



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXX - Nº 1099

Bogotá, D. C., viernes, 27 de agosto de 2021

EDICIÓN DE 23 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 143 DE 2021 SENADO

por medio de la cual se crean medidas para mejorar la calidad del servicio de atención en salud, se crea el Fondo de Recursos de Calidad en Salud (Focas), se modifican las Leyes 1438 de 2011 y 1949 de 2019 y se dictan otras disposiciones.

PROYECTO DE LEY No. [] DE 2021

“Por medio de la cual se crean medidas para mejorar la calidad del servicio de atención en salud, se crea el fondo de recursos de calidad en salud (FoCAS), se modifican las Leyes 1438 de 2011 y 1949 de 2019 y se dictan otras disposiciones”

EL CONGRESO DE COLOMBIA
DECRETA

Artículo 1º. Objeto. Establecer un conjunto de sanciones administrativas para las prácticas violatorias del derecho fundamental a la salud que condicione los resultados económicos y financieros de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) a la calidad de los servicios prestados por éstas. Igualmente, crear un Sistema de Pago por Desempeño destinado a mejorar la calidad del servicio de atención en salud.

Artículo 2º. Conductas sancionables por el desempeño deficiente en los indicadores de calidad. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá las sanciones de las que trata la presente ley ante el desempeño deficiente de las EAPB e IPS en aspectos de: (i) oportunidad y acceso a servicios de salud; (ii) satisfacción y lealtad del usuario; (iii) facilidad en la afiliación.

Artículo 3º. Definiciones. Para efectos de lo establecido en la presente ley, se tendrán las siguientes definiciones:

- Atención de salud.** Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.
- Calidad de la atención de salud.** Provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
- Oportunidad en prestación de servicios de salud.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

d) **Plan de Beneficios.** Es el conjunto de tecnologías en salud a que tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud definido conforme a la normativa vigente, el cual será modificado y tendrá el alcance que se determine en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social en desarrollo de lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

Artículo 4º. Indicadores. Para efectos de lo señalado en la presente ley, se establecerá el desempeño deficiente de una Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) y/o de una Institución Prestadora de Salud (IPS), de conformidad con un umbral de desempeño mínimo de los siguientes indicadores:

- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general; se debe garantizar que este indicador, no sea mayor a 3 días.
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna; se debe garantizar que este indicador sea inferior a 20 días.
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría; se debe garantizar que este indicador sea inferior a 7 días.
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general; se debe garantizar que este indicador sea inferior a 15 días.
- Tiempo promedio de espera para la asignación por primera vez de cita de ginecología; se debe garantizar que este indicador sea inferior a 15 días.
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia; se debe garantizar que este indicador sea inferior a 7 días.
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita odontología; se debe garantizar que este indicador no sea mayor a 3 días.
- Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear; se debe garantizar que sea inferior a 10 días.
- Tiempo transcurrido en la atención en consulta de urgencias - Triage II; se debe garantizar que sea inferior a 30 minutos.
- Proporción de satisfacción global de los usuarios en las EAPB; se debe garantizar que este indicador sea mayor al 80%.

<p>xi. Proporción de usuarios que recomendaría su EAPB a familiares y amigos; se debe garantizar que este indicador sea mayor al 80%.</p> <p>xii. Proporción de usuarios que ha pensado cambiarse de EAPB; se debe garantizar que este indicador sea menor al 5%.</p> <p>xiii. Proporción de quejas resueltas por la Superintendencia de Salud en las cuales se adoptan correctivos por las EAPB antes de 15 días; se debe garantizar que este indicador sea mayor al 80%.</p> <p>xiv. Número de quejas presentadas ante la Superintendencia de Salud falladas contra la EAPB por la no prestación de servicios incluidos dentro del Plan de Beneficios; se debe garantizar que este indicador no sea superior a quince (15) por cada 10.000 afiliados en cada año.</p> <p>xv. Número de tutelas falladas en contra de la EAPB por no prestación de servicios incluidos dentro del Plan de Beneficios en Salud, exceptuándose los casos establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015; se debe garantizar que este indicador no sea superior a quince (15) por cada 10.000 afiliados en cada año.</p> <p>xvi. Número de quejas presentadas ante la Superintendencia falladas en contra de la EAPB por falta de atención oportuna y negación de prestación de servicios médicos de los sujetos de especial protección constitucional como son maternas, menores de un año y los pacientes de la tercera edad; se debe garantizar que este indicador no sea superior a diez (10) por cada 10.000 afiliados en cada año.</p> <p>xvii. Número de tutelas falladas en contra de la EAPB por falta de atención oportuna y negación de prestación de servicios médicos de los sujetos de especial protección constitucional como son maternas, menores de un año y los pacientes de la tercera edad, exceptuándose los casos establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015; se debe garantizar que este indicador no sea superior a diez (10) por cada 10.000 afiliados en cada año.</p> <p>xviii. Número de quejas presentadas ante la Superintendencia de Salud falladas en contra de la EAPB por negarse a autorizar el traslado hacia otra EAPB a pesar de que los usuarios cumplan el tiempo y requisitos para trasladarse de EAPB; se debe garantizar que este indicador no sea superior a cinco (5) por cada 10.000 mil afiliados en cada año.</p>	<p>xix. Número de tutelas falladas en contra de la EAPB por negarse autorizar el traslado hacia otra EAPB a pesar de que éstas cumplan el tiempo y requisitos para trasladarse de EAPB; se debe garantizar que este indicador no sea superior a cinco (5) por cada 10.000 afiliados en cada año.</p> <p>Parágrafo 1°. Los indicadores previamente señalados serán evaluados a nivel: (a) nacional; (b) departamental y; (c) municipal, específicamente en los de categoría especial y de categoría 1, 2 y 3, de acuerdo con los establecido en la Ley 1551 de 2012. En los eventos de los municipios de categoría 4, 5 y 6, el Gobierno Nacional reglamentará lo relativo al cumplimiento de los indicadores, rigiéndose por los criterios de (i) oportunidad y acceso a servicios de salud; (ii) satisfacción y lealtad del usuario; (iii) facilidad en la afiliación.</p> <p>Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social realizará una actualización cada cuatro (4) años de los indicadores de calidad establecidos en la presente ley y de los umbrales a partir de los cuales las EAPB e IPS presentan desempeños deficientes. En todo caso, la actualización de estos indicadores deberá implicar una mejora progresiva del servicio de salud.</p> <p>Parágrafo 3°. Se tendrá como fuente de información, metodología de captura, reporte y medición y evaluación de cada uno de los indicadores lo establecido en el Sistema de Información para la Calidad (SIC). En caso de que alguno de los indicadores contemplados en la presente ley no esté en el SIC, el Gobierno Nacional reglamentará lo relativo al reporte de dichos indicadores.</p> <p>Artículo 5°. Adiciónense el numeral 22 y tres nuevos párrafos al artículo 3o de la Ley 1949 de 2019 de la siguiente manera:</p> <p>ARTÍCULO 3o. Modifíquese el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 130. <i>Infracciones administrativas.</i> La Superintendencia Nacional de Salud impondrá sanciones de acuerdo con la conducta o infracción investigada, sin perjuicio de lo dispuesto en otras disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infringir la Ley 1098 de 2006 en lo relativo a la prestación de servicios de salud. 2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud. 3. Aplicar preexistencias a los afiliados por parte de la Entidad Promotora de Salud. 4. Impedir u obstaculizar la atención de urgencias.
<p>5. Incumplir las normas de afiliación o dificultar dicho proceso.</p> <p>6. Incumplir con los beneficios a los cuales tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, en especial, con la negociación de los medicamentos, procedimientos, tecnologías, terapias y otros que se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.</p> <p>7. Impedir o atentar contra la selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral, por parte del empleador y, en general, por cualquier persona natural o jurídica.</p> <p>8. La violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>9. Efectuar por un mismo servicio o prestación un doble cobro o pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>10. Efectuar cobros al Sistema General de Seguridad Social en Salud con datos inexactos o suministrando información falsa.</p> <p>11. No reportar información con calidad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia para el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y aquella que solicite el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de sus competencias.</p> <p>12. Obstruir las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud por renuencia en el suministro de información, impedir o no autorizar el acceso a sus archivos e instalaciones.</p> <p>13. El no reconocimiento, el reconocimiento inoportuno, el pago inoportuno o el no pago de las prestaciones económicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>14. Incumplir los compromisos obligatorios de pago y/o depuración de cartera producto de las mesas de saneamiento de cartera, acuerdos conciliatorios y/o cualquier otro acuerdo suscrito entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y del Contributivo o entre estas y cualquier otra entidad de los regímenes especiales o de excepción.</p> <p>15. No brindar un diagnóstico oportuno, entendido como el deber que tienen las entidades responsables de prestar servicios de salud en aras de determinar el estado de salud de sus usuarios, de manera que se impida o entorpezca el tratamiento oportuno.</p>	<p>16. Aplicar descuentos directos, sobre los pagos a realizar a los prestadores de servicios de salud sin previa conciliación con estos, en los eventos en que las entidades responsables de pago efectúen reintegros de recursos a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). En todo caso, se respetarán los acuerdos de voluntades suscritos entre las entidades, en relación con los pagos y sus descuentos.</p> <p>17. Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>18. Incumplir los planes de mejoramiento suscritos en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>19. Incumplir con las normas que regulan el flujo de recursos y el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>20. Incumplir los términos y condiciones del trámite de glosas a las facturas por servicios de salud, impedir la radicación de las facturas e imponer causales de glosas y devoluciones injustificadas o inexistentes.</p> <p>21. Incurrir en las conductas establecidas en el artículo 133 de la Ley 1438 de 2011.</p> <p>22. <u>El incumplimiento del umbral de desempeño mínimo por parte de una Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) y/o de una Institución Prestadora de Salud (IPS), evaluado conforme a los indicadores a los que se refiere el artículo 4° de la presente Ley.</u></p> <p>PARÁGRAFO 1o. En los casos en los que, como resultado de las investigaciones adelantadas por la Superintendencia Nacional de Salud, se compruebe que cualquier sujeto vigilado ha cometido una o más infracciones previstas en el presente artículo, por una razón atribuible a cualquier otra entidad sujeta a la vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, este iniciará y/o vinculará a dicho sujeto al proceso administrativo sancionatorio.</p> <p>PARÁGRAFO 2o. En el proceso sancionatorio de la Superintendencia Nacional de Salud se atenderán los criterios eximentes de responsabilidad regulados por la ley respecto de cada una de las conductas señaladas en el presente artículo cuando haya lugar a ello.</p> <p>PARÁGRAFO 3o. La Superintendencia Nacional de Salud no es competente para adelantar investigaciones administrativas respecto de la praxis en los servicios de salud.</p>

Parágrafo 4°. En caso de negación de servicios de salud a sujetos de especial protección constitucional, se aplicará a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones prestadoras de salud (IPS) la sanción máxima establecida en la presente Ley.

Parágrafo 5o. Cuando se trate del incumplimiento del umbral de desempeño mínimo previsto en el numeral 22 del presente artículo y previo a la imposición de las sanciones, la Superintendencia Nacional de Salud en cumplimiento de sus funciones constitucionales y legales, podrá realizar una visita de Inspección, Vigilancia y Control a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones prestadoras de salud (IPS), para establecer y evaluar planes de mejoramiento en la calidad del servicio en salud.

Cuando las sanciones aplicadas a una determinada EAPB o IPS en virtud del numeral 22 del presente artículo pongan en peligro su viabilidad y estas sean las únicas instituciones en capacidad de prestar el servicio de salud en determinada región del país, la superintendencia podrá condicionar la sanción al cumplimiento en los plazos que establezca la SIC, de planes de mejoramiento en la calidad del servicio.

