a cargo del Estado alrededor del concepto de "asistencia pública" desde la década del 20 a partir de la beneficencia, dirigida a los pobres y con su propio desarrollo desigual, de manera paralela a la seguridad social. Por su parte, un sector privado y sin control creció poco a poco hasta conformar una gran cantidad de clínicas y encontrar una alianza con la dinámica de los seguros de salud en los años setenta y ochenta. De esta forma, a pesar de constituirse el Sistema Nacional de Salud en 1975, nunca se logró integrar las instituciones de los tres subsectores: seguridad social; asistencia pública y sector privado. Esto condujo a una estructura profundamente desigual que ofrecía salud para pobres, salud para trabajadores formales de ingresos medios y salud para ricos. Puede decirse entonces que nunca se ha garantizado el derecho a la atención en salud en la historia colombiana[2].

En medio de la crisis del petróleo, del profundo cambio en el régimen de acumulación capitalista y la crisis de los Estados de bienestar y del mundo socialista, se produjo para América Latina la crisis de la deuda externa y el Programa de Ajuste Estructural (PAE) promovido por los organismos multilaterales[3]. Las propuestas de Reforma de los Estados para entrar en los procesos de privatización y ampliación de los mercados, se tradujo en el famoso "Consenso de Washington" de finales de los años 80, claramente enmarcado en el proyecto neoliberal[4].

No todos los países entraron en el mismo modelo. Brasil, por ejemplo, desarrolló un Sistema Único de Salud en el marco de un proceso de democratización muy amplio, al punto que quedó plasmado en la nueva Constitución Política de 1988. México, por su parte, desarrolló un conjunto de reformas, pero no destruyó las instituciones de seguridad social de larga tradición y amplia cobertura. Costa Rica ha protegido su Caja Costarricense de Seguro Social, a pesar de tres intentos de reforma estructural promovida por los organismos financieros multilaterales. Este último país es el mejor ejemplo latinoamericano de las bondades de un pagador único de carácter público, con administración descentralizada, que logra integrar las potencialidades de la Atención Primaria en Salud (APS) con las redes de servicios de salud, de manera que ha logrado los mejores resultados en salud con una inversión de recursos razonable y control de precios de medicamentos y tecnologías[5].

Colombia, en medio de la crisis de legitimidad del Estado, de un proceso de paz incompleto y de una democratización débil, construyó un pacto político constitucional expresado como un Estado Social de Derecho, pero, en la práctica, con claras limitaciones. En este contexto se formuló el Sistema de Seguridad Social Integral establecido por la Ley 100 de 1993, compuesto por cuatro componentes: pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios. Si bien el Estado colombiano debería reorganizar todos los componentes de la seguridad social, el proyecto que se presenta se refiere al componente de salud, riesgos profesionales y servicios complementarios, e incluye accidentes de tránsito, debido al desarrollo jurisprudencial del derecho a la salud en el país y a la complejidad de la problemática pensional, la cual requiere un desarrollo específico posterior, en la misma clave de derecho universal, no atado a la capacidad de pago de las personas.

El sistema de salud se basa en un modelo de "aseguramiento individual o familiar de competencia regulada con subsidio a la demanda", producto de las negociaciones que en su momento tuvo el proceso legislativo de la Ley 100[6]. La lógica básica de la organización de este sistema, divulgada después de la reflexión sobre la experiencia colombiana, corresponde al denominado *"pluralismo estructurado"*[7], aunque no se ha desarrollado a cabalidad. Sus componentes fundamentales son:

• La separación de funciones en el sistema: "regulación" a cargo del Estado; el manejo de los recursos o "articulación" a cargo de intermediarios financieros, las empresas promotoras de salud (EPS), en competencia regulada; la "prestación" en competencia libre entre prestadores; y la inspección, vigilancia y control a cargo de instancias especializadas del Estado.

• La forma de entrar al sistema depende de la capacidad de pago de las personas, de manera que quien puede pagar una cotización obligatoria, entra al régimen contributivo (RC), mientras que, quien no puede pagar, debe demostrarlo a través de un sistema de identificación (Sisbén) para recibir un subsidio del Estado y entrar al Régimen Subsidiado (RS).

---

2 Quevedo E., Hernández M. Miranda N, Mariño C. Cárdenas H. Wiesner C. (1990) *La Salud en Colombia: Análisis socio-histórico.* Bogotá: Estudio Sectorial de Salud, Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Salud Pública; Hernández M. (2000) El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Revista de Salud Pública,* 2 (2), julio de 2000: 121-144.

3 Burgos G. *Estado de derecho y globalización. El papel del Banco Mundial y las reformas institucionales en América Latina.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, UNIJUS, ILSA, 2009.

4 Williamson J. (1990) *What Washington Means by Policy Reform, In: Latin American Adjustment: How much has happened.* Washington D. C.: Institute for International Economics En: https://edisk.fandm.edu/min/IST-325-Ecuador/What-Washinpton-Means-by-Policy-Reform.pdf (consultado 12-10-10).

5 García R. El Sistema Nacional de Salud de Costa Rica. Generalidades. San José: Caja Costarricense del Seguro Social; Universidad de Costa Rica, 2004. Disponible en: http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/sistemanacsaludgeneral.pdf (consultado: 23-08-12).

6 Hernández M. (2003) El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después. En: Franco, S. (editor) La Salud Pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública. Bogotá: Facultad de Odontología, Sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia: 463-479.

7 Londoño JL, Frenk, J. (1997) *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina.* Documento de Trabajo 353. Washington D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del Economista Jefe.

• La regulación de la competencia entre "articuladores" –pues no son estrictamente aseguradores– se produce por el pago de una póliza anual (Unidad de Pago por Capitación-UPC) a cambio de un Plan Obligatorio de Salud (POS).

• Dada la "sostenibilidad financiera" del negocio y de los recursos fiscales, siempre se ha ofrecido una UPC menor para el RS, de manera que los pobres, que se enferman más por sus precarias condiciones de vida, reciben menos, por razones "fiscales", aún en medio de una supuesta igualación de los planes.

• La salud pública se reduce a un mínimo de acciones colectivas a cargo de los entes territoriales.

Resultados del modelo economicista de la Ley 100

Como se puede observar, el modelo es netamente economicista, deja de lado el impacto que el mismo pueda producir sobre la salud, reflejado en el descenso de indicadores como el de vacunación, el aumento de la incidencia de enfermedades de transmisión sexual y el incremento de patologías como dengue, leishmaniasis y fiebre amarilla.

Por otra parte, esta lógica imperante del sistema de salud, puso en un escenario de competencia a los hospitales públicos con las clínicas privadas, que en algunos casos pertenecían a las EPS, lo cual exacerbó la posición dominante de estas empresas sobre los prestadores de servicios. Situación que ha conllevado a la más grave crisis de la red de prestadores de servicios, tanto pública como privada, puesto que las deudas que tienen las EPS del régimen contributivo como subsidiado asciende a 6.3 billones de pesos[8]. Esto ha conllevado a retrasos con proveedores de insumos y suministros, personal asistencial, modernización de tecnología e infraestructura, entre otros aspectos vitales para el buen funcionamiento de los hospitales y clínicas.

De igual forma, los prestadores han estado supeditados a las condiciones de pago y a las autorizaciones de servicios establecidos por las entidades aseguradoras, que han diseñado una serie de métodos orientados a restringir el acceso de los usuarios al sistema, son conocidas las denominadas barreras de tipo geográfico, económico, servicios, etc., que han perjudicado ostensiblemente la calidad y la continuidad de los tratamientos. Por supuesto que con esta situación, los más afectados han sido los usuarios que se convirtieron en el centro de tensión del sistema. Esta tensión ha generado una serie de acusaciones de los unos contra los otros, que repercute en una grave crisis institucional del sistema de salud colombiano por la desconfianza y desarmonización.

Lo anterior, ha quedado demostrado en las bajas calificaciones dadas por los usuarios a las EPS, según estudio realizado por el Ministerio de Protección Social y la Universidad Nacional en el año 2010, donde el promedio de calificación dada por los usuarios a las EPS es de 59 sobre 100, en el régimen contributivo y de 51 en el régimen subsidiado. De igual forma, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas - ACHC, en la 12 encuesta de percepción de IPS sobre EPS[9] presentada el pasado 31 de julio, respecto a los resultados globales promedio por áreas de evaluación solo dos lograron superar el límite inferior del índice de percepción. De igual manera, los profesionales de la salud han denunciado uno o más tipos de restricción que les imponen las EPS a la hora de garantizar servicios requeridos por los usuarios.

Un tema que merece especial atención y que pone en evidencia el enfrentamiento entre los actores, es el relacionado con los medicamentos, puesto que al analizar la encuesta de calidad de vida 2010, se encontró que las EPS dejan de entregar medicamentos prescritos por sus médicos en un 25.6% en el régimen contributivo y 32.4% en el subsidiado y un 33% de los encuestados afirmó que la entrega de los mismos o fue fragmentada o nunca se realizó. Adicionalmente, la Federación Médica Colombiana, halló en un estudio realizado a los recobros de medicamentos[10], que los precios son superiores en un 170% a los precios internacionales.

A lo anterior se le suma, que los postulados trazados en la Ley 100[11], frente a universalidad y equidad se han venido postergando y solo se ha empezado a avanzar en algo en el último año, pero en un momento donde la situación es tan tensa, que son considerados avances menores, frente a la grave crisis del sistema, recurrente en estos 19 años de implementación del modelo.

Por otra parte y en razón a que nuestro país ha tenido que estar inmerso en recurrentes y cada vez más profundas crisis; así como, a los duros enfrentamientos entre actores frente al sistema de salud colombiano y que las medidas tomadas por el Congreso de la República[12], no han tenido el efecto esperado, la Corte Constitucional en el año 2008 y posterior a pronunciarse en un sin número de sentencias para la protección del derecho a la salud, decidió, auspiciada en el estudio de varios casos, proferir la Sentencia T-760, bajo el planteamiento jurídico de garantizar el acceso a los servicios de salud que se requieran, bajo los siguientes casos:

"... acceso a servicios de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud, POS, sometidos a pagos moderadores; acceso a servicios de salud

8 Fuente: Ministerio de Salud. Aplicativo SIHO corte 31 de diciembre (IPS privadas) y 31 de marzo (IPS Públicas).

9 ACHC: Evalúa la relación de EPS sobre IPS durante el año 2011 en términos de confianza, calidad, contratación, comunicación e información, pagos, tarifas y auditoría.

10 La FMC en estudio de febrero de 2012 analiza 46 productos de los 135 principios activos incluidos en la Resolución número 3470 del MPS.

11 Ley 100, artículo 162 prometió cobertura universal y equidad en los planes de beneficios antes del año 2001.

12 Vale la pena recordar, que el Congreso de la República, posterior a la instalación de la Comisión Accidental, la cual estudio durante más de tres años la problemática del sistema, profirió la Ley 1122 de 2007, "por la cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", buscando superar las fallas esbozadas por los diferentes actores en audiencias públicas.

no incluidos dentro del POS; acceso a los servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo; reconocimiento de incapacidades laborales cuando no se cumplen los requisitos de pago oportuno; acceso a los servicios de salud en condiciones de integralidad, acceso a los servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como a los exámenes diagnósticos; acceso a los servicios de salud requeridos por personas vinculadas al Sistema de Salud, en especial si se trata de menores; acceso a los servicios de salud cuando se requiere desplazarse a vivir en lugar distinto a aquel en que reside la persona; libertad de elección de la 'entidad encargada de garantizarle el acceso a la prestación de los servicios de salud' y duda acerca de la inclusión del lente intraocular en el POS y procedencia del recobro".

Así pues, recopilando la historia jurisprudencial del alto tribunal y haciendo un análisis concienzudo de los planteamientos esbozados por los demandantes y de las pretensiones solicitadas, la Corte estructura sus decisiones así:

"... Primero, se señala que el derecho a la salud es un derecho fundamental, así sea considerado usualmente por la doctrina como un derecho social y, además, tenga una importante dimensión prestacional. Segundo, se analizan las características de este derecho fundamental y las reglas pertinentes que ha trazado la jurisprudencia para asegurar un ámbito específico de protección, a saber; el acceso a los servicios de salud. Dichas reglas son luego aplicadas a los casos concretos. Tercero, se derivan las implicaciones que tiene la fundamentalidad del derecho a la salud frente a las fallas de regulación constatadas por la Corte y se imparten las órdenes correspondientes para que las autoridades competentes adopten las medidas necesarias para superar el déficit de protección...".

En este orden de ideas, la Sentencia T-760 de 2008, establece unas órdenes específicas a las autoridades competentes, para ayudar a superar la crisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Órdenes que establece a todos los actores del sistema unas metas claras con la necesidad de actualización integral y unificación de los planes de beneficios, incentivando el acceso y desincentivando la negación de servicios; garantizar la participación directiva y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios; tomar medidas para identificar las EPS e IPS que más nieguen servicios y establecer mecanismos ágiles y expeditos para la autorización de servicios no incluidos en los planes de beneficios; adoptar medidas que permitan que el procedimiento de recobros sea ágil y garantice el flujo de recursos, así como garantizar la cobertura universal. De igual forma, la Corte ha establecido un procedimiento para hacer seguimiento a las órdenes impartidas y realizar el control que sea del caso de manera pública y con la participación de todos los actores.