Parágrafo 6o. La Superintendencia Nacional de Salud o la entidad que haga sus veces, determinará para cada caso concreto si la responsabilidad por el incumplimiento de los indicadores previstos en el artículo 4° de la presente Ley es individual o compartida entre las Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones prestadoras de salud (IPS).

Artículo 6°. Créase el Fondo de Recursos de la Calidad en Salud (FoCAS). Los recursos económicos que resulten de las sanciones establecidas en el numeral 22 de la presente Ley, serán destinados al Fondo de Recursos de la Calidad en Salud (FoCAS), una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia.

Artículo 7°. Modifíquese el parágrafo del artículo 120 de la Ley 1438 de 2011, modificado por la Ley 1949 de 2019 de la siguiente manera:

ARTÍCULO 120. RECURSOS POR MULTAS. Las multas impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud serán apropiadas en el Presupuesto General de la Nación como recursos adicionales de la Superintendencia Nacional de Salud.

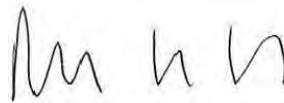
Parágrafo. Para cada vigencia, el Gobierno Nacional determinará el porcentaje del recaudo total por concepto de multas impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud que se destinará a la sostenibilidad financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud, y al Fondo de Recursos de la Calidad en Salud (FoCAS).

Artículo 8°. Destinación de los recursos FoCAS. Los recursos del FoCAS serán destinados a recompensar a las EAPB que presenten un desempeño favorable en todos los indicadores establecidos en el artículo 4° de la presente ley. Estos recursos tendrán como finalidad exclusiva el mejoramiento de la calidad del servicio de atención en salud y lo relativo a los procesos de acreditación.

Artículo 9°. Sistema de Pago por Desempeño. Los recursos del FoCAS se distribuirán de acuerdo con un sistema de pago por desempeño favorable el cual evaluará el desempeño global de las empresas administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Este sistema debe ser reglamentado por el Ministerio de Salud y de Protección Social en el plazo máximo de un año a partir de la promulgación de la presente Ley.

Artículo 10°. Vigencia. La presente Ley rige a partir del momento de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,



RODRIGO LARA RESTREPO
Senador de la República

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El objeto del presente proyecto de ley consiste en establecer un conjunto de sanciones administrativas para las prácticas violatorias del derecho fundamental a la salud que condicione los resultados económicos y financieros de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) a la calidad de los servicios prestados por éstas. De la misma manera, se crea un Sistema de Pago por Desempeño destinado a mejorar la calidad del servicio de atención en salud.

MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL

La Constitución Política consagra el derecho a la salud en el artículo 49, estableciendo que "la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud". El servicio público de salud, así definido, exige al Estado a establecer políticas públicas encaminadas a la realización del derecho, por lo cual, el Estado tiene la obligación de organizar, dirigir, reglamentar y consagrar las políticas públicas tendientes a que las empresas prestadoras de salud y las entidades estatales de los diferentes órdenes, presten el servicio para que el derecho sea progresivamente realizable.

De conformidad con la Carta Política, la prestación del servicio de salud debe realizarse de acuerdo a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

El principio de universalidad, establece que el derecho a la salud es accesible a todas las personas sin ningún tipo de diferenciación, mientras el principio de eficiencia estipula que la prestación del servicio de salud debe hacerse de acuerdo a un manejo adecuado de recursos. En tanto, la solidaridad corresponde al mutuo apoyo para la prestación del servicio entre los diferentes actores, tanto en grupos sociales, económicos y culturales.

En el mismo sentido, los artículos 2°, 153 y 156 de la Ley 100 de 1993, consagran como principios rectores y características del sistema, entre otros: la prestación del servicio de calidad, de forma continua, integral y garantizando la libertad de escogencia.

Igualmente, la Corte Constitucional, por medio de la sentencia T-760 de 2008¹, recogió el precedente jurisprudencial hasta la fecha y estableció el derecho a la salud como un derecho fundamental de carácter autónomo e irrenunciable.

Posteriormente, el Congreso de la República promulgó la Ley Estatutaria 1751 de 2015 "por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan

¹ M.P. Manuel José Cepeda.

otras disposiciones"², donde determinó que el derecho a la salud: (i) es irrenunciable y autónomo a nivel individual y colectivo; (ii) comprende "el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad" (art. 2); (iii) contiene cuatro elementos fundamentales, como lo son disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional (art.6) y (iv) lo consagra catorce principios que lo rigen (art.6)³.

La Ley 1949 de 2019 en su artículo 3 modifica el artículo 130 de la ley 1438 de 2011 y establece las sanciones administrativas de acuerdo con la conducta o infracción investigada. Finalmente, los indicadores de calidad en la salud que rigen son los establecidos en la resolución 256 de 2016 ratificada por el auto 358 de 2020 de la Corte Constitucional y que también reitera la sentencia T-760 de 2008 y el auto 591 de 2016 para que se adoptaran las medidas necesarias para enmendar las fallas de regulación en la calidad a la salud y se estableciera un ranking de EPS y de IPS acorde con estos indicadores.

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Tomando en consideración este marco normativo de derechos y deberes, el modelo de salud colombiano, se organiza bajo un sistema de competencia por atención médica⁴. En este, se realizan subsidios a la demanda, es decir, el gasto en salud se hace por usuario en vez del giro directo a hospitales o clínicas. Este sistema incluye unos actores como las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), que sirven de intermediarios entre los ciudadanos y los prestadores de servicios médicos como clínicas u hospitales (IPS). Las EAPB reciben Unidades de Pago por Capitación (UPC⁵), correspondiente al gasto en salud por usuarios.

² Mediante sentencia C-313 de 2014 M.P. Gabriel Eduardo Mendoza, se realizó el control previo e integral del Proyecto de Ley Estatutaria 209 de 2013 Senado y 267 de 2013 Cámara "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones". Allí se declaró "EXEQUIBLE el artículo 6°, salvo las expresiones "de manera intempestiva y arbitraria" contenidas en el literal d) del inciso segundo, "que se requieran con necesidad" y "que puedan agravar la condición de salud de las personas" contenidas en el literal e) del inciso segundo, que se declaran INEXEQUIBLES".

³ Los principios enunciados son: universalidad; pro homine; equidad; continuidad; oportunidad; prevalencia de derechos; progresividad del derecho; libre elección; sostenibilidad; solidaridad; eficiencia; interculturalidad; protección a los pueblos indígenas y por último, protección pueblos y comunidades indígenas, ROM, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

⁴ Managed care competition. Handbook of Health Economics, Volume 1, and Part A, 2000, Pages 707–753. Chapter 13 – Managed Care.

⁵ La Unidad de pago por capitación (UPC) es el valor que reconoce el sistema a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud contenidos en el plan obligatorio de salud, sin distinción o segmentación alguna por niveles de complejidad, tecnologías específicas o Entidades Promotoras de Salud (EPS), tipos de prestadores de servicios, ni por las diferentes modalidades de pago y contratación de servicios que podrían existir.