En este punto, vale la pena resaltar que la Corte Constitucional, ha realizado dos audiencias públicas de seguimiento al cumplimiento de dicha sentencia. La primera convocada para el día jueves 7 de julio de 2011, cuyo propósito se centró en la revisión del desempeño del Ejecutivo, en cuanto a los avances en la unificación de los planes de beneficios, la situación financiera del sector y la crisis presentada, llegando a la siguiente conclusión: *"de que no han sido satisfactorios los avances en materia de cumplimiento de las órdenes de las sentencia, a pesar de las dificultades que esto representa".*

Por otra parte, la situación cada vez es más gravosa, puesto que se ha venido denunciando por parte de diferentes actores el crecimiento desmesurado de los recobros por parte de las EPS al Fosyga al pasar de 537 mil millones en 2007 a más de 2.3 billones en el año 2010[13]**.** Así mismo, la Superintendencia de Industria y Comercio, sancionó a varias EPS y a ACEMI[14], porque presuntamente hicieron acuerdos para negar servicios incluidos en el POS, intercambiaron información para fijar el precio de la UPC[15] y falsearon información reportada al Ministerio de Salud y Protección Social.

Sin embargo, las denuncias y acusaciones no paran allí. La Procuraduría General de la Nación, en el informe de seguimiento al cumplimiento de normas del SGSSS, estableció: *"este reiterado incumplimiento de las normas que se expiden y rápidamente pasan al olvido, pues en la práctica los responsables de aplicarlas, diseñan procedimientos o estrategias cuidadosas e ingeniosamente elaboradas para, sin violentar la norma, atentar contra su espíritu y contra la intención del legislador y del regulador", y* fueron más enfáticos al determinar que *"hemos establecido que a pesar de los cambios continuos de normas, los recursos de la salud se retienen en cada actor del sistema".*

Adicionalmente, a las acusaciones y denuncias mencionadas, los organismos de control han empezado a actuar con determinación, es así que la Superintendencia Nacional de Salud ha realizado investigaciones a varias EPS por incumplimiento en indicadores de salud, operar en lugares no habilitados, reportar a bases de datos información deficiente, dar información contable con serias distorsiones; de igual forma, ha hallado que algunas EPS incumplen el margen de solvencia, operan con flujo de recursos insuficiente y hay serias inconsistencias en el reporte de inversiones.

El núcleo central que explica esta serie de problemas es que la intermediación financiera no solo no agrega valor sino que extrae valor del sistema. Si el lucro depende del menor gasto posible en servicios de salud, quien busca ese lucro trata de prestar la menor cantidad y calidad de servicios. Si el pagador pagará más entre más gasto tenga de la UPC, compro proveedores y traslado los gastos a mis proveedores. Si el paquete de beneficios no es claro, como administrador de los recursos define su

---

13 Estudio Federación Médica Colombiana.

14 ACEMI: Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, que asocia a la mayoría EPS del régimen contributivo.

15 UPC: Unidad per cápita de capitación, valor que reconoce el sistema de salud para cubrir los gastos de la atención en salud de cada persona de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), a las EPS tanto de régimen contributivo como subsidiado.

contenido. Si el Estado paga por las dos vías, esto es, por la UPC y por lo No-POS, el administrador tratará de cobrar doble. Estos, entre muchos otros mecanismos, explican la extracción de renta del sistema, de manera que no es un asunto de unos pocos corruptos.

Como se le ha planteado a la Corte Constitucional, el modelo que ata el derecho a la demostración de capacidad de pago, está condicionando un derecho fundamental a la propiedad de las personas. Esta lógica va en contra del Estado Social de Derecho. Por esta razón fundamental, se requiere construir un nuevo arreglo institucional que permita el respeto, la protección *y* la garantía del derecho fundamental a la salud como un derecho universal, basado en la ciudadanía social, en la condición de habitante en el territorio nacional, tal como se propone en el presente proyecto de ley estatutaria.

El Presidente Santos: La salud no puede ser un negocio

Lo anterior, más otra serie de situaciones, obligaron al propio Presidente Juan Manuel Santos, en reunión de agosto de 2011, con profesionales del sector, como el doctor Gustavo Malagón Londoño, Presidente de la Academia Nacional de Medicina, y José Félix Patiño Restrepo, a anunciar una serie de medidas con el objetivo de un verdadero *"revolcón"* del sistema, tales como: "*En este acuerdo se decidió que vamos a tener un plan de beneficios universal, un plan de beneficios equitativo, único e integral que no va a excluir ninguna patología, es decir, que no va a excluir ninguna enfermedad. El sistema que impera hoy no permite que los colombianos con cierto tipo de enfermedad sean atendidos, y lo que esto va a significar es que todos los colombianos van a ser atendidos, no importa qué enfermedad tengan".* Y agregó el siguiente precepto: *"Un principio básico hoy es el que dice que la salud no puede ser un negocio y no se puede enfocar como un negocio. La salud es un servicio social y es un derecho que tienen los colombianos, y con ese principio hay que actuar y hay que encontrar esas soluciones, y ese principio imperó en estas discusiones".*

Sin embargo, continúan las propuesta de "paños de agua tibia" frente a un evidente deterioro de la salud de los colombianos y colombianas, y un inaceptable enriquecimiento de unos pocos agentes con el negocio de la salud.

Posteriormente a estos anuncios del Presidente Juan Manuel Santos, la Corte Constitucional convocó a una segunda audiencia de seguimiento al cumplimiento de la Sentencia T-760, en mayo del año 2012, en cuya instalación se dijo: "*... causa inmensa preocupación el hecho de que los diferentes órganos estatales no comprendan aún los compromisos de un Estado Social de Derecho, como no otorgarle la debida importancia al derecho a la salud, situación que ha ocasionado que la sociedad colombiana se pueda catalogar hoy de "enferma"..."* y se fue más al centro del debate estableciendo que: *"La salud no puede ser un negocio para lucrar a unos pocos. La actividad de los mercaderes de la salud, va en detrimento del derecho fundamental de niños y niñas, de mujeres embarazadas, de personas de la tercera edad, de discapacitados, de indígenas, de negritudes; y en últimas de la sociedad en general...".*

En esta audiencia y posterior a escuchar a los diferentes actores del sistema se sacaron las siguientes conclusiones: "*... desde años atrás se ha constatado la situación lamentable de la salud en nuestro país. Al parecer, todo continúa igual y con tendencia clara a deteriorarse. Esta Corporación ha permanecido vigilante en el cumplimiento de las órdenes dictadas en la sentencia conocida, evidenciando leves mejorías que en nada han incidido en el goce efectivo del derecho a la salud".*

A la anterior solicitud efectuada por la Corte Constitucional, se le suman voces de la Contraloría General de la República, donde en varios escenarios ha manifestado que los copiosos recursos, que ascienden a 40 billones de pesos, no están dando una respuesta satisfactoria con los niveles de salud de la población y que la apropiación indebida de los mismos se acerca a niveles escalofriantes del 50%.

Por otra parte, la Procuraduría General de la Nación ha revelado que pese al notable avance de la afiliación o carnetización, el acceso, oportunidad y calidad del servicio de salud están lejos de cumplir con los postulados constitucionales y legales del Estado Social de Derecho.

Adicionalmente, la Defensoría del Pueblo revelará, según información del diario *El Tiempo* del 5 de agosto 2012, que en el estudio sobre la tutela y el Derecho a la Salud 2011, el 64.16% de las solicitudes por vía tutela se encuentran incluidos en el POS y para el mismo año se interpusieron 105.947 tutelas, lo que significa que cada cinco minutos se interpuso una acción reclamando el derecho a la salud.

De igual forma, la Secretaría de Salud del Distrito Capital y los gerentes de los hospitales o Empresas Sociales del Estado (ESE) de Bogotá, le han solicitado al Presidente Juan Manuel Santos, ayuda para solucionar de manera inmediata la situación de la red pública de la ciudad, frente a la cartera de las EPS que asciende a más de 260 mil millones; la apropiación de los recursos de las glosas que indebidamente son incorporados al patrimonio de dichas entidades; así como, la insolvencia de las EPS tanto las intervenidas como las acogidas a Ley 550; los giros directos a las EPS que debilitan el papel de las entidades territoriales y la permanente presencia de barreras de acceso.

Así mismo, el pronunciamiento efectuado por 8 ex Ministros de Salud, también al presidente Santos, manifiestan que: *"resulta inevitable pronunciarse sobre la deplorable situación del sistema general de salud que en nuestro criterio afronta una crisis estructural y se convierte en una obligación moral y ética, personal y colectiva, ofrecer nuestro concurso para cambiar el rumbo de un sistema que hoy no cumple con el objeto de garantizar el derecho a la salud para todos".*

Estado Social de Derecho y bloque de constitucionalidad

La Carta Política de Colombia, promulgada en el año de 1991, estableció que Colombia es un Es-

tado Social de Derecho, una nueva concepción de Estado que implica una responsabilidad directa de las autoridades para garantizar los derechos de los habitantes del territorio nacional.

Dentro de este concepto, la Carta Política de 1991 instauró derechos civiles y políticos y definió derechos económicos, sociales y culturales, los cuales, a la luz de diversos tratados internacionales, han recobrado gran relevancia, de tal manera que en la actualidad todos los derechos son considerados interdependientes, superando la supuesta jerarquía de primera, segunda o tercera generación.

En este orden de ideas, el derecho a la salud tiene gran importancia por normas supranacionales que han sido ratificadas por Colombia y que en consecuencia hacen parte del bloque de Constitucionalidad de nuestro ordenamiento jurídico. Al respecto la Corte Constitucional ha señalado que: *"el inciso 2° del artículo 93 de la Carta Política, confiere rango constitucional a todos los Tratados de Derecho Humanos ratificados por Colombia y referidos a derechos que ya aparecen en la Carta"*[16]. Esta situación tiene directa correlación con las normas del derecho a la salud.

Entre los tratados internacionales más importantes que ha suscrito y ratificado nuestro país en materia del derecho a la salud, están los siguientes:

1. Sistema Universal de Derechos Humanos: Carta Internacional de los Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), Convención de los Derechos del Niño, Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

2. Sistema Interamericano de Derechos Humanos: Convención Americana de Derechos Humanos, Protocolo de San Salvador, Convención para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, Declaración Universal de los Derechos Humanos, Declaración del Alma-Ata sobre APS.

Las anteriores normas han trazado unos elementos esenciales que garantizan el derecho a la salud, más allá de la provisión de bienes y servicios de atención y prevención de las enfermedades y discapacidades, que incluyen las condiciones y medios para ejercer la autonomía de las personas y comunidades, y para contar con una vida digna y saludable, en especial, agua potable, saneamiento básico, alimentación sana y suficiente, educación en salud, ambiente sano, trabajo digno y saludable, vivienda sana, entre otros.

La salud como derecho humano fundamental

La historia jurisprudencial de nuestro país ha tenido un recorrido en el reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental. En primera instancia, se entendió la salud, en el sentido de los bienes y servicios para la atención de enfermedades, como un derecho prestacional, lo cual implica que: *"requiere de un desarrollo político, legislativo, económico y técnico para garantizar su expansión y cobertura"*[17]**.** En este marco, se entiende que para su materialización se requiere de progresividad y programación, es decir, se necesita tiempo y recursos que deben ser delicadamente programados para lograr su realización efectiva.

Posteriormente, la atención en salud se enmarcó dentro del concepto de "fundamental", por su conexidad íntima e inescindible con otros derechos, que al verse vulnerado pone en amenaza la efectividad al derecho supuestamente superior. En este sentido la Corte Constitucional estableció:

"El derecho a la salud conforma, en su naturaleza jurídica, un conjunto de elementos que pueden agruparse en dos grandes bloques: el primero, que lo identifica como un predicado inmediato del derecho a la vida, de manera que atentar contra la salud de las personas equivale a atentar contra su propia vida"[18].

Subsiguientemente el derecho a la salud adquiere una connotación específica frente a sujetos de especial protección como niños y niñas, personas con discapacidad y los adultos mayores, los cuales deben recibir una atención preferente y ser objeto central de un sistema de salud.

Finalmente, el derecho a la salud adquiere su connotación de "fundamental" en relación con el contenido esencial que permita lograr la dignidad humana, más allá de las tres dimensiones anteriores dadas al derecho a la salud.

La Sentencia T-760 de 2008, producto de la juiciosa revisión de 22 tutelas relacionadas con el tema de salud por parte de la Corte Constitucional, define el derecho a la salud, como un derecho fundamental considerando que:

"son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental, y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo"[19].

Siguiendo estos lineamientos, la Corte adiciona una característica de mayor preponderancia al establecerle su autonomía en estos términos:

"el derecho a la salud es un derecho fundamental, 'de manera autónoma' cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho"[20].

La propuesta planteada

Como hemos podido observar, son diversas las voces que hacen un llamado perentorio al Gobierno

16 Sentencia T-1319 de 2001.

17 Sentencia T-978 de 2001.

18 Sentencia T-484 de 1992.

19 Sentencia T-760 de 2008.

20 Íbid.

Nacional, para que se tomen las medidas conducentes que permitan superar el grave estado de cosas que han puesto en riesgo la materialización del derecho fundamental a la salud. Es por lo anterior, que nos vemos en la necesidad de poner a consideración del Congreso de la República un proyecto de ley estatutaria de salud, que permita trazar los lineamientos generales para la protección de este derecho fundamental y la construcción de un nuevo modelo de salud, en los siguientes términos:

La propuesta busca trazar el rumbo para establecer un nuevo modelo de salud, desde un enfoque de derechos humanos, bajo los principios de universalidad, equidad, integralidad, solidaridad, accesibilidad, entre otros. En esta lógica, la intersectorialidad cumple una función esencial para responder de manera efectiva con el derecho a la salud y se establece como política social de Estado. Su operación se hará bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), como eje fundamental de salud pública para afectar positivamente los determinantes en salud de la población y mejorar la calidad de vida de las personas.

De igual forma, la participación social y comunitaria es fundamental, no como convidados de piedra, sino que sus aportes en el proceso de planeación, diseño, asignación presupuestal, evaluación y control tendrán el carácter de vinculantes en la toma de decisiones. Por otra parte, se crearán territorios de salud como unidades de organización administrativa y funcional para la solución y atención integral de las necesidades en salud de la población, constituidos mediante asociaciones de departamentos, distritos y/o municipios según regiones especiales de interés en salud pública. El avance en la garantía del derecho a la salud que se haga en los territorios, se medirá a través de indicadores que evalúen el estado de salud y de calidad de vida tanto de los individuos como de las comunidades.

La financiación propuesta determina que los recursos que permiten garantizar el derecho a la salud son públicos. El Estado será el exclusivo responsable y operador de su recaudo, administración y distribución. Todos los recursos de orden nacional que financien el sistema, se recaudarán a través de un Fondo Único Nacional, los cuales se redistribuirán en los territorios de salud; en consecuencia, se elimina la intermediación financiera que ejercen las EPS que tanto daño ha causado.

La provisión de servicios se realizará a través de la red pública y/o instituciones privadas sin ánimo de lucro, que se articularán en redes integradas de salud, de acuerdo a las necesidades de la población en su territorio.

Este nuevo enfoque del derecho a la salud propuesto, da prevalencia a la autonomía de los profesionales, con el fin de responder de manera efectiva a las necesidades de salud de la población; en consecuencia, las remisiones a otros niveles de atención y procedimientos deben responder al estricto juicio del profesional de la salud. De igual forma, determina principios para la formulación de políticas en cuanto al manejo de la información, la formación de talento humano y laboral, la innovación en ciencia, tecnología en salud, así como, los lineamientos para una política de inspección, vigilancia y control, que pongan en armonía todo el sistema.

Por lo anteriormente expuesto, solicitamos de manera respetuosa a los honorables Congresistas, la aprobación de la presente iniciativa, que busca garantizar de manera efectiva el goce del derecho fundamental a la salud de todos los colombianos y colombianas, sin ningún tipo de restricción y barreras que tanto daño han causado al bienestar de nuestros compatriotas.

De los señores Congresistas,

Cordialmente;

Bogotá, D. C., agosto 28 del 2012

Congresista

KARIME MOTA

Presidenta Comisión Primera Senado de la República

Referencia: Radicación Proyecto de Ley Estatutaria de Salud

Cordial saludo:

Los Senadores y Representantes a la Cámara que suscribimos y radicamos el presente Proyecto de Ley Estatutaria de Salud, que tiene como objetivo reglamentar este derecho fundamental y definir sus componentes esenciales, los principios orientadores, los criterios generales, las responsabilidades del Estado en la materia, y los procedimientos generales para dirimir dilemas o conflictos relacionados con la garantía de este derecho; proyecto elaborado por las organizaciones de la Sociedad Civil, que respaldan el trámite legislativo que se dará a esta iniciativa y que aparecen en la lista de apoyo ciudadano al presente proyecto.

Nos permitimos presentar, hoy miércoles 29 de agosto del 2012, la radicación formal del proyecto ante la Comisión Primera Constitucional Permanente.

Adjuntamos Proyecto de Ley Estatuaria de Salud

Atentamente,

Senadores y Represantes a la Cámara:

Germán Carlosama
Senador de la República
Movimiento de Autoridades Indígenas de Colombia – AICO-

Jorge Enrique Robledo Castillo
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

Gloria Stella Díaz
Representante a la Cámara
Movimiento Mira

Armando Antonio Zabarain
Representante a la Cámara
Partido Conservador

John Sudarsky
Senador de la República
Partido Verde

Germán Navas Talero
Representante a la Cámara
Polo Democrático Alternativo

Guillermo Rivera
Representante a la Cámara
Partido Liberal

Marco Avirama
Senador
Alianza Social Indigena

Parmenio Cuellar
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

Angela María Robledo
Representante a la Cámara
Partido Verde

Alexander López
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

Víctor Yepes Florez
Representante a la Cámara
Partido Liberal

Gloria Inés Ramírez
Senadora de la República
Polo Democrático Alternativo

Francisco Alfonso Pareja
Representante a la Cámara
Partido de Unidad Nacional

Hernando Hernández
Representante a la Cámara
Polo Democrático Alternativo

John Jairo Cárdenas
Representante a la Cámara
Partido de Unidad Nacional

Luis Carlos Avellaneda
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

Mauricio Ernesto Ospina Gómez
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

Iván Cepeda Castro
Representante a la Cámara
Polo Democrático Alternativo

Wilson Arias Castillo
Representante a la Cámara
Polo Democrático Alternativo

Heriberto Escobar González
Representante a la Cámara
Partido de Integración Nacional - PIN

Jorge Guevara
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

Samuel Arrieta
Senador de la República
Partido de Integración Nacional - PIN

Juan Fernando Cristo
Senador de la República
Partido Liberal

José Joaquín Camelo Ramos
Representante a la Cámara
Partido Liberal

Alfonso Prada
Representante a la Cámara
Partido Verde

Alba Luz Pinilla
Representante a la Cámara
Partido Polo Democrático Alternativo

Carlos Alberto Baena
Senador
Movimiento MIRA.

Luis Fernando Velasco
Partido Liberal
Senador

SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL
(Artículos 139 y ss. Ley 5ª de 1992)

El día 29 del mes de agosto del año 2012 se radicó en este Despacho el Proyecto de Ley Estatutaria número 105, con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales por los honorables Senadores *Gloria Inés Ramírez, Jorge E. Robledo* y otros.

El Secretario General,

Gregorio Eljach Pacheco.

SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL
Tramitación Leyes

Bogotá, D. C., 29 de agosto de 2012

Señor Presidente:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de Ley Estatutaria número 105 de 2012 Senado, *por la cual se reglamenta el derecho fundamental a la salud y se dicta otras disposiciones,* me permito pasar a su Despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General por los Senadores: *Gloria I. Ramírez, Jorge E. Robledo, Marco A. Avirama, Parmenio Cuéllar, Alexánder López, Mauricio Ospina, Carlos A. Baena y los Representantes a la Cámara Gloria S. Díaz, Ángela Robledo, Víctor Yepes, Wilson Arias, Iván Cepeda, Hernando Hernández, José J. Camelo, Heriberto Escobar, Hugo Velásquez*. La materia de que trata el mencionado proyecto de ley estatutaria es competencia de la Comisión Primera Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General,

Gregorio Eljach Pacheco.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., 29 de agosto de 2012

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

Cúmplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Roy Barrera Montealegre.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Gregorio Eljach Pacheco.

* * *

PROYECTO DE LEY NÚMERO 106 DE 2012 SENADO

por medio de la cual se adoptan medidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Administración y Giro de Recursos del Régimen Subsidiado.* La totalidad de recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado en salud serán girados, desde cada una de sus fuentes, al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), para su administración y giro directo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, conforme a la reglamentación que para estos efectos expida el Gobierno Nacional.

El Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), llevará una cuenta individual para cada entidad territorial –distrito, municipio y departamento–, en la cual se registrarán todos movimientos de los recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado.

El giro de recursos del régimen subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), se efectuará desde estas cuentas, en nombre de las entidades territoriales, las cuales deberán presupuestar y ejecutar dichos recursos, sin situación de fondos.

Artículo 2°. *Seguimiento*. La implementación de este esquema de giro de recursos a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), no exime a las entidades territoriales de efectuar el seguimiento y la verificación del cumplimiento de las responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud para con los afiliados.

Artículo 3°. *Vigilancia y Control*. Corresponde a los representantes legales de las entidades territoriales y demás responsables del manejo de los recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado, efectuar el giro de recursos al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), conforme lo establecido en el artículo 1° de esta ley, en los plazos que determine el Gobierno Nacional. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará el cumplimiento de esta disposición y dará traslado a la Procuraduría General de la Nación y demás órganos de control, en los casos de incumplimiento.

Artículo 4°. *Recursos del régimen subsidiado en cuentas maestras*. Las entidades territoriales girarán, dentro de los treinta (30) días siguientes a la expedición de la presente ley, al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), la totalidad de recursos del régimen subsidiado, que a la fecha de expedición de esta ley, se encuentran sin compromiso en las cuentas maestras.

Artículo 5°. *Promoción de la Telemedicina en el país.* El Gobierno Nacional promoverá la implementación de la Telemedicina, dentro de las redes integradas de servicios de salud, como una alternativa para el mejoramiento de la oportunidad y la calidad de la atención en salud, en las regiones del país que por sus características así lo ameriten.

Artículo 6°. *Operadores especializados en Telemedicina.* Para garantizar la oportunidad en la atención de sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las entidades territoriales que por sus condiciones, así lo determinen, contratarán los servicios de Telemedicina con operadores especializados debidamente habilitados, conforme a las normas vigentes, garantizando el pago oportuno por los servicios prestados, dentro de los plazos establecidos en la ley.

Artículo 7°. *Financiación de Proyectos de Telemedicina.* A través del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), los operadores especializados en Telemedicina accederán a financiación para la implementación de proyectos de salud en regiones apartadas del país, en las cuales la Telemedicina se convierta en una alternativa real para mejorar la oportunidad y calidad de la atención en salud de la población.

Artículo 8°. *Vigencia*. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

Antonio José Correa Jiménez,

Senador de la República.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. **Fundamentos Fácticos**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud viene siendo objeto de innumerables críticas por parte de diferentes actores e incluso por agentes del Estado. Uno de los principales problemas radica en la falta de calidad y oportunidad en la atención en salud de la población afiliada al Sistema.

Si bien, uno de los grandes avances obtenidos con la implementación del nuevo modelo de salud, es la ampliación de cobertura, lo cual implica que más ciudadanos dispongan de un carné, no ocurre lo mismo con la oportunidad y con la calidad de la atención.

La Superintendencia Nacional de Salud recibe a diario un gran número de quejas por parte de los afiliados al Sistema quienes a diario ven vulnerados sus derechos al no recibir la atención en salud a que tienen derecho, atención que debieran recibir, por el simple hecho de encontrarse afiliados. La Defensoría del Pueblo ha dado cuenta igualmente de la gran cantidad de tutelas que presentan los afiliados al Sistema, para exigir la atención en salud.

Esta situación, si bien no es nueva sí afecta de manera directa un derecho fundamental de los colombianos, derecho que se encuentra consagrado en nuestra Carta Magna.

Las causas de la falta de oportunidad y de la calidad en la atención en salud de los colombianos son diversas y tienen diferentes matices. Una de ellas y quizá la más aberrante –por cuanto no existe razón para su existencia es la falta de recursos en las instituciones prestadoras de servicios de salud - clínicas, hospitales, profesionales, etc. Esta situación no debiera presentarse por cuanto, nunca antes, el país ha dispuesto de tantos recursos para la salud, más de 42 billones de pesos al año, y sin embargo, la queja permanente es que los recursos no fluyen adecuadamente, afectando de manera directa la atención de la población que acude a utilizar los servicios que el Sistema debe proveer.

Dentro de este panorama desolador, quizá la población que mayormente se ve afectada es la población pobre y vulnerable, aquella a la cual el Estado se comprometió a garantizar su atención en salud a través de un subsidio y que se encuentran afiliados al régimen subsidiado. Son estas personas que al no disponer de recursos ven menoscabada su salud al encontrar la negación de sus servicios por parte de los responsables de su atención.

Hoy, son más de 22 millones de colombianos que se encuentran afiliados al régimen subsidiado, más de 8 billones de pesos, se movilizan al año para garantizar la atención de esta población, sin embargo, se presentan diferentes situaciones que afectan el flujo normal de los recursos del régimen subsidiado, afectando el bienestar de quienes necesitan oportunamente la atención.

A pesar de que el Congreso de la República, a través de la Ley 1438 de 2011, estableció algunas medidas para el recaudo y giro de los recursos del régimen subsidiado y de las acciones implementadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, el flujo de los recursos del régimen subsidiado hacia las entidades promotoras de salud y hacia las instituciones prestadoras de servicios de salud no se presenta oportunamente.

El Gobierno Nacional ha intentado atacar el problema desde diferentes frentes, ha expedido Decretos y Resoluciones, las cuales, si bien han tenido algún efecto positivo, aún siguen persistiendo problemas con el flujo de los recursos del régimen subsidiado.