<p>Las EAPB tienen una doble función, por un lado, deben ser administradoras del gasto en salud al negociar tarifas con los prestadores del servicio de salud; y por otro, deben competir por calidad entre los usuarios. Este sistema se realizó con la finalidad de alinear incentivos entre el Gobierno Nacional y las EAPB, de tal forma que estas últimas contienen los gastos pero, a su vez, no disminuyen la calidad.</p> <p>Ahora bien, en la práctica, las EAPB han administrado de forma prudente los gastos⁶. Sin embargo, en lo que respecta a la competencia por calidad, la cual se basa principalmente en la escogencia por parte de los usuarios de la mejor EAPB de acuerdo con la información disponible⁷, el resultado no ha sido el esperado.</p> <p>Así, la competencia en calidad por parte de las EAPB es muy baja, pues el mecanismo establecido para ello no ha funcionado correctamente. Por ejemplo, para un ciudadano es difícil evaluar el desempeño de las EAPB, sobre todo dada la multiplicidad de servicios que ofrece. Igualmente, los costos asociados para el traslado de EAPB son altos y, además, existen ciertas rigideces en el sistema como la necesidad de cumplir cierto tiempo para poder hacer el respectivo cambio de EAPB.</p> <p>En este caso, la maximización de las ganancias de las EAPB viene dada únicamente por la diferencia entre UPC y gastos, sin que con ello se vea afectado el número de pacientes. Así, las EAPB cumplen su labor de controlar sus gastos, pero no propiamente por procesos de eficiencia económica, sino en detrimento de la calidad ofrecida a los usuarios⁸.</p> <p>Esto ha llevado a la constante necesidad de interponer mecanismos legales como la tutela por la negación de servicios de salud en urgencias o para enfermedades de alto costo. De acuerdo con lo señalado por la Defensoría del Pueblo en el Informe Defensorial sobre la Tutela y el Derecho a la Salud de octubre de 2014, las EPS y demás entidades del SGSSS siguen desconociendo los mandatos constitucionales y legales de progresividad en la protección del derecho a la salud y la prestación eficiente, sostenible, oportuna, continua y equitativa del servicio de salud.</p> <p>⁶ En Colombia el gasto en salud como porcentaje del PIB se encuentra por debajo del promedio de la región.</p> <p>⁷ Actualmente, se cuenta con diferentes herramientas para entregarle información al ciudadano sobre el desempeño de las diferentes EPS. Así, la Ley 1438 de 2011, en su artículo 111, establece que de manera anual se debe presentar un informe con la calificación de los actores. Igualmente, los usuarios cuentan con el Sistema de Información para la Calidad (SIC). En la resolución de 256 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizó los criterios y parámetros a considerar en el SIC. La Corte Constitucional, en virtud de la sentencia T-760 de 2008, le solicitó al Ministerio de Salud realizar un ranking de las EPS tomando en consideración las principales prácticas violatorias del derecho a la salud. La Corte Constitucional determinó catorce (14) ítems o criterios para la construcción de determinado ranking.</p> <p>⁸ Baranes, E., y Bardey, D. (2012). <i>Competition between Managed Care Organizations and Indemnity Plans in Health Insurance Markets</i>. Documento Cede, Universidad de los Andes.</p>	<p>Tal como encontró la Defensoría del Pueblo “más de la tercera parte de las tutelas en el país han sido para reclamar derechos de salud. De estos, más de la mitad (56.4%) han solicitado contenidos del POS. Antioquia origina más de la tercera parte de las tutelas en salud; le siguen Bogotá, Valle y Santander. En el caso de Antioquia, se invocan en promedio 47 tutelas por cada 10 mil habitantes cada año. El 77% de las tutelas se instaura contra las entidades de aseguramiento del SGSSS que administran el régimen contributivo y subsidiado. (...) El 20,1% de las tutelas solicita exámenes paraclínicos, seguido de medicamentos (18,4%) y cirugías (17,6%). La solicitud de medicamentos pasó a ser la más reiterada en el año 2005. Las solicitudes en las tutelas de exámenes contenidos en el POS (73,7%) (...) El 92,7% de los tratamientos tutelados se encuentra en el POS y corresponde a tratamientos integrales de patologías de alto costo (cáncer, angioplastias, reemplazos de cadera y diálisis). (...) La negación de citas médicas especializadas está asociada a patologías que en el futuro pueden ocasionar gastos, no solo en el tratamiento sino en otros insumos relacionados.”⁹</p> <p>Por lo tanto, se observa que existen EAPB con niveles altos de insatisfacción de los usuarios, pero que, a su vez, tienen una alta proporción de usuarios¹⁰.</p> <p>En suma, sin competencia por calidad, el sistema de salud no puede presentar un adecuado funcionamiento, pues las EAPB reducen sus costos en detrimento de la calidad ofrecida.</p> <p>De esta forma, es preciso crear instrumentos para garantizar que las EAPB, que presten un mal servicio, vean afectadas tanto su participación en el mercado como su desempeño económico. Es por ello que es necesaria la creación de herramientas para mejorar la calidad de la prestación del servicio en aspectos como acceso a servicios de salud; información y facilitación a la afiliación, desafiliación y movimiento dentro del sistema de salud; y, satisfacción del usuario.</p> <p>Este Proyecto de Ley provee un conjunto de sanciones, en aras de mejorar la calidad del sistema de salud colombiano. En particular, apuntan a corregir el problema de la falta de competencia por calidad entre las EAPB. De tal forma, que las ganancias y actividades de las EAPB se vuelvan sensibles a la calidad del servicio prestado.</p> <p>⁹ Defensoría del Pueblo. <i>Informe defensorial sobre la Tutela y el Derecho a la Salud</i>. Recuperado de: https://www.defensoria.gov.co/es/nube/noticias/291/Informe-defensorial-sobre-la-Tutela-y-el-Derecho-a-la-Salud-Informe-defensorial-Salud-Derechos-Humanos.htm el 10 de agosto de 2021.</p> <p>¹⁰ Dávila, C. y Rueda A. (2013). <i>La competencia en el modelo de aseguramiento en salud en Colombia</i>. Tesis de la Universidad del Externado.</p>
<p style="text-align: center;">Sistema de Sanciones</p> <p>En primer lugar, el presente Proyecto de Ley establece un conjunto de sanciones administrativas a las EAPB que presenten un desempeño desfavorable en indicadores de acceso a la atención de salud; facilidad y acceso de información para los usuarios; y satisfacción del usuario. Se han seleccionado los principales indicadores que deben ceñirse por un nivel óptimo para que no existan prácticas violatorias del derecho a la salud.</p> <p>El presente Proyecto de Ley pretende que las EAPB mantengan un nivel de calidad constante, dentro de lo posible, de prestación de servicios en los aspectos señalados de manera que cualquier oscilación en la prestación del servicio o largos períodos de atención deficiente que afecten fuertemente a los usuarios, serán sancionados.</p> <p>Igualmente, se establecen las condiciones propias de la prestación del servicio, pues se toma en consideración el promedio nacional, que en cierta medida refleja las restricciones o posibilidades de prestación de los servicios de salud en determinado período de tiempo. El hecho de que una EAPB, en un respectivo indicador, desatienda los promedios indicados, es una señal clara de la incorrecta prestación del servicio y necesidad de tomar una medida para corregir dicha actuación.</p> <p>En conclusión, las sanciones tienen como finalidad la corrección de actuaciones perjudiciales para el goce efectivo del derecho a la salud por parte de los usuarios del sistema de salud. En ello ya se avanzó con la Ley 1438 de 2011, donde se consagraron unas conductas violatorias del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y del derecho a la salud (art. 130) a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p style="text-align: center;">Indicadores de Calidad</p> <p>El seguimiento a los indicadores de salud en Colombia ha presentado un avance importante y ya cuenta con un marco normativo. En primer lugar, el Decreto 1011 de 2006 estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). En este se definen un conjunto de procedimientos y disposiciones para garantizar la calidad de la atención de salud. Pone de presente la necesidad de realizar auditorías periódicas para el mejoramiento de la calidad de la salud y, además, le impone a las EAPB la tarea de adoptar criterios e indicadores para realizar un continuo monitoreo a la calidad.</p> <p>Igualmente, en el Decreto se estableció el Sistema de Información para la Calidad. Este fue reglamentado inicialmente por la Resolución 1446 de 2006, la cual fue</p>	<p>derogada por la Resolución 256 de 2016. En las respectivas Resoluciones se detallan y agrupan un conjunto de indicadores para evaluar la calidad en el servicio de salud. Estos se concentran en aspectos relevantes, como i) oportunidad/accesibilidad, ii) calidad técnica, iii) gerencia del riesgo y iv) satisfacción/lealtad.</p> <p>Por otra parte, el Ministerio de Salud ha venido realizando un ranking de EPS, tanto en lo que respecta al desempeño global como detalles de la satisfacción de los usuarios.</p> <p>Además, el Ministerio de Salud ha venido realizando un seguimiento de las principales prácticas violatorias del derecho a la salud, en cumplimiento de lo ordenado por la Corte Constitucional, en la sentencia T-760 de 2008 y el Auto 260 del 16 de noviembre de 2012.</p> <p>De esta forma, partiendo de los desarrollos normativos del Sistema de Información para la Calidad y el listado de las principales prácticas violatorias del sistema de salud, se establecen los principales indicadores de calidad de salud del presente proyecto de ley.</p> <p>A continuación, se da un listado de las principales fuentes normativas o de otro tipo para definir el conjunto de indicadores a considerar para evaluar la calidad en la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad (SIC); Resolución Previa: Resolución 1446 de 2006 – Sistema de Información de Calidad. b) Sistema de Indicadores de Alerta Temprana – Circular 56 de 2009. c) Sistema de Evaluación y Calificación de Actores del SGSSS y Ranking de Satisfacción de las EPS. d) Corte Constitucional, sentencia T-760 de 2008. M.P. Manuel José Cepeda. Orden número 20 y el Auto 2060 de 2012. e) Decreto 19 de 2012 en el artículo 123. f) Auto 358 de 2020. g) Resolución 5596 de 2015

Set de Indicadores

En la siguiente tabla se establecen los indicadores de calidad, su definición, el umbral mínimo de desempeño y la fuente normativa.

Grupo	Indicador	Definición	Fuente	Sistema de Información	Umbral de Desempeño
Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha de la asignación del servicio la cual es asignada la cita	Decreto 19 de 2012 en el artículo 123 – Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad y Orden 20 – Sentencia T760 de 2008 ratificada por el auto 358 de 2020 y Auto 260 de 2012	Reporte de la EAPB al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)	Estándar 3 días
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha de la asignación del servicio la cual es asignada la cita	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad y Orden 20 – Sentencia T760 de 2008 y Auto 260 de 2012	Reporte de la EAPB al MSPS	Estándar 20 días
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha de la asignación del servicio la cual es asignada la cita	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad y Orden 20 – Sentencia T760 de 2008 y Auto 260 de 2012	Reporte de la EAPB al MSPS	Estándar 7 días

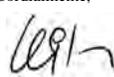
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita ginecología	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha de la asignación del servicio la cual es asignada la cita	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad y Orden 20 – Sentencia T760 de 2008 y Auto 260 de 2012	Reporte de la EAPB al MSPS	Estándar 15 días
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita obstetricia	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha de la asignación del servicio la cual es asignada la cita	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad y Orden 20 – Sentencia T760 de 2008 y Auto 260 de 2012	Reporte de la EAPB al MSPS	Estándar 7 días
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha de la asignación del servicio la cual es asignada la cita	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad y Orden 20 – Sentencia T760 de 2008 y Auto 260 de 2012	Reporte de la EAPB al MSPS	Estándar 15 días
Tiempo promedio de esperar para la asignación de cita de odontología general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha de la asignación del servicio la cual es asignada la cita	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad y Orden 20 – Sentencia T760 de 2008 y Auto 260 de 2012	Reporte de la EAPB al MSPS	Estándar 3 días
Tiempo promedio de resonancia magnética nuclear		Resolución 256 de 2016	Reporte de la EAPB al MSPS	Estándar 10 días

Tiempo transcurrido en la atención en consultad de urgencias - Triage II	Cociente entre la sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención y el momento en el cual es atendido el paciente, dividido por el número total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	Resolución 5596 de 2015 y la Resolución 1446 de 2016 - SIC (Derogada) y Orden 20 - Sentencia T760 de 2008 y Auto 260 de 2012	Reporte de la EAPB al MSPS	Estándar 30 minutos
Proporción de satisfacción global de los usuarios en las EPS	Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS?, y el número de usuarios que respondieron la pregunta	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad	Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS, Ministerio de Salud y Protección Social	Estándar del 80%
Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos	Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que respondieron "definitivamente sí" o "probablemente sí" a la pregunta: ¿recomendaría a sus familiares y amigos afiliarse a su EPS?, y el número de usuarios que respondieron la pregunta	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad	Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS, Ministerio de Salud y Protección Social	Estándar del 80%
Proporción de usuarios que ha pensado cambiarse de EPS	Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que respondieron "sí" a la pregunta: ¿Ha pensado cambiarse a otra EPS?,	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad	Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS, Ministerio de Salud y Protección Social	Estándar del 5%

Proporción de quejas en SuperSalud resueltas antes de 15 días	Proporción de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días.	Resolución 1446 de 2006 fue derogada por la resolución 256 de 2016	SuperSalud	Estándar del 80%
Número de quejas ante SuperSalud falladas en contra de la EAPB por la no prestación de servicios del Plan de Beneficios en Salud;	Número de quejas falladas en contra de la EAPB por no prestación de servicios. Formula: $Q_i/T_i \times 10.000$; Siendo Q_i el número de quejas falladas en contra de la EAPB y T_i número total de usuarios. Lectura del indicador: Máximo 5 quejas falladas por cada 10 mil usuarios.	Orden 20 - Sentencia T670 de 2008 y Auto 260 de 2012 y Resolución 1446 de 206 – establecido en el Sistema de Información para la Calidad SIC (Derogada)	SuperSalud	Estándar 15 por cada 10 mil afiliados
Número de tutelas falladas en contra de la EAPB por no prestación de servicios del Plan de Beneficios en Salud;	Número de tutelas falladas en contra de la EAPB. Formula: $Q_i/T_i \times 10.000$; Siendo Q_i el número de tutelas falladas en contra de la EAPB y T_i número total de usuarios.	Orden 20 - Sentencia T760 de 2008 y Auto 260 de 2012	SuperSalud	Estándar 15 por cada 10 mil afiliados
Número de quejas ante SuperSalud en contra de la EAPB por falta de atención oportuna y negación de prestación de servicios médicos de los sujetos de especial protección constitucional como son maternas, menores de un año y los pacientes de la tercera edad; las EAPB deben garantizar que este indicador no sea superior a diez (10) por cada 10.000	Número de quejas falladas a favor del afiliado. Formula: $Q_i/T_i \times 10.000$; Siendo Q_i el número de quejas falladas en contra de la EAPB y T_i número total de usuarios.	Orden 20 - Sentencia T760 de 2008 y Auto 260 de 2012	SuperSalud	Estándar 10 por cada 10 mil afiliados

PROYECTO DE LEY NÚMERO 144 DE 2021 SENADO

por medio del cual se modifica el artículo 66 de la Ley 1709 y se dictan otras disposiciones.