Se ha reglamentado el giro directo de recursos hacia las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y hacia las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), se ha normatizado el periodo para efectuar los giros, se ha centralizado el recaudo de algunos recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado; sin embargo, algunos recursos, como son los recursos de esfuerzo propio de los municipios y departamento que financian dicho régimen, siguen siendo girados directamente por parte de las entidades territoriales a las EPS e IPS, de manera irregular, lo cual ha afectado el esquema previsto para mejorar el flujo de recursos.

Considerando que el mecanismo establecido en la normatividad vigente para el gira directo de recursos del régimen subsidiado hacia las EPS e IPS ha permitido mejorar de manera importante el flujo de recursos, se prevé mediante el presente proyecto de ley, fortalecer el mecanismo, en cuanto se busca que la totalidad de los recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado se giren al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), incluidos los recursos de esfuerzo propio de los municipios y departamentos que hoy giran a las EPS y sobre los cuales no se lleva un control directo por parte del Gobierno Nacional. De esta manera se busca que exista una única cuenta en el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), en la que se recaude el 100% de los recursos del régimen subsidiado, para que desde esta, y a nombre de las entidades territoriales, el Ministerio de Salud y Protección Social gire directamente los recursos a las EPS y a las IPS.

Con el propósito de llevar un control sobre los recursos que se destinan para el régimen subsidiado, se establece que en el Fosyga se lleve una cuenta individual para cada entidad territorial, donde se registren todos los movimientos que se efectúen con dichos recursos. Los recursos de las entidades territoriales que se giren a esta cuenta deberán ser presupuestados y ejecutados por cada uno de ellos, sin situación de fondos.

Como se señaló, estas medidas tienen como propósito mejorar el flujo de recursos del régimen subsidiado, lo cual, no exime que las entidades territoriales continúen ejerciendo sus funciones de seguimiento y control sobre las responsabilidades que las EPS tienen sobre su población afiliada, de manera que se garantice que los afiliados reciban la atención en salud de manera oportuna y con el cumplimiento de los estándares de calidad existentes.

Con el propósito de garantizar que los responsables del giro de los recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado lo efectúen al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), dentro de los plazos que establezca el Gobierno Nacional, se prevé que la Superintendencia Nacional de Salud vigile su cumplimiento y que en los casos en que se incumpla lo dispuesto, sea la Procuraduría General de la Nación quién actúe conforme a sus competencias.

Por otra parte, el Gobierno Nacional encontró que existen recursos del régimen subsidiado, que superan el billón de pesos, los cuales se encuentran en las cuentas maestras de las entidades territoriales, sin que circulen dentro del Sistema, recursos importantes que sin duda, al integrarlos a los recursos regulares del régimen subsidiado, coadyuvan a mejorar la situación financiera del Sistema. El presente proyecto de ley busca que los municipios y departamentos giren dichos recursos al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), la totalidad de los recursos del régimen subsidiado que se encuentren sin compromiso en la cuentas maestras, dentro de los treinta (30) días siguientes a la expedición de esta ley.

El proyecto de ley igualmente establece algunas disposiciones relacionadas con la promoción de la Telemedicina en el país. Si bien, la telemedicina viene siendo aplicada en el país, su implementación ha sido lenta y no se ha desarrollado a profundidad, presentándose algunas iniciativas, que en ocasiones resultan aisladas, y que no están respondiendo a las realidades y a las necesidades apremiantes que se presentan en algunas regiones del país, donde existe gran dificultad para el acceso a los servicios de salud, especialmente en servicios especializados.

Se busca por tanto que el Gobierno Nacional promueva la implementación de la Telemedicina como una alternativa real y efectiva para mejorar la oportunidad en la atención en salud de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para lo cual, las Entidades Promotoras de Salud y las entidades territoriales que lo requieran, contraten los servicios de telemedicina con operadores especializados que se encuentren debidamente habilitados y cumplan con todos los estándares de calidad y oportunidad que este tipo de actividad exige. Adicionalmente, para garantizar que este servicio se preste oportunamente, se debe hacer exigible el pago oportuno a estos operadores, dentro de los plazos que la ley establece para los proveedores de servicios.

Con el convencimiento que la Telemedicina es una importantísima alternativa para mejorar los tiempos de respuesta y la posibilidad de acceso a consultas especializadas para los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, especialmente en regiones apartadas del país, lo que incide directamente en la oportunidad y la calidad de la

atención en salud, se busca que a través del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - Colciencias, los operadores especializados en Telemedicina, accedan a recursos para financiar la implementación de proyectos en estas regiones.

Lo anterior aunado a los esfuerzos que viene realizando el Ministerio de Tecnologías de la información y las Comunicaciones en el desarrollo de políticas públicas en Telesalud, a partir de la Ley 1419 de 2010 y con la implementación de planes como el Plan Vive Digital, que busca impulsar el uso masivo y extensivo de internet, lo que posibilita la conexión a instituciones prestadoras de servicios de salud y la participación amplia de operadores especializados de Telemedicina, permitirán sin duda que los habitantes de las regiones apartadas del país puedan acceder a los servicios de salud de manera oportuna y con calidad, lo cual generará un impacto significativo en la calidad de vida de nuestros connacionales.

2. **Marco constitucional**

En la Constitución Política colombiana se encuentran algunos artículos que soportan y validan el contenido de esta propuesta legislativa, entre los que se destacan:

"**Artículo 48.** *La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a* los *principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.*

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

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

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

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

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

"Artículo 49. *La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley".

Antonio José Correa Jiménez,

Senador de la República.

SENADO DE LA REPÚBLICA

SECRETARÍA GENERAL

(Artículos 139 y ss. Ley 5ª de 1992)

El día 30 del mes de agosto del año 2012 se radicó en este Despacho el Proyecto de ley número 106, con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales por el honorable Senador *Antonio José Correa.*

El Secretario General,

Gregorio Eljach Pacheco.

SENADO DE LA REPÚBLICA

SECRETARÍA GENERAL

Tramitación Leyes

Bogotá, D. C., 30 de agosto de 2012

Señor Presidente:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de ley número 106 de 2012 Senado, *por medio de la cual se adoptan medidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones,* me permito pasar a su Despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante la Secretaría General por el honorable Senador *Antonio José Correa Jiménez.* La materia de que trata el mencionado proyecto de ley es competencia de la Comisión Séptima Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General,

Gregorio Eljach Pacheco.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., 30 de agosto de 2012

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

Cúmplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Roy Barreras Montealegre.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Gregorio Eljach Pacheco.

PONENCIAS

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO NÚMERO 35 DE 2012 SENADO

por medio de la cual se aprueba la propuesta de enmienda del "Convenio Constitutivo del Fondo Monetario Internacional sobre la Reforma del Directorio Ejecutivo" (Séptima Enmienda), aprobada por la Junta de Gobernadores del Fondo Monetario Internacional (FMI) mediante la Resolución número 66-2 del 15 de diciembre de 2010.

Doctor

CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE

Vicepresidente

Comisión Segunda Constitucional Permanente

Senado de la República

Ciudad

Referencia: Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 35 de 2012 Senado, *por medio de la cual se aprueba la propuesta de enmienda del "Convenio Constitutivo del Fondo Monetario Internacional sobre la Reforma del Directorio Ejecutivo" (Séptima Enmienda),* aprobada por la Junta de Gobernadores del Fondo Monetario Internacional (FMI) mediante la Resolución número 66-2 del 15 de diciembre de 2010.

Señor Vicepresidente:

En atención a la designación hecha por la Mesa Directiva de la Comisión Segunda del Senado de la República y con fundamento en los artículos 150, 153 y 156 de la Ley 5ª de 1992, me permito presentar ponencia para primer debate en comisión, al proyecto de ley, *por medio de la cual se aprueba la propuesta de enmienda del "Convenio Constitutivo del Fondo Monetario Internacional sobre la Reforma del Directorio Ejecutivo" (Séptima Enmienda),* aprobada por la Junta de Gobernadores del Fondo Monetario Internacional (FMI) mediante la Resolución número 66-2 del 15 de diciembre de 2010. En consecuencia me permito presentar las siguientes consideraciones, en los siguientes términos:

Antecedentes

El día 26 de julio de 2012, el Gobierno Nacional, por conducto de la señora Ministra de Relaciones Exteriores María Ángela Holguín Cuéllar y el señor Ministro de Hacienda y Crédito Público Juan Carlos Echeverry Garzón, radicaron en la Secretaría General del honorable Senado de la República, el Proyecto de ley número 35 de 2012 Senado, *por medio de la cual se aprueba la propuesta de enmienda del "Convenio Constitutivo del Fondo Monetario Internacional sobre la Reforma del Directorio Ejecutivo" (Séptima Enmienda),* aprobada por la Junta de Gobernadores del Fondo Monetario Internacional (FMI) mediante la Resolución número 66-2 del 15 de diciembre de 2010. De conformidad con lo establecido en el artículo 154 de la Constitución Política y de los artículos 34 y 54 de la Ley 5ª de 1992, con el cumplimiento de los requisitos formales exigidos para el efecto.

La Secretaría General del honorable Senado de la República, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 2° de la Ley 3ª de 1992, asignó el conocimiento de la presente iniciativa a la Comisión Segunda Constitucional Permanente, la cual se encarga, entre otros asuntos, de los temas de Política internacional; tratados públicos; comercio exterior e integración económica, temas sobre los cuales versa el estudio del presente proyecto de ley.

Generalidades

Para comenzar, es importante examinar la reseña histórica del Fondo Monetario Internacional, en donde en un marco de negociaciones para la reconstrucción económica después de la Segunda Guerra Mundial, se llegaron a importantes medidas de acción y cooperación multilateral tendientes a estabilizar el sistema monetario internacional, dentro de las cuales se estableció un "Código de Conducta" en materias cambiarias y de finanzas internacionales para incentivar la creación de un sistema multilateral de pagos y de transferencias de capitales y fomentar la expansión del comercio internacional, es así entonces, como esta institución se funda en 1945, como uno de los instrumentos institucionales encargados de verificar el cumplimiento de dicho código de conducta y además con el objetivo de fomentar la cooperación monetaria internacional, fomentar la estabilidad cambiaria, coadyuvar a establecer un sistema multilateral de pagos, afianzar la estabilidad financiera, facilitar el comercio internacional, promover un empleo elevado, un crecimiento económico sostenible y reducir la pobreza en el mundo entero, entre otros.

Ahora bien, es importante saber que la República de Colombia se adhirió al FMI el 27 de diciembre de 1945, facultada por la Ley 96 de 1945, en donde desde sus inicios el país ha reconocido el beneficio económico de pertenecer a la Institución, así como la conveniencia de participar en un organismo internacional con fundamentos cooperativos, además cabe resaltar que actualmente la institución cuenta con 188 miembros, haciendo del FMI una institución de carácter universal.

Cabe señalar a manera de antecedente que el Convenio Constitutivo del FMI ha sido enmendado en seis (6) oportunidades, en donde, la Primera Enmienda entró en vigor el 28 de julio de 1969 y fue incorporada a nuestro ordenamiento interno por la Ley 2ª de 1969. Esta Primera Enmienda surgió ante la necesidad de ofrecer una fuente adicional de liquidez internacional y complementar los activos de reserva existentes, que tomó forma mediante un sistema de Derechos Especiales de Giro (DEG), a través del cual se sustituyeron los activos de reserva en oro y divisas del Fondo por este nuevo activo.

La Segunda Enmienda entró en vigor el 1° de abril de 1978 y fue incorporada a nuestra legislación mediante la Ley 17 de 1977. "Esta enmienda se dirigió a regular algunas de las prácticas de cambio existentes, a reforzar la supervisión que el Fondo ejercía sobre estas, a dar a los países miembros el

derecho de adoptar regímenes de cambio de su elección, al tiempo que se aceptaba la posibilidad de definir ciertas restricciones respecto a sus políticas internas de tipos de cambio, sobre los cuales se otorgó al Fondo tanto la facultad como el deber de ejercer vigilancia. Igualmente, se abolió el precio oficial del oro y se dio por terminada su función como medio obligatorio de pago en las transacciones entre el Fondo y los países miembros"[1]. Esta enmienda además modificó la sanción de inhabilidad para la utilización de los recursos del Fondo, consagrada en el Convenio Constitutivo.

La Tercera Enmienda entró en vigor el 11 de noviembre de 1992 y fue adoptada como legislación interna mediante la Ley 92 de 1993, estableció sanciones tales como la suspensión del derecho de voto, cuando los países miembros incumplieran con sus obligaciones con el Fondo Monetario Internacional y reiteró la sanción de inhabilidad para la utilización de los recursos del Fondo. La Ley 92 de 1993 fue declarada exequible por la Corte Constitucional en la Sentencia C-359 de 1994.

La Cuarta Enmienda entró en vigor el 10 de agosto de 2009, y fue adoptada por la Ley 652 de 2001 estaba dirigida a complementar los activos de reserva del Fondo, mediante el aumento de los cupos de derechos especiales de giro que corresponden a cada país miembro, buscando con ello corregir la inequidad en la asignación de derechos especiales de giro resultante de la falta de asignación de cuotas a países miembros que ingresaron al Fondo Monetario Internacional después de 1978, algunos de los cuales se han beneficiado de los recursos del Fondo. Busca fortalecer los recursos del Fondo al aumentar los activos de reserva de este; habilitar a los países miembros a recibir una mayor asignación relativa de recursos del Fondo; y permitir que países con reservas bajas tengan acceso a mayores recursos. La Ley 562 de 2001 fue declarada exequible por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-057 de 2002.

La Quinta Enmienda entró el 3 de marzo de 2011 y fue presentada para la aprobación del Congreso de la República mediante Proyecto de ley número 175 de 2011 Senado, actualmente en curso. Esta enmienda corresponde a la Resolución número 63-2 aprobada por la Junta de Gobernadores del FMI el 28 de abril de 2008 y comprende reformas importantes en materia de la representación y participación de los países miembros del Organismo.

Finalmente, la Sexta Enmienda entró en vigor para todos los países miembros el 18 de febrero de 2011 e igualmente fue presentada para la aprobación del Congreso de la República mediante Proyecto de ley número 175 de 2011 Senado, actualmente en curso. Esta Enmienda corresponde a la Resolución número 63-3, aprobada por la Junta de Gobernadores el 5 de mayo de 2008 y contiene modificaciones referentes a las políticas de inversión del Organismo con las cuales se logró diversificar las inversiones y adaptar su estrategia de acuerdo con la evolución de las prácticas óptimas. Así mismo, se estableció el procedimiento a seguir con el producto de las ventas de oro adquirido con posterioridad a la Segunda Enmienda del Acuerdo Constitutivo, el cual permite que estos recursos ingresen a la Cuenta de Inversiones y sea invertido conforme a los nuevos criterios de inversión. Con estas reformas se dotó al fondo de fuentes adicionales a los ingresos derivados de la concesión de créditos, aumentando los recursos permanentes disponibles para el desarrollo de su operación.

[1] Exposición de motivos del Proyecto de ley número 35 de 2012 Senado, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Objeto del proyecto

El presente proyecto de ley tiene por objeto, la aprobación de la Séptima Enmienda al Convenio Constitutivo del FMI, aprobada por la Junta de Gobernadores mediante Resolución número 66-2 del 15 de diciembre de 2010, en la cual se contempla reformar la estructura de gobierno del Directorio Ejecutivo del Organismo, a fin de que su conformación sea más legítima, representativa y democrática.

Fundamentos constitucionales de la Enmienda

Dentro de nuestra Carta Política, han quedado implícitas diversas normas que desarrollan varios principios consagrados en la misma, tendientes a que el Estado deberá promover las relaciones políticas, económicas, sociales y ecológicas sobre bases de equidad, reciprocidad y conveniencia nacional, tal y como lo señala el artículo 226 de nuestra Constitución, es por ello que a continuación citaremos disposiciones constitucionales que sustentan la viabilidad del presente proyecto:

• Artículo 150 numeral 16: Contempla el trámite, señalando que corresponde al Congreso hacer leyes, en donde hace parte de sus funciones designadas, el aprobar o improbar los tratados que el Gobierno celebre con otros Estados o con entidades de derecho internacional. Por medio de dichos tratados podrá el Estado, sobre bases de equidad, reciprocidad y conveniencia nacional, transferir parcialmente determinadas atribuciones a organismos internacionales, que tengan por objeto promover o consolidar la integración económica con otros Estados.

• Artículo 189 numeral 2: Señala que corresponde al Presidente de la República como Jefe de Estado, Jefe del Gobierno y Suprema Autoridad Administrativa dirigir las relaciones internacionales, celebrar con otros Estados y entidades de derecho internacional tratados o convenios que se someterán a la aprobación del Congreso.

• Artículo 226: Este artículo nos muestra que el Estado deberá promover la internacionalización de las relaciones políticas, económicas, sociales y ecológicas sobre bases de equidad, reciprocidad y conveniencia nacional.

"Es así como también en los artículos 9º y 227 de la Carta Fundamental, se hace un reconocimiento a la soberanía nacional, a la autodeterminación de los pueblos, y a los demás principios de derecho internacional; así mismo se promueve la integración económica y la internacionalización de las relacio-

nes políticas, económicas, sociales y ecológicas sobre las bases de equidad, reciprocidad y conveniencia nacional"[2].

Marco jurisprudencial

Se halla entonces, que el proyecto de ley considerado en la presente ponencia, se encuentra ajustado a las reglas reconocidas por la Honorable Corte Constitucional en materia de Relaciones Internacionales, así como también en lo referente a la adopción de diferentes enmiendas anteriormente realizadas al Convenio Constitutivo del FMI y la legalidad del mismo, teniendo en cuenta que ya existe un precedente jurídico y jurisprudencial que fijó la Corte al momento de declarar la exequibilidad de las Leyes 92 de 1993 y 652 de 2001 correspondientes a la Tercera y Cuarta enmiendas las cuales fueron declaradas exequibles con las Sentencias C-359 del 11 de agosto de 1994 y C-057 del 4 de febrero de 2002 de la Corte Constitucional.

Siendo así las cosas, la Corte Constitucional en Sentencia número C-359 de 1994 sostuvo que:

"La Enmienda del Convenio Constitutivo del Fondo Monetario Internacional y la Ley 92 de 1993, resultan materialmente ajustadas a la Carta Política, pues encuentran su sustento, entre otras normas constitucionales, básicamente en el artículo 226, que ordena que el Estado colombiano deberá fomentar la internacionalización económica". En efecto, el precepto señala: "El Estado promoverá la internacionalización de las relaciones políticas, económicas, sociales y ecológicas sobre bases de equidad, reciprocidad y conveniencia nacional".

Así mismo la Corte agregó que:

"Lo previsto en la aludida Enmienda guarda armonía con la filosofía de los artículos 334 y 371, en cuanto prevé la intervención del Estado para racionalizar la economía con el fin de conseguir el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, la distribución equitativa de oportunidades y los beneficios del desarrollo, y debe, a través de la Banca Central, regular los cambios internacionales y administrar las reservas internacionales".

Además sostiene la Corte que la Enmienda que se revisa:

"(...) es de enorme conveniencia, pues va dirigida a establecer mecanismos que permitan al organismo lograr de los países el cumplimiento de sus obligaciones, pues en perjuicio del Fondo, que amenazaría con su extinción, y sobre todo, en detrimento de los intereses de los países que de él hacen parte, algunos estados miembros han comenzado a registrar atrasos persistentes con la institución en el cumplimiento de sus obligaciones económicas".

Del mismo modo, la Corte al declarar la exequibilidad de la Ley 652 de 2001 por medio de la Sentencia C-057 de 2002 en donde expresó que:

"La Cuarta Enmienda resulta ajustada a las normas constitucionales que establecen los principios reguladores de las relaciones internacionales, como son el respeto de soberanía nacional (artículo 9°, C. P.), como quiera que los derechos y compromisos internacionales relacionados con esta enmienda dependen de que Colombia decida soberanamente adherir a este instrumento internacional. Tal como lo ha reconocido reiteradamente esta Corte, la soberanía se ejerce cuando se decide asumir libremente compromisos internacionales necesarios para la cooperación y convivencia dentro de una comunidad supranacional".

Al mismo tiempo la Corte manifestó que:

"La Enmienda del Convenio Constitutivo del Fondo Monetario Internacional y la Ley 652 de 2001, resultan materialmente ajustadas a la Carta Política, pues encuentran su sustento, entre otras normas constitucionales, básicamente en el artículo 226, que ordena que el Estado colombiano deberá fomentar la internacionalización de las relaciones económicas.

Por las anteriores razones, encuentra la Corte que tanto la Ley 652 de 2001 como la Cuarta Enmienda del Convenio Constitutivo del Fondo Monetario Internacional, adoptada por la Junta de Gobernadores del Fondo Monetario Internacional el 23 de septiembre de 1997, se ajustan al ordenamiento constitucional colombiano".

Contenido de la enmienda y justificación

Tal y como lo señala la exposición de motivos realizada por ambos Ministerios, la propuesta de enmienda comprende reformas referentes al Directorio Ejecutivo del Organismo, el cual tiene a su cargo la gestión de las operaciones generales del FMI y a ese efecto ejerce todas las facultades que en él delegue la Junta de Gobernadores.

Cabe aclarar que "De acuerdo con el artículo XII, sección 3 del Convenio Constitutivo vigente, el Directorio Ejecutivo está compuesto, en principio, por 20 miembros: 5 destinados por los países con mayores cuotas en la institución y 15 por votación. La Junta de Gobernadores tiene la facultad de incrementar o reducir el número de miembros elegidos por votación en cada elección regular de los directores ejecutivos, para lo cual se requiere una mayoría del 85% del poder de voto de la institución"[3]. Es así como, la Junta de Gobernadores, por mayoría de votos, puede ajustar o modificar las reglas de elección de los miembros del Directorio Ejecutivo, en el evento en el que el número de directores a ser elegidos por votación sea superior a 15. Es importante tener en cuenta que en las últimas elecciones se ha incrementado el número de Directores Ejecutivos (24 en la actualidad, 19 de los cuales se eligen por votación), por lo cual se han hecho también modificaciones a las reglas para su elección.

Ahora bien, en la exposición de motivos se muestra de manera clara la propuesta de enmienda al Convenio Constitutivo, en la cual se contempla reformar la estructura de gobierno del Directorio Ejecutivo, a fin de que su conformación sea más legítima, representativa y democrática, contemplando las siguientes reformas:

---

[2] Sentencia número C-359 de 1994, Corte Constitucional.

[3] Exposición de motivos del Proyecto de ley número 35 de 2012 Senado, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

• Elimina la categoría de cinco (5) Directores Ejecutivos nombrados por los cinco (5) países miembros que tengan las mayores cuotas, para adoptar un esquema donde todos los directores son elegidos por votación.

• Mantener la regla que define el número de Directores Ejecutivos (20) y el procedimiento mediante el cual este puede ser ajustado (por votación, mayoría de la Junta de Gobernadores que represente el 85% del poder de voto).

• Elimina el marco vigente de reglas de elección establecido en el actual Anexo E del Acuerdo Constitutivo para adoptar un esquema en el cual la Junta de Gobernadores tiene la facultad de establecer, por mayoría de votos, las reglas que rigen en cada elección de Directores Ejecutivos. Estas reglas incluirían el establecimiento de límites para el número total de votos que resulten a favor de un mismo candidato por parte de varios países miembros, los cuales pueden ser ajustados con el propósito de evitar una alta concentración de votos en algún grupo de países y flexibilizar la conformación de dichos grupos. Así mismo, podrían establecer un umbral mínimo de votos para la elección de un Director Ejecutivo.

• Modifica en general las disposiciones del Convenio vigente que hacen referencia a los Directores Ejecutivos designados por los cinco (5) países miembros que tengan las mayores cuotas, en consideración a la eliminación que se hace de dicha categoría.

• Establece un periodo transitorio, en virtud del cual entre la entrada en vigencia de la enmienda y la primera elección de Directores Ejecutivos que se realice bajo la misma, los directores designados se considerarán directores elegidos por votación. Durante este periodo todos los Directores Ejecutivos en ejercicio de sus funciones a la entrada en vigencia de la enmienda, mantendrán sus posiciones hasta que sus sucesores sean elegidos por votación.

Es así como las modificaciones al Convenio Constitutivo antes señaladas, son de vital importancia para el funcionamiento eficaz y representativo de la institución, en donde se incluye pasar a un régimen en el cual el Directorio Ejecutivo sea el resultado exclusivo de un sistema de elecciones (para lo cual se requiere la enmienda del presente proyecto de ley).

Vale la pena resaltar que las enmiendas al Acuerdo Constitutivo del FMI requieren de la aceptación de tres quintas partes de los países miembros (113 países), cuyos votos sumen al menos el ochenta y cinco por ciento (85%) de la totalidad de los votos y entran en vigor para todos ellos, independientemente de su aceptación, tres meses después de la fecha en que el FMI certifica esta circunstancia, a menos que se indique un periodo más corto. En el caso de la enmienda en cuestión, la Junta de Gobernadores decidió que entra a regir en la fecha de dicha comunicación.

A agosto 2 de 2012, la propuesta de enmienda (séptima enmienda) aprobada por la Junta de Gobernadores con la Resolución número 66-2 del 15 de diciembre de 2010 ha sido aceptada por 96 países, los cuales representan el 64.00% del poder de voto del FMI, lo que significa que aún no ha entrado en vigor a nivel internacional.

La aceptación por parte de Colombia de la propuesta de enmienda requiere de su aprobación previa por parte del Congreso de la República, por cuanto implica la modificación de un convenio internacional incorporado a la legislación interna mediante la Ley 96 de 1945.

Anexo II

Propuesta de Enmienda del Convenio Constitutivo del Fondo Monetario Internacional sobre la Reforma del Directorio Ejecutivo

Los Gobiernos en cuyo nombre se firma el presente Convenio acuerdan lo siguiente:

1. **El texto del artículo XII, Sección 3(b) se enmendará para que quede así:**

"(b) Sujeto a (c) abajo, el Directorio Ejecutivo consistirá de 20 Directores Ejecutivos elegidos por los integrantes, y el Director Ejecutivo será el presidente".