<p style="text-align: center;">PROYECTO DE LEY NO. ____ DE 2021</p> <p>“Por medio del cual se modifica el artículo 66 de la ley 1709 y se dictan otras disposiciones”</p> <p style="text-align: center;">***</p> <p style="text-align: center;">El Congreso de la República de Colombia</p> <p style="text-align: center;">DECRETA:</p> <p>ARTÍCULO 1. Modifíquese el artículo 66 de la ley 1709 el cual quedará así:</p> <p>Artículo 66. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) implementará el modelo de atención en salud para la población privada de la libertad, bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC, regulado mediante la resolución 5159 de 2015, y modificada mediante la resolución 3195 de 2016, financiado con recursos del Presupuesto General de la Nación.</p> <p>La Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) será la responsable de la adecuación de la infraestructura de las Unidades de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en cada uno de los establecimientos Penitenciarios y Carcelarios en los cuales se prestará la atención intramural, conforme a lo que establezca el modelo de atención en salud del que trata el presente artículo.</p> <p>PARÁGRAFO 1: El Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, como cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, constituido por recursos del Presupuesto General de la Nación, será administrado por el INPEC para garantizar la prestación de servicios de salud a las PPL bajo su custodia y vigilancia, para su cumplimiento el INPEC gestionará y operará el servicio de salud por medio de la dirección de atención en salud.</p> <p>PARÁGRAFO 2: Los recursos del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, se invertirán para la prestación de servicios de salud de manera integral incluyendo los gastos administrativos para el adecuado funcionamiento y mantenimiento de la operación.</p> <p>El Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad tendrá los siguientes objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Administrar de forma eficiente y diligente los recursos que provengan del Presupuesto General de la Nación para cubrir con los costos del modelo de atención en salud para las personas privadas de la libertad. Garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo. 	<p>3. Llevar los registros contables y estadísticos necesarios para determinar el estado de la prestación del servicio de salud y garantizar un estricto control del uso de los recursos.</p> <p>4. Velar porque todas las entidades deudoras del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad cumplan oportunamente con el pago de sus obligaciones.</p> <p>PARÁGRAFO 3: El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, actualizarán el modelo de atención en salud para la óptima prestación de los servicios de salud a la población Privada de la libertad cada dos años.</p> <p>ARTÍCULO 2. Créase la Dirección de Salud en el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC, que estará a cargo de la administración de los recursos del fondo Nacional de salud de las personas privadas de la Libertad y la implementación del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad, bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC.</p> <p>ARTÍCULO 3. El INPEC adoptará y adaptará las políticas que en materia de salud expida el Ministerio de Salud y Protección Social que permitan el desarrollo del programa en salud penitenciaria orientado a garantizar la articulación y coordinación del proceso, el cual estará orientado por el modelo de atención en salud.</p> <p>PARÁGRAFO 1. El INPEC implementará todas las políticas y planes en salud expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, entre ellos; el plan nacional para la prevención y atención de la conducta suicida, la política nacional de salud mental, el plan nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014 – 2021 así como las acciones de prevención, promoción y detección de la enfermedad para toda la población privada de libertad.</p> <p>ARTÍCULO 4. La población privada de la libertad que se encuentre afiliada al régimen contributivo o a regímenes exceptuados o especiales, conservará su afiliación y la de su grupo familiar mientras continúe cumpliendo con las condiciones establecidas para pertenecer a dichos regímenes en los términos definidos por la ley y sus reglamentos, podrán conservar su vinculación a un plan voluntario de salud. En estos casos, las entidades promotoras de salud -EPS, las entidades que administran los regímenes excepcionales y especiales y el INPEC deberán adoptar los mecanismos financieros y operativos necesarios, para viabilizar lo dispuesto en el presente inciso, respecto de la atención intramural de los servicios de salud de la población privada de libertad a cargo del INPEC.</p> <p>ARTÍCULO 5. De los recursos del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, se deberá desarrollar el módulo en salud compatible y ejecutable con el aplicativo Sistema de Información de Sistemización Integral del Sistema Penitenciario y Carcelario - SISIPPEC, que garantice el manejo integral de la información generada durante la prestación del servicio de salud intramural.</p> <p>ARTÍCULO 6. La USPEC será el encargado de realizar el mantenimiento de áreas y compra de equipos biomédicos y el mantenimiento de estos como lo indica la norma.</p>
<p>ARTÍCULO 7. Régimen de Transición. La Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) continuará ejerciendo las funciones escindidas hasta que el INPEC entre en operación con las funciones que le traslada esta ley, lo cual deberá ocurrir dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la misma.</p> <p>ARTÍCULO 8. Adopción de la Planta de Personal. El Gobierno Nacional, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales procederá a adoptar la planta de personal que requiera el INPEC para asumir las funciones que le disierne esta ley dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la misma. A estos empleos se les aplicará el régimen general de carrera administrativa, de clasificación y de administración de personal.</p> <p>ARTÍCULO 7. Reglamentación. El gobierno nacional reglamentará la presente ley dentro de los seis (6) meses siguientes a su expedición, sin perjuicio de la aplicación inmediata de las disposiciones aquí contenidas.</p> <p>ARTÍCULO 8. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p> <p>Cordialmente,</p>  <p>WILSON NEBER ARIAS CASTILLO Senador de la República Polo Democrático Alternativo</p>	<p style="text-align: center;">PROYECTO DE LEY NO. ____ DE 2021</p> <p>“Por medio del cual se modifica el artículo 66 de la ley 1709 y se dictan otras disposiciones”</p> <p style="text-align: center;">***</p> <p style="text-align: center;">EXPOSICION DE MOTIVOS</p> <p style="text-align: center;">I. ANTECEDENTES LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS CÁRCELES.</p> <p>Existe una normatividad en el plano internacional que obliga a los Estados, partiendo del principio universal de que todos los seres humanos son dignos e iguales ante la ley, a garantizar la protección de los derechos humanos de las personas privadas de la libertad (<u>en adelante PPL</u>). Esto se puede sintetizar en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos de Naciones Unidas (Nelson Mandela). Y en el plano nacional, a la Constitución Política de Colombia en sus artículos 1 al 42, la Ley 65 de 1993 y la Ley 1709 de 2014.</p> <p>La Sentencia T-588 de 2014 de la Corte Constitucional clasifican en tres categorías los derechos fundamentales de las PPL: primera, “los derechos que se mantienen incólumes o intactos, que no pueden limitarse ni suspenderse a pesar de que el titular se encuentre sometido al encierro. Estos derechos son inherentes a la naturaleza humana, tales como la vida e integridad personal, la dignidad, la igualdad, la salud y el derecho de petición, entre otros”; segunda, “los derechos que son restringidos debido al vínculo de sujeción del recluso para con el Estado (como derechos al trabajo, a la educación, a la familia, a la intimidad personal)”; y tercera, “derechos que pueden ser suspendidos, como consecuencia de la pena impuesta (como la libertad física y la libre locomoción)”². Es decir, la atención integral en salud, según la primera categoría, es un derecho que se mantiene incólume o intacto para cualquier persona que haya sido privada de su libertad y constituye una de las responsabilidades del Estado, desde el mismo momento en el que dicha persona quede en custodia de las instituciones penitenciarias y carcelarias.</p> <p>Para los propósitos de este proyecto de ley, no tiene relevancia para estos antecedentes aludir a la situación de salud en las cárceles y su normatividad antes de la constitución de 1991; por lo cual nos centraremos en el periodo que inicia desde la expedición de ley 65 de 1993 hasta la actualidad de la ley 1709 de 2014. La primera expidió el código penitenciario y carcelario, el cual tiene un capítulo exclusivo que regula el servicio de sanidad al interior de las cárceles,</p>

1 Las siglas -PPL-, también se refieren a Personal Privado de la Libertad, Población Privada de la Libertad o Persona Privada de la Libertad.

2 <https://www.derechoshumanos.gov.co/observatorio/publicaciones/Documents/2017/170213-plegable-carceles-web.pdf>