2. **El texto de la Sección 3(c) del artículo XII, se enmendará para que quede así:**

"(c) Para propósitos de cada elección ordinaria de Directores Ejecutivos, la Junta de Gobernadores podrá, por una mayoría del 85% del poder total de votos, aumentar o reducir el número de Directores Ejecutivos que se indica en (b) anterior".

3**. El texto de la Sección 3(d) del artículo XII se enmendará para que quede así:**

"(d) Las elecciones de los Directores Ejecutivos tendrán lugar en intervalos de dos años de acuerdo con el reglamento que adopte la Junta de Gobernadores. El reglamento incluirá un límite del número total de votos que más de un integrante podrá emitir para el mismo candidato".

4. **El texto de la Sección 3(f) del artículo XII se enmendará para que quede así:**

"(f) Los Directores Ejecutivos seguirán en sus cargos hasta que sus sucesores sean elegidos. Si el cargo de un Director Ejecutivo queda vacante por más de 90 días antes de que termine su vigencia, los integrantes que eligieron al anterior Director Ejecutivo elegirán a otro Director Ejecutivo. Para la elección se requerirá una mayoría de los votos emitidos. Durante el tiempo que el cargo permanezca vacante, el suplente del anterior Director Ejecutivo ejercerá las facultades de este, salvo el de nombrar a un suplente".

5. **El texto de la Sección 3(i) del artículo XII se enmendará para que quede así:**

("i) (i) Cada Director Ejecutivo podrá emitir el número de votos que contaron para su elección.

(ii) Cuando sean aplicables las disposiciones de la Sección 5 (b) de este Artículo, los votos que de otra forma un Director Ejecutivo tendría derecho a emitir se aumentarán o disminuirán según corresponda.

Todos los votos que un Director Ejecutivo tenga derecho a emitir serán emitidos como una unidad.

(iii) Cuando se termine la suspensión de los derechos de votos de un integrante de acuerdo con la Sección 2 (b) del artículo XXVI, el integrante podrá acordar con todos los integrantes que haya elegido a un Director Ejecutivo que el número de votos asignado a ese integrante será emitido por ese Director Ejecutivo, teniendo en cuenta que, si no se ha hecho ninguna elección ordinaria de Directores Ejecutivos durante el periodo de la suspensión, el Director Ejecutivo en cuya elección haya participado el integrante antes de la suspensión, o su sucesor elegido de acuerdo con el parágrafo 3 (c)(i) del Anexo L o (f) anterior, tendrá derecho a emitir el número de votos asignados al integrante. Se considerará que el integrante haya participado en la elección del Director Ejecutivo con derecho a emitir el número de votos asignados al integrante".

6. **El texto de la Sección 3(j) del artículo XII se enmendará para que quede así:**

"(j) La Junta de Gobernadores adoptará el reglamento conforme al cual un integrante podrá enviar a un representante para que asista a cualquier reunión del Directorio Ejecutivo cuando se haga una solicitud por ese integrante, o se trate un asunto que afecte en particular al mismo".

7. **El texto de la Sección 8 del artículo XII se enmendará para que quede así:**

"El Fondo tendrá en todo momento el derecho de comunicar sus opiniones informalmente a cualquier integrante sobre cualquier asunto que surja conforme a este Convenio. Por mayoría del 70% del poder total de votos, el Fondo podrá decidir publicar un informe a un integrante con respecto a sus condiciones monetarias o económicas y sucesos que directamente tiendan a producir un grave desequilibrio en la balanza de pagos internacional de los integrantes. El respectivo integrante tendrá derecho a representación de acuerdo con la Sección 3(j) de este artículo. El Fondo no publicará un informe que tenga que ver con cambios en la estructura fundamental de la organización económica de los integrantes.

8. **El texto del artículo XXI (a)(ii) se enmendará para que quede así:**

"(a) (ii) Para las decisiones del Directorio Ejecutivo sobre asuntos que atañan exclusivamente al Departamento de Derechos Especiales de Giro, únicamente los Directores Ejecutivos elegidos por al menos un integrante que sea participante tendrán derecho a voto. Cada uno de estos Directores Ejecutivos podrá emitir el número de votos asignados a los integrantes que sean participantes cuyos votos hayan contado para su elección. Solo la presencia de los Directores Ejecutivos elegidos por los integrantes que sean participantes y los votos asignados a los integrantes que sean participantes valdrá para los propósitos de determinar si existe quórum o si se toma una decisión por la mayoría requerida".

9. **El texto del artículo XXIX (a) se enmendará para que quede así:**

"(a) Cualquier asunto de interpretación de las disposiciones de este Convenio que surja entre cualquier integrante del Fondo o entre cualquiera de los integrantes del Fondo será sometido al Directorio Ejecutivo para su decisión. Si el asunto afecta en particular a algún integrante, este tendrá derecho a representación de acuerdo con la Sección 3 (j) del artículo XII.

10. **The text of paragraph 1(a) of Schedule D shall be amended to read as follows:**

"(a) Cada integrante o grupo de integrantes que tenga el número de votos que le haya sido asignado a él o a ellos emitido por un Director Ejecutivo nombrará a un Consejero quien será un Gobernador, Ministro en el gobierno de un integrante, o una persona de jerarquía comparable, y podrá nombrar a no más de siete asociados. Por una mayoría del 85% de la totalidad de los votos posible, la Junta de Gobernadores podrá cambiar el número de Asociados que puedan ser nombrados, un Consejero o Asociado actuará en su cargo hasta que se haga un nuevo nombramiento o hasta la próxima elección ordinaria de Directores Ejecutivos, lo que suceda primero.

11. **El texto del parágrafo 5° (e) del Anexo D será eliminado**

12. **El parágrafo 50 (f) del Anexo D se renumerará por 5 (e) del Anexo D, y el texto del Nuevo parágrafo 5° (e) se enmendará para que quede así:**

"(e) Cuando un Director Ejecutivo tenga derecho a emitir el número de votos asignado a un integrante de acuerdo con la Sección 3(i)(iii) del Artículo XII, el Consejero nombrado por el grupo cuyos integrantes eligieron a ese Director Ejecutivo tendrán derecho a voto y emitirán el número de votos asignados a ese integrante. Se considerará que el integrante ha participado en el nombramiento del Consejero con derecho a voto y emitirá el número de votos asignado a ese integrante".

13. **El texto del Anexo E se enmendará para que quede así:**

"Disposiciones transitorias con respecto a Directores Ejecutivos.

1. Cuando este Anexo entre en vigor:

(a) Cada Director Ejecutivo que haya sido nombrado de acuerdo con la Sección 3(b)(i) o 3(c) anteriores del artículo XII y que haya ocupado el cargo inmediatamente antes de que este Anexo entre en vigor, se considerará que ha sido elegido por el integrante que lo haya nombrado; y

(b) Cada Director Ejecutivo que emita el número de votos de un integrante de acuerdo con la Sección 3(i)(ii) anterior del artículo XII inmediatamente antes de que este Anexo entre en vigor, se considerará que ha sido elegido por ese integrante".

14. **El texto del parágrafo 1(b) del Anexo L se enmendará para que quede así:**

"(b) nombrar a un Gobernador o a un Gobernador Suplente, nombrar o participar en el nombramiento de un Consejero o Consejero Suplente, o elegir o participar en la elección de un Director Ejecutivo".

15. **El texto del encabezamiento del parágrafo 3(c) del Anexo L se enmendará para que quede así:**

"(c) el Director Ejecutivo elegido por el integrante, o en cuya elección haya participado el in-

tegrante, dejará de ocupar el cargo, salvo que ese Director Ejecutivo haya tenido derecho a emitir el número de votos asignados a otros integrantes cuyos derechos de voto no hayan sido suspendidos. En el último caso".

Beneficios que conllevan la adopción de las enmiendas

En este punto y en concordancia con la información aportada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Relaciones Exteriores se pueden observar algunos ejemplos de los beneficios que ha reportado al país su participación en el FMI:

• Durante el periodo de 1954-1974, en virtud de 16 acuerdos de giro celebrados con el Fondo, el país hizo uso de 404.9 millones de DEG (equivalentes hoy aproximadamente a US$538 millones). Así mismo, recibió sin contraprestación alguna DEG's 114.3 millones en virtud de las anteriores asignaciones de Derechos Especiales de Giro.

• Durante los años 1985-1986, el país pudo obtener préstamos de la comunidad financiera internacional cuando ello era un privilegio vedado a los países latinoamericanos.

• La participación del Fondo fue esencial para el manejo de la política de endeudamiento externo del país durante los años de 1986-1990, apoyando la credibilidad en el país por parte de la comunidad financiera internacional para la extensión voluntaria de facilidades crediticias, lo cual fortaleció la soberanía del Estado colombiano en el manejo de su economía.

• Durante los últimos años Colombia ha suscrito con el FMI acuerdos que le permiten el acceso a recursos del Organismo en el marco de la línea de Crédito Flexible (LCF). Si bien las autoridades económicas han manifestado su intención de considerar estos acuerdos como precautorios, el acceso a la LCF ha mandado un mensaje de tranquilidad a la comunidad financiera internacional y ha facilitado el flujo de recursos financieros. En la actualidad Colombia tiene suscrito con el FMI un acuerdo por 3.870 millones de DEG en el marco de la LCF, la cual estará vigente hasta mayo de 2013.

• En el año 2009 Colombia recibió Asignaciones de DEG por 624.1 millones (USD 989 millones), con lo cual se incrementaron los activos de reserva.

El beneficio principal de la aprobación de la propuesta de enmienda del Convenio Constitutivo del FMI (Séptima Enmienda), es la actualización del Acuerdo Constitutivo del FMI aprobado por el Congreso de la República con la Ley 96 de 1945, de manera que nuestra legislación interna reconozca e incorpore las modificaciones adicionales a él efectuadas con la Resolución número 66-2 aprobada por la Junta de Gobernadores el 15 de diciembre de 2010.

Se trata de modificaciones al Acuerdo Constitutivo que miradas en conjunto con las decisiones que ha venido adoptando el Organismo en relación con el aumento de cuotas y la reorganización de la estructura de gobierno, refuerzan la legitimidad, credibilidad y la eficacia del FMI, en la medida que implican que su estructura refleje de mejor manera la realidad mundial otorgando mayor representación a los países emergentes. Las reformas que comprende la enmienda respecto del Directorio Ejecutivo imprimen a este órgano decisorio un carácter más representativo en la medida que implican la transición a un régimen en el cual todos los miembros del mismo serán elegidos por votación, eliminando la categoría de cinco (5) Directores Ejecutivos nombrados por los cinco (5) países miembros que tengan las mayores cuotas.

A Colombia le interesa que el FMI sea un organismo eficaz, legítimo y representativo, que reconozca en sus órganos de dirección el papel preponderante que en la realidad económica vienen desempeñando los países emergentes y en desarrollo, razón por la cual es conveniente que apruebe e incorpore a su legislación interna las modificaciones al Convenio Constitutivo del FMI aprobadas por la Junta de Gobernadores con la Resolución número 66-2 de diciembre 15 de 2010.

Ahora bien, la adopción del Convenio Constitutivo y de cuatro de sus enmiendas por parte de Colombia, demuestran tal y como lo señalan los Ministerios en la Exposición de motivos el reconocimiento que hace el país de la importancia de los propósitos del FMI y del beneficio económico que le representa el pertenecer a un organismo internacional con fundamentos cooperativos.

Finalmente, la aprobación de las modificaciones constituye un apoyo de nuestro país al programa de reformas que ha venido adoptando el Organismo, tendientes a reorganizar las cuotas y la representación de los países miembros de forma que reflejen mejor la posición relativa y el papel de cada país en la economía mundial, dada la realidad dinámica y cambiante de la economía global y el papel preponderante que en la misma han asumido los países emergentes.

Estado de aceptación de la enmienda por parte de los países miembros del FMI

Actualmente el FMI tiene 188 países miembros.

La propuesta de enmienda aprobada por la Junta de Gobernadores del FMI con la Resolución número 66-2 aún no ha entrado en vigor a nivel internacional dado que para el efecto requiere ser aceptada por tres quintas partes de los países miembros (113 países), cuyos votos sumen al menos el ochenta y cinco por ciento (85%) de la totalidad de los votos.

Como se indicó anteriormente, a agosto 2 de 2012, la propuesta de enmienda (séptima enmienda) aprobada por la Junta de Gobernadores con la Resolución número 66-2 del 15 de diciembre de 2010 ha sido aceptada por 96 países, los cuales representan el 64.00% del poder de voto del FMI.

La aceptación por parte de Colombia de la propuesta de enmienda requiere de su aprobación previa por parte del Congreso de la República, por cuanto implica la modificación de un convenio internacional incorporado a la legislación interna mediante la Ley 96 de 1945.

Proposición

Por las anteriores consideraciones solicito, muy comedidamente a la honorable Comisión Segunda Constitucional Permanente del Senado de la República, dar primer debate al Proyecto de ley número 35 de 2012 Senado, *por medio de la cual se aprueba la propuesta de enmienda del "Convenio Constitutivo del Fondo Monetario Internacional sobre la Reforma del Directorio Ejecutivo" (Séptima Enmienda),* aprobada por la Junta de Gobernadores del Fondo Monetario Internacional (FMI) mediante la Resolución número 66-2 del 15 de diciembre de 2010.

Myriam Paredes Aguirre,
Senadora de la República.

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 35 DE 2012 SENADO

por medio de la cual se aprueba la propuesta de enmienda del "Convenio Constitutivo del Fondo Monetario Internacional sobre la Reforma del Directorio Ejecutivo" (Séptima Enmienda), aprobada por la Junta de Gobernadores del Fondo Monetario Internacional (FMI) mediante la Resolución número 66-2 del 15 de diciembre de 2010.

El Congreso de la República

DECRETA:

Artículo 1º. Apruébese la "Propuesta de enmienda del Convenio Constitutivo del Fondo Monetario Internacional sobre la reforma del Directorio Ejecutivo" (Séptima Enmienda), aprobada por la Junta de Gobernadores del Fondo Monetario Internacional (FMI) mediante la Resolución número 66-2 del 15 de diciembre de 2010.

Artículo 2°. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 7ª de 1944, la "Propuesta de enmienda del Convenio Constitutivo del Fondo Monetario Internacional sobre la reforma del Directorio Ejecutivo" (Séptima Enmienda), aprobada por la Junta de Gobernadores del Fondo Monetario Internacional (FMI) mediante la Resolución número 66-2 del 15 de diciembre de 2010, que por el artículo 1° de esta ley se aprueba, obligará al Estado colombiano a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto de la misma.

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

Myriam Paredes Aguirre,
Senadora de la República.

* * *

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 111 DE 2011 SENADO

por medio de la cual se aprueba el "Acuerdo entre la República de Colombia y la Organización para la Prohibición de las Armas Químicas sobre Privilegios e Inmunidades de la OPAQ", hecho en La Haya el 12 de septiembre de 2006.

Bogotá, D. C., 27 de agosto de 2012

Honorable Senadora

MYRIAM ALICIA PAREDES AGUIRRE

Presidenta

Comisión Segunda Constitucional

Senado de la República.

Ciudad

Señora Presidenta:

En cumplimiento del encargo encomendado, por la Mesa Directiva de la Comisión Segunda Constitucional Permanente del Senado de la República y con fundamento en los artículos 174 y 175 de la Ley 5ª de 1992, me permito rendir ponencia para segundo debate al **Proyecto de ley número 111 de 2011 Senado,** *por medio de la cual se aprueba el "Acuerdo entre la República de Colombia y la Organización para la Prohibición de las Armas Químicas sobre Privilegios e Inmunidades de la OPAQ",* hecho en La Haya el 12 de septiembre de 2006, en los siguientes términos:

Antecedentes y trámite legislativo

El Proyecto de ley número 111 de 2011 Senado es de autoría del Gobierno Nacional - Ministerio de Relaciones Exteriores - Ministerio de Hacienda y Crédito Público, fue radicado el día 7 de septiembre de 2011 ante la Secretaría General de la Corporación y se encuentra pendiente de surtir su segundo debate en la Comisión Segunda Constitucional de Senado. El referido proyecto de ley fue aprobado por unanimidad de los miembros de la Comisión Segunda del Senado el día 14 de junio de 2012.

Objeto del proyecto

El presente proyecto de ley tiene por objeto, la aprobación de un acuerdo internacional celebrado entre Colombia y la Organización para la Prohibición de las Armas Químicas, que reconozca los privilegios e inmunidades para los delegados o representantes de los Estados Partes de la Organización para la Prohibición de Armas Químicas, enviados a reuniones convocadas por la OPAQ, y de los Expertos que a título personal desempeñen misiones por cuenta de la OPAQ, o que formen parte de sus órganos, o que actúen de cualquier manera como consejeros a petición de la OPAQ.

Antecedentes del acuerdo

La concesión de privilegios e inmunidades a los enviados diplomáticos es una norma muy antigua del derecho internacional y aunque su práctica se remota a normas consuetudinarias, existen instrumentos internacionales como la Convención de Viena sobre las Relaciones Diplomáticas de 1961 que regula la materia[1].

Los países que se han adherido a esta Convención, entre ellos Colombia, tienen la convicción de que esas prácticas contribuyen al desarrollo de las relaciones amistosas entre las naciones, prescindiendo de sus diferencias de régimen constitucional y social, reflejo de esto, es el tercer párrafo del preámbulo de la Convención de Viena, que establece:

"Estimando que una convención internacional sobre relaciones, privilegios e inmunidades diplomáticos contribuirá al desarrollo de las relaciones amistosas entre las naciones, prescindiendo de sus diferencias de régimen constitucional y social…".

Los privilegios, inmunidades y exenciones diplomáticas, tal como se describe en la Convención de Viena de 1961, no se conceden en beneficio de las personas, sino con el fin de garantizar el desempeño eficaz de las funciones de las misiones diplomáticas en calidad de representantes de los Estados.

[1] http://www.un.org/spanish/geninfo/faq/inmunities.htm

Así pues, los privilegios e inmunidades diplomáticas han contribuido eficazmente a facilitar las relaciones entre los Estados y en ella se prevé medidas concretas que pueden adoptar tanto los Estados acreditantes como los Estados receptores en caso de uso indebido o abuso de los privilegios e inmunidades diplomáticas.

De otro lado, el Congreso de la República, mediante la Ley 525 de 1999, aprobó la "*Convención sobre la Prohibición del Desarrollo, la Producción, el Almacenamiento y el Empleo de Armas Químicas y sobre su Destrucción"*, hecha en París el 13 de enero de 1993. Conforme al ordenamiento jurídico Colombiano, la ley aprobada una vez sancionada, fue remitida a la Corte Constitucional, para surtir la revisión de Constitucionalidad, y mediante Sentencia C-328 del 22 de marzo del 2000, el 5 de mayo del 2000 Colombia ratificó la "*Convención sobre la Prohibición del Desarrollo, la Producción, el Almacenamiento y el Empleo de Armas Químicas y sobre su Destrucción"*, hecha en París el 13 de enero de 1993, cuyo propósito es lograr la eliminación de todas las armas químicas existentes, la suspensión de toda actividad dirigida a su creación y la prohibición de su utilización.

Esta Convención sobre Armas Químicas (CAQ) creó en el artículo VIII, la Organización para la Prohibición de Armas Químicas (OPAQ), con la finalidad de asegurar la aplicación de sus disposiciones, entre ellas las relativas a la verificación internacional de su cumplimiento, y proporcionar un foro de consultas y colaboración de los Estados Partes.

La Organización para la Prohibición de Armas Químicas (OPAQ), está compuesta por tres órganos principales: la Secretaría Técnica, el Consejo Ejecutivo y la Conferencia de Estados Parte.

La Convención que creó la OPAQ, y que hace parte del ordenamiento jurídico Colombiano, establece que dicha Organización gozará en el territorio de cada Estado Parte y en cualquier otro lugar bajo la jurisdicción o control de este, de la capacidad jurídica y los privilegios e inmunidades que sean necesarios para el ejercicio de sus funciones. Y que la capacidad jurídica, los privilegios y las inmunidades a que se hace referencia en el presente artículo serán definidos en acuerdos concertados entre la Organización y los Estados Partes, así como en un acuerdo entre la Organización y el Estado en que se encuentre la sede de la Organización.

Adicionalmente, el párrafo 49 del mencionado artículo dispone que los delegados de los Estados Partes, junto con sus suplentes y asesores, los representantes nombrados por el Consejo Ejecutivo junto con sus suplentes y asesores, el Director General, y el personal de la Organización, gozarán de los privilegios e inmunidades que sean necesarios para el ejercicio independiente de sus funciones en relación con la Organización. Por su parte, el párrafo 51 dispone que no obstante lo dispuesto en los párrafos 48 y 49 los privilegios e inmunidades de que gocen el Director General y el personal de la Secretaría Técnica, durante la ejecución de actividades de verificación, serán los que se enuncian en la sección B de la parte II del Anexo sobre verificación.

Posteriormente, la Conferencia de Estados Parte de la OPAQ, en su Octavo Período de Sesiones, llevado a cabo en octubre de 2003, adoptó la Decisión C-8/DEC.12, en la cual hace un llamado a todos los Estados Partes que no hayan negociado todavía sus respectivos Acuerdos con la OPAQ sobre la capacidad jurídica, los privilegios y las inmunidades, a que procedan cuanto antes con el cumplimiento de este compromiso, pues una vez celebrado.

Los privilegios e inmunidades que establece la Convención sobre Armas Químicas se aplican a: la OPAQ (parágrafo 48 del artículo VIII); los Delegados de los Estados Partes, el Director General y el personal de la Organización (parágrafo 49 del artículo VIII), y los miembros del grupo inspector (parágrafo 51 del artículo VIII).

Alcances del acuerdo

De conformidad con las disposiciones citadas de la Convención sobre armas químicas, Colombia y la Organización para la Prohibición de Armas Químicas (OPAQ), negociaron bilateralmente el Acuerdo sobre Privilegios e Inmunidades, el cual suscribieron el 12 de septiembre de 2006.

El Acuerdo sobre Privilegios e Inmunidades entre Colombia y la OPAQ constituye un mecanismo para que Colombia pueda atender los serios compromisos adquiridos en los distintos foros internacionales, en los cuales la comunidad internacional aboga por la seguridad internacional. Dicha seguridad se basa en procesos de verificación por parte de los inspectores de la OPAQ y los expertos que los apoyan, quienes adelantan sus tareas de desmantelamiento de estructuras para el almacenamiento de armas químicas, así como de vigilancia de las industrias químicas como medida preventiva, y evitando que las mismas puedan ser desviadas de sus propósitos pacíficos, con el propósito de causar algún mal a la humanidad y volver a caer en los horrores de la guerra química.

Como en el caso de la Organización de las Naciones Unidas y otras instituciones internacionales independientes, la OPAQ requiere de un acuerdo por separado que regule los privilegios e inmunidades de los que deben gozar la institución y las personas a ella vinculadas con el fin de facilitar el cumplimiento de las competencias a ella atribuidas por la Convención de Armas Químicas y sus instrumentos complementarios.

El artículo VIII Literal E de la Convención hace referencia a estos privilegios e inmunidades en forma general, mientras que el Acuerdo sobre Privilegios e inmunidades entre Colombia y la OPAQ define con mayor detalle estas previsiones y las obligaciones correlativas de las Partes.

Aunque la OPAQ tiene su sede en La Haya, Reino de los Países Bajos, requiere cumplir funciones muy importantes en el territorio de cualquier Estado Parte de la Convención. Es de esperarse que los inspectores y el personal de apoyo para programas de prevención de desastres químicos pasen mucho tiempo fuera de los Países Bajos, en ejecución de los trabajos de inspección y vista de complejos químicos. Es, por tanto, importante que la misma OPAQ, y quienes trabajan en la organización, puedan desarrollar sus funciones independiente, y eficazmente,

donde quiera que se encuentren. Con el fin de que así ocurra, cada Estado Parte brindará las protecciones y facilidades a la OPAQ, a sus funcionarios y a los inspectores. Esto es en esencia lo que establece el Acuerdo sobre Privilegios e inmunidades, que hoy se somete a consideración del honorable Congreso de la República.

Contenido del acuerdo

El acuerdo consta de un Preámbulo y 12 artículos:

El preámbulo contiene una serie de consideraciones que constituyen el soporte legal-convencional que permite y hace necesaria la celebración del Acuerdo.

El objetivo es el reconocimiento de los privilegios e inmunidades para los delegados o representantes de los Estados Partes de la Organización para la Prohibición de Armas Químicas, enviados a reuniones convocadas por la OPAQ, y de los Expertos que a título personal desempeñen misiones por cuenta de la OPAQ, o que formen parte de sus órganos, o que actúen de cualquier manera como consejeros a petición de la OPAQ. Estos privilegios e inmunidades se reconocen a los funcionarios en ejecución de actividades de verificación, y a los expertos en asuntos químicos que apoyan dicha labor, así como el Director General y al personal de Secretaría cuya presencia se requiera en el territorio nacional o en tránsito en el caso de inspecciones, pero solamente para el ejercicio de sus funciones.

A continuación se expone de manera sucinta el tratamiento que se otorga a la OPAQ y a las personas o grupo de personas a que se ha hecho referencia.

1. **En relación con la OPAQ.** Se han establecido estos privilegios e inmunidades en la medida que son necesarios para el satisfactorio cumplimiento de las funciones de la OPAQ. Tales privilegios e inmunidades incluyen:

La inviolabilidad de las instalaciones, archivos, documentos y comunicaciones oficiales.

La inmunidad de jurisdicción contra investigaciones, carácter ejecutivo, administrativo, judicial o legislativo.

En relación con los bienes tendrán exención respecto de impuestos directos y derechos de Aduana y también respecto de restricciones en materia de importación de artículos destinados a uso oficial.

Los fondos de la OPAQ no podrán someterse a controles financieros, reglamentos o moratorias en el desarrollo de sus funciones (lo que implica, por ejemplo, que la OPAQ podría manejar cuentas bancarias en cualquier divisa).