<p>y la segunda, que reformó algunos artículos de este código, incluidos los referidos a la salud de las PPL. En este el periodo transcurrió una evolución normativa que da cuenta de las tres etapas de diferente gestión de la salud en las cárceles que se distinguen como etapa INPEC, etapa CAPRECOM y etapa CONSORCIO, que al final del apartado siguiente se resume en un cuadro.</p> <p>A. EVOLUCIÓN NORMATIVA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN EL INPEC</p> <p>El artículo 104 de la Ley 65 de 1993 establece:</p> <p><i>“SERVICIO DE SANIDAD: En cada establecimiento se organizará un servicio de sanidad para velar por la salud de los internos, examinarlos obligatoriamente a su ingreso al centro de reclusión y cuando se decreta su libertad; además, adelantará campañas de prevención e higiene, supervisará la alimentación suministrada y las condiciones de higiene laboral y ambiental. Los servicios de sanidad y salud podrán prestarse directamente a través del personal de planta o mediante contratos que se celebren con entidades públicas o privadas”.</i></p> <p>El artículo 105 de la misma reza:</p> <p><i>“SERVICIO MÉDICO PENITENCIARIO Y CARCELARIO: El servicio médico penitenciario y carcelario estará integrado por médicos, psicólogos, odontólogos, psiquiatras, terapeutas, enfermeros y auxiliares de enfermería”.</i></p> <p>El ARTÍCULO 106 de la misma ley ordena:</p> <p><i>“ASISTENCIA MÉDICA: Todo interno en un establecimiento de reclusión debe recibir asistencia médica en la forma y condiciones previstas por el reglamento. Se podrá permitir la atención por médicos particulares en casos excepcionales y cuando el establecimiento no esté en capacidad de prestar el servicio. Si un interno contrae enfermedad contagiosa o se le diagnostica enfermedad terminal, el director del establecimiento, previo concepto de la junta médica y de traslados, determinará si es procedente el traslado a un centro hospitalario o la medida adecuada de acuerdo con el Código de Procedimiento Penal. Para este efecto, propondrá al funcionario judicial la libertad provisional o la suspensión de la detención preventiva. Si se trata del condenado comunicará de inmediato la novedad a la Dirección General del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. El Director del establecimiento de reclusión queda autorizado, previo concepto del médico de planta, a ordenar el traslado de un interno a un centro hospitalario en los casos de enfermedad grave o intervención quirúrgica, bajo las medidas de seguridad que cada caso amerite. Cuando una reclusa esté embarazada, previa certificación médica, el director del establecimiento, tramitará con prontitud la solicitud de suspensión de la detención preventiva o de la pena ante el funcionario judicial competente, de conformidad con lo previsto en el Código de Procedimiento Penal.</i></p>	<p>PARÁGRAFO 1o. <i>El traslado a un centro hospitalario en los anteriores casos, sólo procederá cuando no fuere posible atender al interno en alguno de los centros de reclusión.</i></p> <p>PARÁGRAFO 2o. <i>En los establecimientos de reclusión donde no funcionare la atención médica en la forma prevista en este Título, éste quedará a cargo del Servicio Nacional de Salud.”</i></p> <p>En el año 2009 el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1122 de 2007 numeral 14 literal m, estableció:</p> <p><i>“la población reclusa del país se afiliará al Sistema de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional determinará los mecanismos que permitan la operatividad para que esta población reciba adecuadamente sus servicios”</i></p> <p>Además, y en concordancia con lo anterior se emitieron los Decretos reglamentarios N°1141 de 2009 y 2777 de 2010, que fueron derogados, y que establecían:</p> <p>“AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <i>La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población reclusa en los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC, se realizará al régimen subsidiado mediante subsidio total, a través de una entidad promotora de salud el régimen subsidiado del orden nacional”</i></p> <p>Mediante oficio recibido el 12 de junio de 2009, la Superintendencia Nacional de Salud certificó que la EPSS CAPRECOM es la única entidad promotora de salud del régimen subsidiado de naturaleza pública del orden nacional. En consecuencia, se suscribió el contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud INPEC-CAPRECOM No. 1172/09 (vigencia 31/01/11).</p> <p>En el mes de febrero del año 2011 se dio origen al contrato No. 006/11, para el cual la Entidad Promotora de Salud, solicitó dar aplicación al artículo 1 del Decreto 2777 de 2010 que modificó el artículo 2 del Decreto 1141 de 2009, en el cual se establece la contratación del aseguramiento. El INPEC a través de este contrato afilió a la población privada de la libertad al régimen subsidiado de salud, con cargo a la UPC, garantizando el recurso humano intramural sólo en 14 establecimientos de reclusión carcelarios, selección basada en el nivel de complejidad donde se concentra el 53% de la población. Dado que CAPRECOM EPS-S con este contrato no alcanzaba a cubrir el 100% de la población reclusa, se dio origen a la suscripción del contrato No. 008/11, cuyo objeto señalaba:</p> <p><i>“CAPRECOM se obliga para con el INPEC a prestar los servicios de salud POS-S de baja complejidad a la población reclusa que se encuentra en los Establecimientos de Reclusión a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC, en las áreas de sanidad de los establecimientos, de acuerdo a los modelos de atención previamente concertados”.</i></p>												
<p>Esto con el fin de que se garantizara la prestación del servicio de salud intramural. Posterior al precitado contrato se suscribió el Contrato No. 092/11 con el mismo objeto contractual y con duración hasta el 15 de julio de 2012.</p> <p>Con el Decreto 4150 del 3 de noviembre de 2011 se da la escisión del INPEC y se crea la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios SPC encontrándose dentro de su objeto gestionar y operar el suministro de bienes y la prestación de los servicios entre otros, razón por la cual el INPEC cedió a esta Entidad los contratos inherentes a salud en lo relacionado con servicios que se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS y los que no se encuentra incluidos, NO POSS.</p> <p>El Decreto 2496/12, en su artículo 13 establece:</p> <p><i>“La Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios – SPC determinará la Entidad o las Entidades Promotoras de Salud –EPS a las que se afiliará la población de que trata el presente Decreto”</i></p> <p>Así las cosas, dicha Entidad será la encargada de la contratación de la prestación de servicios de salud a la población interna.</p> <p>Con la reforma de la ley 65 de 1993 mediante la ley 1709 de 2014, se modificó el artículo 104 de aquella, en donde establece en su Artículo 105.</p> <p><i>“Servicio médico penitenciario y carcelario. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) deberán diseñar un modelo de atención en salud especial, integral, diferenciada y con perspectiva de género para la población privada de la libertad incluida la que se encuentra en prisión domiciliaria, financiado con recursos del Presupuesto General de la Nación. Este modelo tendrá como mínimo una atención intramural, extramural y una política de atención primaria en salud.</i></p> <p><i>La Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) será la responsable de la adecuación de la infraestructura de las Unidades de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en cada uno de los establecimientos Penitenciarios y Carcelarios en los cuales se prestará la atención intramural, conforme a los que establezca el modelo de atención en salud del que trata el presente artículo. Parágrafo JO. Créase el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, como una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, el cual estará constituido por recursos del Presupuesto General de la Nación.</i></p> <p><i>Los recursos del Fondo serán manejados por una entidad fiduciaria estatal o de economía mixta, en la cual el Estado tenga más del 90% del capital. Para tal efecto, la Unidad Administrativa de Servicios Penitenciarios y Carcelarios suscribirá el correspondiente contrato de fiducia mercantil, que contendrá las estipulaciones necesarias para el debido cumplimiento del presente artículo y fijará la comisión que,</i></p>	<p><i>en desarrollo del mismo, deberá cancelarse a la sociedad fiduciaria, la cual será una suma fija o variable determinada con base en los costos administrativos que se generen (...)”</i></p> <p>La prestación de los servicios de salud durante el período comprendido entre el 2000 y 2019, se ha garantizado en las áreas de sanidad ubicadas al interior de cada uno de los establecimientos de reclusión del orden nacional-ERON. A nivel intramural se prestan los servicios de primer nivel o baja complejidad que incluye medicina general, enfermería, odontología, suministro de medicamentos y toma de muestras de laboratorio clínico, con la inclusión en algunos de ellos del servicio intramural de fisioterapia, servicios que se han prestado de medio tiempo, tiempo completo y de 24 horas según el número de privados de libertad, capacidad instalada (infraestructura) y perfil de seguridad del ERON. Los servicios citados son contratados en cumplimiento a la normatividad vigente a la fecha, es decir: Ley 1122/07, Decreto 1141/09, Decreto 2777/10, 2496/12, Ley 1709/2014, Decretos 2245/2015 y 1142/2016.</p> <p>B. ETAPAS EN LA EVOLUCION NORMATIVA</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="829 1792 1019 1857">LEY 65 1993 a 2009</th> <th data-bbox="1019 1792 1263 1857">CAPRECOM 2009 - 2015</th> <th data-bbox="1263 1792 1451 1857">LEY 1709 - A LA FECHA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="829 1857 1019 1926">No existía un rubro específico</td> <td data-bbox="1019 1857 1263 1926">Aparece la modalidad de aseguramiento</td> <td data-bbox="1263 1857 1451 1926">Se crea el Fondo para la atención en salud</td> </tr> <tr> <td data-bbox="829 1926 1019 2114">La prestación de servicios de salud fue prestada directamente por el INPEC</td> <td data-bbox="1019 1926 1263 2114">La prestación de servicios de salud fue prestada por CAPRECOM EPS mediante contratos OPS intramural, y mediante IPS (bacteriología).</td> <td data-bbox="1263 1926 1451 2114">La prestación de servicios de salud se da mediante contratos OPS e IPS'S, no hay un responsable en los procesos de atención intramural, el fondo maneja recursos no es prestador del servicio</td> </tr> <tr> <td data-bbox="829 2114 1019 2302">Para la prestación de servicios de salud se organizan las áreas de sanidad, y se dotan de equipos biomédicos (medicina, enfermería, odontología) en los establecimientos que la infraestructura permitía,</td> <td data-bbox="1019 2114 1263 2302">Se organizan las áreas de sanidad, y la USPEC dota los Establecimientos de Reclusión de equipos biomédicos para los servicios de salud (medicina, enfermería, odontología) en los establecimientos que la infraestructura permite, contaba con servicios de laboratorio</td> <td data-bbox="1263 2114 1451 2302">Se organizan las áreas de sanidad, no ha existido dotación alguna de equipos (medicina, enfermería, odontología, farmacia,) ya no se presta el servicio de laboratorio clínico, se realiza toma de muestras, no se toman</td> </tr> </tbody> </table>	LEY 65 1993 a 2009	CAPRECOM 2009 - 2015	LEY 1709 - A LA FECHA	No existía un rubro específico	Aparece la modalidad de aseguramiento	Se crea el Fondo para la atención en salud	La prestación de servicios de salud fue prestada directamente por el INPEC	La prestación de servicios de salud fue prestada por CAPRECOM EPS mediante contratos OPS intramural, y mediante IPS (bacteriología).	La prestación de servicios de salud se da mediante contratos OPS e IPS'S, no hay un responsable en los procesos de atención intramural, el fondo maneja recursos no es prestador del servicio	Para la prestación de servicios de salud se organizan las áreas de sanidad, y se dotan de equipos biomédicos (medicina, enfermería, odontología) en los establecimientos que la infraestructura permitía,	Se organizan las áreas de sanidad, y la USPEC dota los Establecimientos de Reclusión de equipos biomédicos para los servicios de salud (medicina, enfermería, odontología) en los establecimientos que la infraestructura permite, contaba con servicios de laboratorio	Se organizan las áreas de sanidad, no ha existido dotación alguna de equipos (medicina, enfermería, odontología, farmacia,) ya no se presta el servicio de laboratorio clínico, se realiza toma de muestras, no se toman
LEY 65 1993 a 2009	CAPRECOM 2009 - 2015	LEY 1709 - A LA FECHA											
No existía un rubro específico	Aparece la modalidad de aseguramiento	Se crea el Fondo para la atención en salud											
La prestación de servicios de salud fue prestada directamente por el INPEC	La prestación de servicios de salud fue prestada por CAPRECOM EPS mediante contratos OPS intramural, y mediante IPS (bacteriología).	La prestación de servicios de salud se da mediante contratos OPS e IPS'S, no hay un responsable en los procesos de atención intramural, el fondo maneja recursos no es prestador del servicio											
Para la prestación de servicios de salud se organizan las áreas de sanidad, y se dotan de equipos biomédicos (medicina, enfermería, odontología) en los establecimientos que la infraestructura permitía,	Se organizan las áreas de sanidad, y la USPEC dota los Establecimientos de Reclusión de equipos biomédicos para los servicios de salud (medicina, enfermería, odontología) en los establecimientos que la infraestructura permite, contaba con servicios de laboratorio	Se organizan las áreas de sanidad, no ha existido dotación alguna de equipos (medicina, enfermería, odontología, farmacia,) ya no se presta el servicio de laboratorio clínico, se realiza toma de muestras, no se toman											

LEY 65 1993 a 2009	CAPRECOM 2009 - 2015	LEY 1709 - A LA FECHA	LEY 65 1993 a 2009	CAPRECOM 2009 - 2015	LEY 1709 - A LA FECHA
se contaba con el servicio de laboratorio clínico, rayos X, fisioterapia, farmacia, salud mental y anexo psiquiátricos (Modelo, Cali, Cómbita)	clínico, rayos X, fisioterapia, farmacia, salud mental y anexo psiquiátricos (Modelo, Cali)	rayos X intramuralmente, en algunos ERON se presta el servicio de fisioterapia, anexo psiquiátricos (Modelo, Cali)	ocupacional.		no se realiza intramural se presta mediante remisión, este recurso humano debería ser apoyo fundamental en el proceso de resocialización del PPL
El talento humano prestaba los servicios de salud, responsable directamente el INPEC en modalidad de nombramiento de carrera, provisional o contratos, los procesos de limpieza y desinfección de áreas comunes eran realizados por las PPL que redimen pena mediante este servicio.	Contrataba el recurso humano CAPRECOM EPS, eran los responsables de prestar los servicios de salud así como realizar los procesos de limpieza y desinfección a través de empresas.	El talento humano es contratado por orden de servicios (OPS) para la prestación de servicios de salud, contratan empresa para la realización de actividades de limpieza y desinfección del área de sanidad, e IPS que realizan atenciones intramurales como toma de muestras de laboratorio clínico, brigadas de odontología especializada, optometría, ginecología (en los ERON donde hay mujeres) y urología	Se realizaba pequeñas cirugías en los Establecimientos de Reclusión	Llevaba especialistas a los establecimientos de reclusión	Todos los procedimientos y atención con especialistas se realizan extramuralmente
Se contaba con enfermeras, médico general, odontólogo bacterióloga, auxiliares de enfermería, fisioterapia, técnico en rayos X (también apoyaba en la visita los domingos para detectar el ingreso de sustancias prohibidas), psiquiatra, psicólogo, terapeuta	Se contaba con enfermeras, médico general, odontólogo bacterióloga, auxiliares de enfermería, fisioterapia.	Se cuenta con enfermeras, médico general, odontólogo auxiliar de laboratorio (IPS), auxiliares de enfermería, fisioterapia (en algunos ERON). A pesar de que el consorcio debe contratar el servicio de psicología	La atención en salud era para toda la PPL, no había discriminación de régimen de afiliación	Se presenta discriminación por régimen de atención (contributivo-subsidiado-excepción)	Se presenta discriminación por régimen de atención (contributivo-subsidiado-excepción)
			Se realizaba contratación directa con los hospitales para la atención de segundo, tercer y cuarto nivel de atención, los cuales tenían en cuenta la georreferenciación de los ERON	Se realizaba contratación directa con los hospitales para la atención de segundo, tercer y cuarto nivel de atención.	El consorcio fiduciario que administra los recursos contrata IPS que prestan el servicio, no tienen en cuenta la georreferenciación
			Tenía a cargo el manejo de historias clínicas	Tenía a cargo el manejo de historias clínicas	No hay responsable de la custodia de las historias clínicas
			Salud mental se realizaba mediante contratación con QBE seguros. Este modelo de atención en salud mental incluía	Contrató a la IPS GIH-UT-Clinica Mariana e indica el modelo para la prestación del servicio en salud mental:	Para la vigencia 2016 se contrató a la IPS Clínica Nuestra Señora de la Paz, quien realizó empalme con GIH UT Clínica

LEY 65 1993 a 2009	CAPRECOM 2009 - 2015	LEY 1709 - A LA FECHA	LEY 65 1993 a 2009	CAPRECOM 2009 - 2015	LEY 1709 - A LA FECHA
actividades médicas asistenciales desde la valoración inicial hasta las actividades de atención primaria y promoción y prevención, así como actividades complementarias que abarcan los contenidos y formas de acción del sistema de información y los informes de seguimiento.	TIPO A: internos que se encuentran en fase aguda de la afección Psiquiátrica con síntomas y signos como confusión mental, agresividad, u otras alteraciones del pensamiento, de acuerdo a los Criterios establecidos de remisión. Estos pacientes son tratados en USM (Unidad de Salud Mental), en donde el programa, además de la atención psiquiátrica y servicio farmacéutico de baja complejidad TIPO B: SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA INTRAMURAL AMBULATORIA Este tipo de atención está dirigido al grupo de internos que, a pesar de tener enfermedad mental, no se encuentran en crisis aguda, y pueden recibir su tratamiento en patio. TIPO C: Se presta en los establecimientos que tienen menos de 15 internos con trastornos mentales. La atención se presta con valoración intramural cada dos meses,	Mariana, para el 2017 a la fecha se cuenta con 2 IPS que prestan el servicio mensual únicamente valoración por psiquiatría y dispensación del medicamento (excepto en Unidades de Salud Mental)		pues no se cuenta en este despacho con registros de este tema.	
			Equipos biomédicos para todos los servicios	Equipos biomédicos para todos los servicios	No se están utilizando equipos para rayos X ni los equipos para el servicio de bacteriología
			No se tiene conocimiento de los programas de salud desarrollados	No se tiene conocimiento de los programas de salud desarrollados	No se tiene información de los programas en salud que se desarrollan
			No había rubro para la defensa judicial		Cuenta con 10% de los recursos para la defensa del Consorcio
			No se tienen datos	Se presentaron 500 tutelas	Al año 2018 se presentaron 4575 tutelas
			No se consolidó perfil epidemiológico	No se consolidó perfil epidemiológico	No se ha consolidado perfil epidemiológico, ni análisis situacional de salud, se presentan frecuencias de uso como informe de auditoría

Es importante precisar que el perfil epidemiológico es la base sustancial que permite conocer la caracterización en salud de una población determinada, según el Ministerio de salud y seguridad social. El perfil epidemiológico, de acuerdo a la definición estándar, es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre una población cualquiera, en este caso la población carcelaria, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen como la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida. A lo largo de todo este periodo, desde la expedición de la ley 65 de 1993 hasta la actualidad, se ha adolecido del perfil epidemiológico necesario para el éxito en la formulación, ejecución y evaluación de planes y programas de salud para la PPL.

Para la elaboración de este proyecto de ley, se requirió mediante derecho de petición al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, el perfil epidemiológico desde el año 2000 al 2019 de la población reclusa, sin tener respuesta alguna. Aspiramos que en el trámite y discusión de este proyecto de ley el INPEC se pronuncie sobre su silencio, pues induce a presumir, que en todo este periodo, los actores encargados de la salud de los internos no hayan procedido a elaborar el necesario perfil epidemiológico; ni el INPEC, ni CAPRECOM EPS (liquidada), ni el "consorcio fondo de atención en salud" que actualmente, y desde hace cuatro años, administra los recursos financieros destinados para atender las necesidades en salud de las PPL a cargo del INPEC.

De forma general se conoce algunas enfermedades y eventos de interés en salud pública que a la fecha se atienden de manera resolutoria, además, no se desarrollan actividades ni programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Frente a los programas de salud, no obstante que desde la resolución 3997 de 1996 se establecieron las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, han pasado ya 24 años y a la fecha no se han implementado los programas que mejoren "las condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales de los individuos"³. Y, de este grupo poblacional que demanda una protección específica, tampoco se ha adelantado programas de prevención que identifiquen, controlen o reduzcan los factores de riesgo de origen biológico, ambientales y comportamentales que eviten la aparición de enfermedades, que por lo demás, se prolonguen y deriven en una mayor afectación o consecuencias que se puedan evitar.

En la etapa INPEC, este tenía la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud y en virtud de ello, compró los equipos biomédicos necesarios desde el año 2000. Sin embargo, estos no han tenido el uso adecuado, ni ha habido trazabilidad de los mismos debido a los vacíos normativos. Además, no hay responsables sobre el uso y el mantenimiento, ni CAPRECOM EPS realizó el mantenimiento adecuado desde el año 2009 que ingresó. Al respecto de los equipos en el año 2011, el INPEC realizó traslado presupuestal para adelantar el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos que se encuentran en los ERON por un valor de \$300.000.000 de pesos, sin embargo, a pesar de estas gestiones se pierde gran cantidad de equipos biomédicos.

Durante la prestación de los servicios por parte de la EPS CAPRECOM no se desarrollaron, ni se implementaron programas de promoción en salud, prevención de la enfermedad, ni manejo del riesgo en salud, generando así, un aumento en el número de consultas y de casos de PPL, afectando el tratamiento penitenciario y los procesos de resocialización de las PPL bajo vigilancia del INPEC.

³ Resolución número 3997 de octubre 30 de 1996, por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En el año 2013 la USPEC celebró el contrato 214 con la Unión temporal salud SPC /USPEC - cuyo objeto buscaba adquirir, instalar e implementar elementos, equipos médicos, odontológicos y mobiliarios hospitalarios para la habilitación de las áreas de sanidad de ciento treinta y ocho (138) establecimientos penitenciarios y carcelarios a cargo del INPEC.

Se puede evidenciar que el INPEC es una entidad que ha experimentado varias reformas conforme se presentan cambios normativos, ajustándose a las realidades del país, estos cambios han generado grandes consecuencias especialmente a los privados de libertad que no pueden acceder de manera oportuna a los servicios de salud. Más adelante en esta exposición de motivos se expondrá en detalle las consecuencias generadas por los cambios normativos: no ha tenido en cuenta el crecimiento sustancial de la población privada de libertad, se parcializo los procesos de atención en salud, los modelos establecidos no se han ajustado a las necesidades y condiciones específicas y a las particularidades que presentan cada uno de los establecimientos penitenciarios en el territorio nacional, ha conllevado a un deterioro patrimonial y los modelos establecidos tampoco se ajustan a las necesidades específicas del sistema penitenciario como a la particularidad del INPEC.

Por otro lado, la reforma al Código Penitenciario y Carcelario a partir de la Ley 1709 de 2014 tiene una implicación directa en la calidad de la atención de la población en general, especialmente, en la de las personas privadas de la libertad, pues se crea el Fondo Nacional de Salud mediante el cual se incorporan varias novedades para la implementación de modelos de atención, entre ellas, el principio de "enfoque diferencial" que reconoce las diferencias de estas personas en relación con la población en condición de libertad.

Igualmente, resalta en su art. 5° el respeto a la dignidad humana, destacándose en él que: "(...) la carencia de recursos no podrá justificar que las condiciones de reclusión vulneren los derechos fundamentales de las personas privadas de la libertad".

Otra novedad importante es la relacionada con las condiciones de los establecimientos de reclusión en la que la ley en su art. 16, parágrafo 2° indica que: "Todos los establecimientos de reclusión deberán contar con las condiciones ambientales, sanitarias y de infraestructura adecuadas para un tratamiento penitenciario digno".

La creación del Fondo Nacional de Salud para las personas privadas de la libertad es de suma importancia no solo para la Gestión Pública ya que brindará las herramientas necesarias para la persona privada de la libertad dado que tiene en cuenta una cantidad de factores integrales como infraestructura, alimentación, vestido, entre otros, que permitirán el goce pleno de sus derechos en la medida que se implemente su cumplimiento.

Es importante precisar que existen muchos establecimientos con estructuras declaradas como patrimonio nacional, a las cuales no se les puede intervenir ni realizar ningún tipo de modificación, esto limita la buena prestación de servicios además no se justifica tener infraestructura para 80 o 100 PPL, donde debe existir director, subdirector, áreas de tratamiento y desarrollo, áreas administrativas y Unidades de Atención Primaria. Lo que significa que aumenta el costo de funcionamiento ya que alberga una población entre 80 a 100 PPL y debe contar para su funcionamiento con director, unidades de cuerpo de custodia

y vigilancia y personal administrativo y para este caso medico enfermero y auxiliar como mínimo.

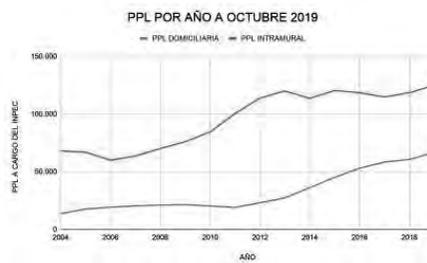
II. ACTUALIDAD DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS CARCELES.

1. Personas Privadas de la Libertad bajo custodia y vigilancia del INPEC por año:

El crecimiento de la población privada de la libertad bajo custodia y vigilancia del INPEC desde el año 2004 a la fecha es del 100%, como se evidencia a continuación:

AÑO	PPL INTRAMURAL	PPL DOMICILIARIA
2004	68020	13564
2005	66829	17531
2006	60021	19139
2007	63603	20301
2008	69979	20967
2009	75992	21275
2010	84444	20217
2011	100451	18925
2012	113884	22993
2013	120032	27275
2014	113623	36086
2015	120444	45072
2016	118532	52937
2017	114750	58393
2018	118513	60613
2019	125070	66734

Pese al crecimiento de la PPL no se han implementado programas de prevención de la enfermedad ni promoción de la salud como se comentó:



A. TALENTO HUMANO:

Actualmente la prestación de servicios de salud para la PPL se realiza intramuralmente y extramuralmente. A nivel intramural se presta mediante contratos de prestación de servicios de medicina general, odontología, prevención y promoción para crónicos en algunos ERON, servicio farmacéutico (en algunos Establecimientos de reclusión se presta por la empresa COHAN) y toma de muestras de laboratorio clínico, servicios contratos por el Consorcio Fondo de Atención En salud, respecto al procesamiento de muestras de laboratorio se analizan en sedes externas, en algunas ocasiones este procesamiento se realizan en laboratorios de ciudades distantes, lo que conlleva a pérdida en la confiabilidad del resultado, como se ha evidenciado con baciloscopias en supervisión indirecta a cargo del ente territorial (secretarías de salud), de igual manera el consorcio fiduciario contrata los servicios de segundo, tercer y cuarto nivel. No hay oportunidad en la entrega de medicamentos debido a los procesos de subcontratación.

El INPEC de acuerdo con su conocimiento en el área, a la cantidad de consultorios disponibles, el número de privados de la libertad, la oportunidad del servicio médico brindado al PPL (cada 4 meses), definió la necesidad de talento humano para la prestación de servicios de salud, sin embargo, de los 133 ERON no todos cuentan con la contratación de talento humano completo.

El decreto 1142 de 2016 en su artículo 10 define la atención intramural y en el parágrafo 3. La supervisión y el seguimiento a la prestación de los servicios de salud "en la modalidad intramural será contratada con cargo a los recursos del Fondo, sin perjuicio del apoyo a la supervisión que preste el INPEC, deberá certificar la realización de las labores intramurales por parte del personal de salud, en las condiciones que le sean solicitadas". En cumplimiento,

los directores de cada ERON certifican el cumplimiento de horas laboradas de los contratistas, pero la USPEC y el consorcio toman estas medidas como el cumplimiento del seguimiento, entendiendo que corresponde a la USPEC contratar la supervisión y auditorías médicas las cuales deberán, pero generar procesos de mejora continua y pertinencia de las atenciones en salud, sin embargo, hasta el momento no se ha realizado supervisión a pesar que le asiste la competencia por norma.