En relación con sus comunicaciones, la OPAQ deberá recibir un tratamiento tan favorable como el que se concede a las misiones diplomáticas (verbi gratia, comunicaciones oficiales no sometidas a censura, puede operar equipos de radio y telecomunicaciones en frecuencias que le sean asignadas, etcétera).

2. **En relación con los Representantes de los Estados Partes y los funcionarios de la OPAQ.** Mientras ejerzan sus funciones oficiales, estos funcionarios gozan de inmunidad de detención o arresto personal, la cual no cesará por la terminación de funciones. La mayoría de estos privilegios e inmunidades no están establecidos en el Acuerdo, sino que están previstos en la Convención de Viena sobre Relaciones Diplomáticas de 1961, a la cual se hace remisión expresa la Parte II literal B sobre Normas Generales de la Convención.

Los privilegios e inmunidades otorgados en el Acuerdo pueden ser limitados o suspendidos en caso de abuso, lo cual se determinará y resolverá mediante el procedimiento de consultas o por los mecanismos previstos en el derecho internacional para la solución de controversias a las cuales la OPAQ no haya renunciado a la inmunidad del funcionario involucrado, o mediante arbitramiento.

Otras previsiones. Al ratificar el Acuerdo, Colombia está en la obligación de reconocer y aceptar el *laissez-passer* Naciones Unidas o el documento de viaje expedido por la OPAQ, el cual acredita a la persona como funcionario de la organización, y hace las veces de pasaporte o documento de identificación internacional.

Visas. Las solicitudes de visas y de visados de tránsito deben ser atendidas por las autoridades migratorias, de forma tal que las personas que cumplen funciones en relación con la Convención y con la OPAQ las pueden adelantar y obtener con prontitud y eficacia al momento de ingresar o salir del territorio nacional.

Importancia de la ratificación

El presente Acuerdo Internacional, constituye un valioso instrumento jurídico internacional adoptado por Colombia y la Organización para la Prohibición de las Armas Químicas, con el fin de propiciar el logro de los objetivos previstos en la Convención de Armas Químicas, pero en particular para facilitar las tareas asignadas al personal de la Organización, pues Colombia, a pesar de no producir ni poseer armas químicas y pertenecer a una región que no presenta posibilidades de afectar la paz y la seguridad internacional con el uso de armas de destrucción masiva, las tendencias internacionales y nuestro propio interés por la seguridad global nos obligan a participar de los mecanismos e instrumentos jurídicos que garanticen estos altos ideales.

De igual forma con la aprobación de este Acuerdo, en Colombia se puedan llevar a cabo los mecanismos de verificación previstos en la Convención y ejecutados por la Organización gracias a los privilegios e inmunidades contenidos en el presente Acuerdo.

Constitucionalidad del proyecto

El Acuerdo entre la República de Colombia y la Organización para la Prohibición de las Armas Químicas sobre privilegios e inmunidades de la OPAQ, hecho en La Haya el 12 de septiembre de 2006, se ajusta a la normatividad constitucional, toda vez que el mismo constituye una manifestación del respeto de la Soberanía Nacional, a la autodeterminación de los pueblos y al reconocimiento de los principios del Derecho Internacional aceptados por Colombia (artículo 9° de la Constitución Política).

Particularmente, la Corte Constitucional se ha referido a la Constitucionalidad que reviste las prerrogativas e inmunidades que se conceden en tratados internacionales, así, mediante Sentencia C-1156 de 2008, sostuvo:

"... La inmunidad o exención de jurisdicción alude en términos generales al status que revisten determinadas personas por las tareas oficiales que cumplen y que deben ser excepcionadas de la jurisdicción para que puedan ejercer sin interferencias las tareas que les han sido asignadas. No se confieren en beneficio personal sino que atienden al sujeto internacional del cual emana, razón por la que los privilegios e inmunidades se encuentran limitados a los actos que realicen en el ejercicio de las funciones y el cumplimiento de sus fines. Se reconoce principalmente a los representantes de los Estados como a los agentes diplomáticos y los funcionarios consulares, así mismo, a los jefes de Estado y objetos como los buques y aeronaves del Estado. También se extiende a otros sujetos de derecho internacional como son las organizaciones y las instituciones internacionales, cobijando a quienes las integran y participan del ejercicio de sus funciones. La Corte ha señalado que las prerrogativas e inmunidades que se conceden en tratados internacionales no resultan en principio contrarias a la Constitución, toda vez que responden a la necesidad de dotar a los sujetos de derecho internacional de las garantías indispensables para ejercer las funciones que les corresponden con la mayor independencia y neutralidad y ha precisado que dichos privilegios e inmunidades no quebrantan por sí mismo el concepto de soberanía nacional y tienen fundamento en los principios de derecho internacional aceptado por Colombia.

... Para la Corte, los privilegios e inmunidades que se confieren a la Corte Penal Internacional como institución y al personal asociado según las previsiones del Acuerdo, se aviene a la Carta Política toda vez que busca dotarlas de las garantías necesarias para el desarrollo de sus funciones con la mayor independencia y neutralidad. Resulta trascendental que la Corte Penal Internacional y el personal disponga de las indispensables garantías de protección para poder desarrollar sus funciones fuera de la sede de la Corte. La Defensa, los testigos, las víctimas, los peritos, entre otros, requieren de los beneficios contenidos en el Acuerdo dado que pueden resultar particularmente vulnerables, además, que dichos beneficios podrían contribuir al desarrollo de las garantías procesales. De esta forma, atendiendo la importancia de dichas concesiones para el desarrollo del trabajo de la Corte y en virtud del principio de cooperación de los Estados Partes para con la Corte Penal Internacional, puede concluirse que el Acuerdo resulta afín al concepto de soberanía nacional y al reconocimiento de los principios del derecho internacional aceptados por Colombia, a ***tiende los presupuestos que orientan el manejo de las relaciones internacionales de Colombia sobre bases de*** *equidad, reciprocidad y conveniencia nacional, precisándose que los beneficios que concede el Acuerdo responden a un vínculo estrecho con las funciones y objetivos de la Corte Penal Internacional, son otorgados en interés de una buena administración de justicia y atienden el deber de cooperación con las autoridades de los Estados Partes, lo cual implica el respeto de las leyes nacionales y el no inmiscuirse en los asuntos internos del Estado. Todo lo cual resulta conforme a la Constitución por cuanto representa la existencia de una inmunidad restringida y no plena.*

Así mismo, instituye el ejercicio de las competencias constitucionales contenidas en los artículos 150 numeral 16 y 189 numeral 2 de la Constitución, en virtud de los cuales el Estado debe promover la internacionalización de las relaciones políticas, económicas y sociales sobre bases de equidad, reciprocidad y conveniencia nacional, así como de integración social y política con las demás naciones.

La regulación contenida en este instrumento corresponde a una materia que se enmarca dentro de la necesidad de la promoción de las relaciones sociales, políticas y a la integración con las demás naciones, atendiendo los criterios de reciprocidad y conveniencia nacional.

Conclusiones

De lo anteriormente expuesto, se demuestran con claridad las bondades que trae para nuestro país aprobar el Convenio sobre privilegios e inmunidades de la OPAQ, ya que el establecimiento de esta clase de exenciones, permite a sus funcionarios, llevar a cabo sus funciones con independencia y sin interferencia del Estado anfitrión o de terceros y sin temor de ser objeto a represarias.

Este acuerdo sobre Privilegios e Inmunidades entre Colombia y la OPAQ, constituye un mecanismo para que Colombia pueda atender los serios compromisos adquiridos en los diferentes escenarios internacionales, en los cuales la comunidad internacional, aboga por la seguridad internacional. Dicha seguridad se basa en procesos de verificación por parte de los inspectores de la OPAQ y los expertos que los apoyan, quienes adelantan sus tareas de desmantelamiento de estructuras para el almacenamiento de armas químicas, así como de vigilancia de las industrias químicas como medida preventiva, y evitando que las mismas puedan ser desviadas de sus propósitos pacíficos, con el propósito de causar algún mal a la humanidad y volver a caer en los horrores de la guerra química.

Proposición

Por las consideraciones anteriormente expuestas, solicito a los honorables Senadores, miembros de la Plenaria del Senado de la República, aprobar en segundo debate el Proyecto de ley número 111 de 2011 Senado, *por medio de la cual se aprueba el "Acuerdo entre la República de Colombia y la Organización para la Prohibición de las Armas Químicas sobre Privilegios e Inmunidades de la OPAQ",* hecho en La Haya el 12 de septiembre de 2006, en los términos en los que fue presentado.

De los honorables Senadores,

Carlos Fernando Motoa Solarte,
Senador Ponente.

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 111 DE 2011 SENADO

por medio de la cual se aprueba el "Acuerdo entre la República de Colombia y la Organización para la Prohibición de las Armas Químicas sobre Privilegios e Inmunidades de la OPAQ", hecho en La Haya el 12 de septiembre de 2006.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Apruébese el Acuerdo entre la República de Colombia y la Organización para la Prohibición de las Armas Químicas sobre privilegios e inmunidades de la OPAQ, hecho en La Haya el 12 de septiembre de 2006.

Artículo 2°. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 7ª de 1944, el "Acuerdo entre la República de Colombia y la Organización para la Prohibición de las Armas Químicas sobre privilegios e inmunidades de la OPAQ", hecho en La Haya el 12 de septiembre de 2006, que por el artículo 1° de esta ley se aprueba, obligará al país a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto de la misma.

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

Carlos Fernando Motoa Solarte,
Senador Ponente.

Bogotá, D. C., agosto 29 de 2012

Autorizamos el presente informe de ponencia para segundo debate presentada por el honorable Senador Carlos Fernando Motoa Solarte, al Proyecto de ley número 111 de 2011 Senado, *por medio de la cual se aprueba el "Acuerdo entre la República de Colombia y la Organización para la Prohibición de las Armas Químicas sobre Privilegios e Inmunidades de la OPAQ",* hecho en La Haya el 12 de septiembre de 2006, para su publicación en la ***Gaceta del Congreso.***

La Presidenta, Comisión Segunda, Senado de la República,

Myriam Alicia Paredes Aguirre.

El Vicepresidente, Comisión Segunda, Senado de la República,

Carlos Fernando Motoa Solarte.

El Secretario General, Comisión Segunda, Senado de la República,

Diego Alejandro González González.

TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE COMISIÓN SEGUNDA CONSTITUCIONAL PERMANENTE SENADO DE LA REPÚBLICA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 111 DE 2011 SENADO

por medio de la cual se aprueba el "Acuerdo entre la República de Colombia y la Organización para la Prohibición de las Armas Químicas sobre Privilegios e Inmunidades de la OPAQ", hecho en La Haya el 12 de septiembre de 2006.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Apruébase el "Acuerdo entre la República de Colombia y la Organización para la Prohibición de las Armas Químicas sobre Privilegios e Inmunidades de la OPAQ", hecho en La Haya el 12 de septiembre de 2006.

Artículo 2°. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 7ª de 1944, el "Acuerdo entre la República de Colombia y la Organización para la Prohibición de las Armas Químicas sobre Privilegios e Inmunidades de la OPAQ", hecho en La Haya el 12 de septiembre de 2006, que por el artículo 1° de esta ley se aprueba, obligará al país a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto de la misma.

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

COMISIÓN SEGUNDA
CONSTITUCIONAL PERMANENTE
SENADO DE LA REPÚBLICA

El texto transcrito fue el aprobado en primer debate en Sesión Ordinaria de la Comisión Segunda del Senado de la República, el día catorce (14) de junio del año dos mil doce (2012), según consta en el Acta número 31 de esa fecha.

La Presidenta, Comisión Segunda, Senado de la República,

Alexandra Moreno Piraquive.

El Vicepresidente, Comisión Segunda, Senado de la República,

Carlos Emiro Barriga Peñaranda.

El Secretario General, Comisión Segunda, Senado de la República,

Diego Alejandro González González.

CONTENIDO

Gaceta número 565 - Miércoles, 29 de agosto de 2012

Págs.

SENADO DE LA REPÚBLICA
PROYECTOS DE LEY

Proyecto de ley estatutaria número 105 de 2012 Senado, por la cual se reglamenta el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones..... 1

Proyecto de ley número 106 de 2012 Senado, por medio de la cual se adoptan medidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones..... 18

PONENCIAS

Ponencia para primer debate y Texto propuesto al Proyecto número 35 de 2012 Senado, por medio de la cual se aprueba la propuesta de enmienda del "Convenio Constitutivo del Fondo Monetario Internacional sobre la Reforma del Directorio Ejecutivo" (Séptima Enmienda), aprobada por la Junta de Gobernadores del Fondo Monetario Internacional (FMI) mediante la Resolución número 66-2 del 15 de diciembre de 2010..... 22

Informe de ponencia para segundo debate, Texto propuesto y Texto definitivo aprobado en primer debate Comisión Segunda Constitucional Permanente Senado de la República al Proyecto de ley número 111 de 2011 Senado, por medio de la cual se aprueba el "Acuerdo entre la República de Colombia y la Organización para la Prohibición de las Armas Químicas sobre Privilegios e Inmunidades de la OPAQ", hecho en La Haya el 12 de septiembre de 2006. 28

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2012