No se cuenta con los perfiles profesionales y técnicos que se requieren para la prestación de servicios de salud intramural, como los son regente de farmacia y técnico con experiencia en manejo de historias clínicas. Estos servicios se cubre con auxiliares de enfermería quienes no tienen el conocimiento del manejo de estas áreas, conllevando a que las historias clínicas no cumplan con lo establecido en la normatividad vigente, no se tiene un diagnóstico claro del estado actual de las historias clínicas (médicas, odontológicas, psicológicas), no se saben cuáles deben ser de archivo de gestión o archivo central, no se llevan registros que garanticen el adecuado archivo de las mismas, también existe inconveniente por la constante manipulación de historias clínicas situación que acontece desde la entrada de la EPS CAPRECOM, existe una brecha sobre la custodia de las historias clínicas de fallecidos, libertades o domiciliarias, respecto a farmacia en los ERON donde no está COHAN no se llevan los registros de control de los medicamentos, no se almacena ni seleccionan de acuerdo a la normatividad aplicable, los ERON no cuentan con todos los insumos para farmacia, los procesos de entrega adelantados por el consorcio no aplica a los ERON ya que existen novedades constantes por la falta de medicamentos; por otra parte la entrega y almacenamiento de los medicamentos de control especial no son administrados acorde a la norma vigente.

El consorcio fondo de atención en salud contrató la prestación intramural con las ESES para el EPMS de Cali y el complejo penitenciario de Jamundí, únicamente la prestación de servicios para medicina general, odontología, promoción y prevención y fisioterapia; este contrato es per cápita, y para las prestación de otros niveles de complejidad se realiza por evento con la misma IPS, sin embargo estas entidades no cumplen con lo estipulado para suplir el talento humano intramural, por lo cual el consorcio realizó contratos adicionales para dar cumplimiento a las necesidades, de igual manera realiza contratos para el servicio de psiquiatría con IPS, brindando solo la consulta de primera vez y control por psiquiatría y el tratamiento farmacológico para las PPL a nivel nacional.

El consorcio Fondo de Atención en Salud ha priorizado la contratación de los perfiles profesionales de Enfermera Profesional, Odontólogo General, Auxiliar De Enfermería, Médico, Auxiliar De Odontología, Higienista Oral y Fisioterapeuta los cuales atienden las necesidades en salud que pueden presentar los privados de la libertad, dejando de lado otro tipo de servicios que se encuentran normados en la ley como es el caso de las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas.

B. SALUD MENTAL

El programa de salud mental cobra una especial importancia por el tipo de población que se atiende. En los últimos 20 años solo se ha garantizado la prestación del servicio de psiquiatría, cuando antes la prestación del servicio de salud mental era garantizada por el INPEC. Esto se desarrollaba con la contratación de una póliza que aseguraba el acceso al servicio según el INPEC con radicado 2019EE0179839, en respuesta al derecho de petición de fecha 2 de septiembre de 2019, afirma que:

“El modelo de atención en salud mental fue construido acogiendo las políticas del Plan Nacional de Salud Pública, las Políticas de Salud Mental para Colombia, sus objetivos, recomendaciones y estrategias. Este modelo de atención en salud mental incluía actividades médicas asistenciales desde la valoración inicial hasta las actividades de atención primaria y promoción y prevención, así como actividades complementarias que abarcaban los contenidos y formas de acción del sistema de información y los informes de seguimiento”.

En detrimento de la garantía al derecho a la salud de las personas con afecciones psíquicas, la liquidada CAPRECOM EPS, contrató a la institución prestadora de servicios de salud “Grandes Ideas Hospitalarias Unión Temporal (GIH-UT) - Clínica Mariana” quienes prestaban el servicio intramural según el número de internos que presentaran patologías mentales, con equipos interdisciplinarios (médico psiquiatra, psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, jefe de enfermería y auxiliar de enfermería). Esto para el caso de los internos que por los síntomas de su patología se encontraban en unidades de salud mental intramurales. Para los ERON que tuvieran internos con patología mental, que no presentaran alteraciones en su comportamiento por su patología, se disponía de médico psiquiatra, psicólogo clínico y auxiliar de enfermería, quienes se encargaban de la atención (precaria de por sí) a estas personas; más crítico aún para los establecimientos que tenía a su cargo 15 internos o menos pues solo recibían la atención del profesional en psiquiatría cada dos meses dependiendo de la condición médica del paciente.

Actualmente el consorcio fondo de atención en salud suscribió contrato de prestación de servicios con dos IPS, las cuales únicamente brindan la valoración de primera vez y control por psiquiatría, en estos contratos no se contempla una atención integrada e integral, ni la rehabilitación que se requiere para una verdadera resocialización para las necesidades que en salud mental tienen las PPL y que tienen derecho de acuerdo con la ley 1566 de 2012 y 1616 de 2013.

C. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Actualmente no se está prestando este servicio, pese a los esfuerzos adelantados por las áreas de tratamiento y desarrollo de algunos ERON en la identificación y tamizaje de los privados de la libertad, y las solicitudes para la contratación de la atención de esta condición médica de las PPL identificadas, no se brinda tratamiento que coadyuve en el proceso de rehabilitación y resocialización de las PPL, tal es el caso que mediante circular 002 de 2018 la Superintendencia Nacional de Salud instó a la USPEC a adelantar análisis situacional de salud de los privados de la libertad y la contratación de las atenciones en salud para atender

su condición médica por el consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo la USPEC no se ha pronunciado al respecto.

D. EQUIPOS BIOMÉDICOS

Intramuralmente se cuenta con equipos biomédicos para laboratorio clínico, fisioterapia, medicina general y odontología, sin mantenimiento preventivo ni correctivo desde hace más de dos años.

Se evidencia entonces que el citado Consorcio terceriza los servicios de salud pero con entidades de salud principalmente del estado, lo que no permite oportunidad en la atención en salud a niveles mayor de complejidad, basados únicamente en la atención en salud sin tener en cuenta aspectos importantes para la prestación de servicios de salud como lo son los equipos, auditoría de pertinencia, situación que evaluará la efectividad de los remisiones o salida a servicios extramurales.

El INPEC desde el año 2000 cuando tenía la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud compró los equipos biomédicos necesarios para esta labor, de igual manera cuando se creó la USPEC e hizo parte del sistema realizó la dotación a los establecimientos de reclusión de equipos biomédicos para una adecuada prestación de servicios de salud y disminuir las contra referencia para tomas de rayos x, cabe mencionar que los días de visita los equipos de rayos x fueron útiles para la seguridad ya que de manera más digna permitía una requisita adecuada en caso de existir un posible positivo para ingreso de elementos prohibidos. Es importante precisar que los equipos biomédicos requieren de mantenimiento periódico como mínimo dos veces al año para su adecuado funcionamiento.

NÚMERO TOTAL DE EQUIPOS:

EQUIPO	B= BODEGA	D= DE BAJA	E=NO EXPLOTADOS	PARA DAR DE BAJA	R=EN SERVICIO	Total general
ABP MONITOR			20		42	62
ADVIA 60CONSORCIO			1			1
AGITADOR DE MAZZINE					13	13
AMALGAMADOR	3		27		178	208
ANALIZADOR DE QUIMICA SANGUINEA			1		10	11

EQUIPO	B= BODEGA	D= DE BAJA	E=NO EXPLOTADOS	PARA DAR DE BAJA	R=EN SERVICIO	Total general
ASPIRADOR ELECTRICO PROTATIL			1		1	2
AUDIOMETER			1			1
AUTOCLAVES		2	27		184	213
BALA DE OXIGENO	3	7	60		352	422
BALANZA		1	2		28	31
BASCULA CON TALLIMETRO	1		9	2	98	110
BRUYIDOR					3	3
CABITRON BOTCAT					1	1
CAJA REVELADORA			1		3	4
CALENTADOR DE COMPRESA HIDROCOLECTOR MARCA CHALTONOGGA					1	1
CAMA HOSPITALARIA					25	25
CAMARA DE NEUBAUER			3		7	10
CAMARA INTRAORAL					1	1
CAMINADORA PARA TRAFICO PESADO	1	2	4		40	47
CARNO GRAPH			1			1
CAVITRON	1		21		119	141
CENTRIFUGA			6		33	39
CHALECO DE PLOMO			4		25	29

EQUIPO	B= BODEGA	D= DE BAJA	E=NO EXPLOTA- DOS	PAR A DAR DE BAJA	R=EN SERVI CIO	Total general
COMPRESOR	2		4	1	78	85
CONTADOR DE CELULAS			1		11	12
CONTRAANGULOS			1		1	2
CPAP PARA ACNEA				1	1	2
CUARTO OSCURO ODONTOLOGICO					1	1
DESCOLADOR CAUTERIZADO					1	1
DESFIBRILADOR	4		7		34	45
DETECTOR DE NARCOTICOS EXPLOSIVOS			1		1	2
DETECTOR FETAL					1	1
DIGIFLEX			3		5	8
DISPENSADOR DE VOLUMEN			2		2	4
DOPPLER FETAL			2		21	23
DOSIFICADORA PARA QUIMICOS CA92649					1	1
ECOGRAFO			2		4	6
EJERCITADOR DEDOS					1	1
ELECTRO BISTURI			1		1	2
ELECTROCARDIOGRAFOS			14		44	58

EQUIPO	B= BODEGA	D= DE BAJA	E=NO EXPLOTA- DOS	PAR A DAR DE BAJA	R=EN SERVI CIO	Total general
ELECTROCAUTERIZADOR			4		22	26
ELECTROESTIMULADOR	1		11		54	66
ELEVADORES					1	1
ENCUBADORA			8		2	10
ENDOSCOPE TEACHING			1			1
EQUIPO ADVIA SYSTEMS CT			1			1
EQUIPO DE ANESTESIA			1			1
EQUIPO DE ENFERMERIA		1				1
EQUIPO DE HEMATOLOGIA AUTOMATIZADA			2		4	6
EQUIPO DE PANO			3		1	4
EQUIPO DE RAYOS X	1		29		162	192
EQUIPO DE REANIMACION			1			1
EQUIPO DE TERAPIA RESPIRATORIA					1	1
EQUIPO DENTAL SIMPLIFICADO					1	1
EQUIPO DIAGNOSTICA PARED					1	1
EQUIPO GINECOLOGICO					1	1

EQUIPO	B= BODEGA	D= DE BAJA	E=NO EXPLOTA- DOS	PAR A DAR DE BAJA	R=EN SERVI CIO	Total general
EQUIPO LAVADO DE OIDOS					3	3
EQUIPO MULTIFUERZA			1			1
EQUIPO ORGANOS DE LOS SENTIDOS	9	3	47		374	433
EQUIPO PARA LA DETECCION DE ALCOHOL			1		5	6
EQUIPO PEQUENA CIRUGIA		1	18		125	144
EQUIPO QUIMICA SANGUINEA			1		5	6
EQUIPO REVELADOR			1		7	8
ESCANER ODONTOLOGICO					1	1
ESCUPIDERA			1		3	4
ESPECTOMETRO					3	3
ESTERILIZADOR			21		42	63
EXAMEN TABLE			1			1
EXAMPLUS LIGHT			2		1	3
EYECTOR QUIRURGICO					1	1
FLEBO EXTRACTOR					2	2
FONENDOSCOPIO	1	1	7		57	66
FORCEPS					4	4
GASTROSCOPE N 8502			1			1

EQUIPO	B= BODEGA	D= DE BAJA	E=NO EXPLOTA- DOS	PAR A DAR DE BAJA	R=EN SERVI CIO	Total general
GLUCOMETRO			5		20	25
HALOGEN DIAGNOSTIC LIGHT			3			3
HARD DRIVE			1			1
HIDROCOLECTOR			1		9	10
HIGROTHERMOMETRO			1			1
HORNO PARA LABORATORIO			3		14	17
IMAGER			1			1
INCINERADOR DE AGUJAS					1	1
INFUSIONADOR			3			3
KIT SONOMETRO QUEST					1	1
LAMPARA FOTOCURADO	3	3	52	1	290	349
LARINGOSCOPIO			4		41	45
LOCALIZADOR DE APICE			1			1
MANOMETRO	2		8		39	49
MARCADOR DE PELICULA			1		5	6
MASAJEADOR					2	2
MEDIDOR DE GLICEMIA					1	1
MEGASTOSCOPIO CUERPOS	2				1	1

EQUIPO	B=BODEGA	D=DE BAJA	E=NO EXPLOTADOS	PARA DAR DE BAJA	R=EN SERVICIO	Total general
METROLAT TABLERO 1600 WINNER LABORATORIO			1			1
MICROMOTOR ODONT CONRA ANGULO		3	46		157	206
MICROPIPETEADOR 50-200					1	1
MICROSCOPIO			9		52	61
MIIZQ PIE SACH AFLOJAMIENTO N 38			1			1
MODULO DENTAL			1			1
MULETAS					2	2
MULTIFUERZA	1		1		11	13
NEBULIZADOR	1	3	30		178	212
NEGATOSCOPIO			4		8	12
NEVERA PARA MEDICAMENTOS		1	10		108	119
OLLA ESTERILIZADORA DE BIBERONES			2	1	2	5
OPHTALMASCOPE SNT0011 SERIE 767 NAS			1			1
OSCILOSCOPIO DE 20 MH9			1			1
OXIMETER			1			1
OXIMETRO DE PULSO			2		7	9

EQUIPO	B=BODEGA	D=DE BAJA	E=NO EXPLOTADOS	PARA DAR DE BAJA	R=EN SERVICIO	Total general
TABLA DE INMOBILIZACION ESPINAL					5	5
TALLADOR					4	4
TANQUE HIDROCOLECTOR			11		39	50
TAZA ESCUPIDERA MANGUERAS PIEZA MANO					1	1
TENSIOMETRO	4	5	57		226	292
TERMOMETRO			1		6	7
TIJERA ALEMAN					2	2
UDCDENTAL N02030 JERINGA TRIPLE					1	1
ULTRASONIDO	3		9		59	71
UNIDAD DE FLOCULACION					1	1
UNIDAD ODONTOLOGICA		3	29		190	222
VENTILADOR DE TRANSPORTE					3	3
VIBRADOR CON INFRARROJO	1	1	9		48	59
VIBROMASAJEADOR			1		1	2
VIDRIO PLOMADO CON PROTECCION DE RADIACION					1	1

EQUIPO	B=BODEGA	D=DE BAJA	E=NO EXPLOTADOS	PARA DAR DE BAJA	R=EN SERVICIO	Total general
PANTALLA ORTOCROMATICO			6			6
PIANO CUENTA CELULAS			1		7	8
PIPETA AUTOMATICA			15		35	50
PRONOSUPINADOR					12	12
PROPHYET CLEANING POWER 130 GR					2	2
PUERTA DE PLOMO					1	1
PULMO AIDE VIVIS					1	1
PULSEUX			1			1
PULSIOXIMETRO	4	1	4		84	93
REGULADOR DE OXIGENO			1		5	6
RESUCITADOR			7		59	66
REVELADOR MANUAL			1		3	4
SCALER			1		8	9
SISTEMA DE LIMPIEZA					1	1
SISTEMA DE MASAJES					2	2
SISTEMA DE POLEAS PARA TERAPIA					1	1
SONDA PERIODONTAL					1	1
SOPORTE PARA CILINDRO DE OXIGENO			4		4	8
SUCCIONADOR	2		16		68	86

EQUIPO	B=BODEGA	D=DE BAJA	E=NO EXPLOTADOS	PARA DAR DE BAJA	R=EN SERVICIO	Total general
VOLUMETRIL INFUCION			1			1
Total general	48	38	759	6	4086	4937

EQUIPO	NUMERO
EQUIPO DE RAYOS X	192
Total general	192

Total de equipos a nivel nacional: 4937 para odontología, fisioterapia, urgencias, principalmente de los cuales 851 equipos se encuentra en proceso para dar de baja, no están en uso, o en bodega, a estos equipos se les ha realizado aproximadamente dos mantenimientos durante la última década. 192 equipos de rayos X los cuales no está en uso. Cabe mencionar que un equipo de Rayos x convencional puede llegar a costar aproximadamente 17 millones de pesos, al cual lógicamente debe hacerle la respectiva depreciación, sin embargo en establecimientos como picota el equipo de rayos X jamás se ha usado porque falta algunas conexiones y la verificación de la plomada.

Equipo	INSERVIBLE	D=DE BAJA	Total general
AUTOCLAVES	1	1	2
BALA DE OXIGENO	5	2	7
BALANZA	1		1
CAMINADORA PARA TRAFICO PESADO	2		2
EQUIPO DE ENFERMERIA		1	1
EQUIPO ORGANOS DE LOS SENTIDOS	1	2	3
EQUIPO PEQUENA CIRUGIA	1		1

FONENDOSCOPIO	1		1
LAMPARA DE FOTOCURADO	3		3
MICROMOTOR ODONT CONTRA ANGULO	3		3
NEBULIZADOR	3		3
NEVERA PARA MEDICAMENTOS		1	1
PULSIOXIMETRO		1	1
TENSIOMETRO	2	3	5
UNIDAD ODONTOLOGICA	1	2	3
VIBRADOR CON INFRARROJO		1	1
Total general	24	14	38

Actualmente ya hay 38 equipos en baja de los cuales 24 se encuentran en estado inservible.

Los equipos mencionados no han tenido el uso adecuado ni la trazabilidad de los mismos, debido a los vacíos normativos no hay responsables sobre el uso y el mantenimiento, ni CAPRECOM EPS realizó el mantenimiento adecuado desde el año 2009 que ingresó; a la fecha no se han realizado tres mantenimientos a los equipos biomédicos, entendiéndose que desde el año 2015 la USPEC realizó varias licitaciones para el mantenimiento generando como resultado a la fecha ÚNICAMENTE UN MANTENIMIENTO para todos los equipos que por lo descrito anteriormente se realizó primero un diagnóstico que conlleva a dar de baja a los equipos, sin dejar a un lado aquellos equipos del laboratorio clínicos que existían en los ERON. En el 2018, la USPEC realizó convenio Interadministrativo número 216144 con FONADE, a fin de contratar "servicios de diagnóstico, verificación de parámetros de funcionamiento y mantenimiento preventivo, correctivo incluido mano de obra y el suministro de repuestos originales nuevos para dispositivos médicos y odontológicos que se encuentren en las áreas de sanidad de 136 ERON". Como resultado de lo expuesto, FONADE realizó contrato No 2180900 con UT MEMCO -360, empresa que realiza las actividades antes descritas."

E. RED EXTERNA

Como se mencionó el servicio de salud extramural que requieren los privados de libertad es contratado por el "consorcio fondo de atención en salud" con IPS donde la georreferenciación no aplica al sistema penitenciario ya que para establecimientos como el ubicado en Guaduas Cundinamarca, contratan red de servicios con entidades ubicadas en departamentos como Antioquia (Medellín) o Atlántico (Barranquilla), situación que se repite

para muchos establecimientos y obedece a que el Consorcio únicamente contrata IPS del estado, el traslado de cada PPL de una ciudad a otra puede variar entre \$816.100 y \$1'458.400 pesos para las PPL de alto perfil vía terrestre para tomarlo como ejemplo.

Este modelo no es resolutivo intramuralmente, genera un aumento elevado de salidas de PPL, aunado se encuentran conceptos como la prisión hospitalaria, situación que implica aumento en los riesgos de evasión, rescates o fugas a sangre y fuego, además compromete la seguridad del PPL.

Para la población en condición de discapacidad no se tiene evidencia que se le están garantizando los elementos mínimos que ayuden en su proceso de rehabilitación y condiciones mínimas como por ejemplo lo son pañales.

Actualmente el Consorcio Fiduciario utiliza el 19% del valor asignado para la administración (según contrato de fiducia mercantil 145 de 2019), en el cual se incluye la contratación de talento humano para las actividades del consorcio y el equipo jurídico, que comparado con el sistema general de seguridad social sobrepasa los límites pues para el régimen contributivo es del 8 % y para el Subsidiado es del 11 %.

Como se evidencia en el contrato de fiducia mercantil 145 de 2019 se realizó un pago por un valor total de \$6.785.496.000,00 millones de pesos frente a la administración del recurso total asignado para la vigencia.

III. CONSECUENCIAS DE LOS CAMBIOS NORMATIVOS EN LA INSTITUCIONALIDAD Y SU IMPACTO EN LA PRESTACION DE SERVICIO DE SALUD

A. AUMENTO DE REMISIONES

- **Total, de remisiones a servicios extramurales y costo por traslados**

Según lo informado por el CFAS (consorcio fiduciario fondo de atención en salud) para los años 2016, 2017 y 2018 se autorizaron las siguientes atenciones, las cuales deberían prestarse de forma intramural tanto por temas de seguridad como por el costo que genera el traslado de las PPL así:

No.	SERVICIO	REMISIONES 2016	COSTO TOTAL REMISIONES O CONSULTA	REMISIONES 2017	COSTO TOTAL	REMISIONES 2018	COSTO TOTAL
1	DERMATOLOGÍA	8	18400000	2117	243455000	2546	292790000
2	ODONTOLÓGIA	1714	197110000	1253	144095000	1493	171695000
3	OPTOMETRÍA	776	89240000	51	5865000	301	34615000
4	FISIOTERAPIA	99	11385000	70	8050000	90	20700000
5	TERAPIA OCUPACIONAL	18	41400000	13	29900000	4	460000
	TOTAL	2615	357535000	3504	431.365.000,00	4434	706.560.000,00
							1.495.460.000,00

Aunado a los datos de la tabla, el aumento elevado de los privados de libertad afiliados al régimen contributivo, que al corte de agosto de 2020 son 6822 PPL, y al no prestarles el servicio de salud intramural, sólo atención inicial de urgencias, ha ocasionado un aumento en las remisiones extramurales a las instituciones prestadoras de servicios de salud-IPS que la EPS designe, lo que ocasiona que el INPEC no cumpla con los traslados oportunos de las PPL afiliados al régimen contributivo, incluso los que están bajo cobertura del fondo de atención en salud, esto también ha conllevado a que el presupuesto del INPEC para traslados se aumente, cuando muchas atenciones pueden realizarse al interior de los ERON, como se evidencia en el cuadro de remisiones, con solo analizar cinco servicios que pueden ser prestados al interior de los ERON en los últimos tres años generan un costo de mil cuatrocientos noventa y cinco millones cuatrocientos sesenta mil millones de pesos (1'495.460.000.00) en el último trienio, afectando el presupuesto del instituto y vulnerando la seguridad durante los traslados por las atenciones externas en salud para las PPL.

Como se mencionó solo se realiza un análisis de cinco servicios prestados a las PPL que se encuentran bajo la cobertura del Fondo de atención en salud, A lo anterior hay que sumar treinta y cuatro mil setenta y tres autorizaciones generadas por los médicos intramurales contratados por e la Entidad fiduciaria que se suman a los del régimen contributivo que sobre pasa la capacidad que tiene el instituto para el traslado de toda esta población ya que no se cuenta con un número suficiente del cuerpo de custodia y vigilancia.

Con el dinero que se gasta en remisiones se puede contratar los especialistas por regionales para que atiendan la consulta mensual intramural generando mayor cobertura oportunidad en las atenciones en salud y al mismo tiempo maximizando el personal de cuerpo de custodia y vigilancia para otros traslados sin afectar la seguridad

B. AUMENTO DE TUTELA POR TEMAS DE SALUD

La tercerización del servicio ha generado un aumento exagerado de tutelas por salud y aumento de los costos por el número de intermediarios que participan de la operación.

AÑO	TOTAL PPL	PPL INTRAMURAL	TOTAL TUTELAS	% TUTELAS
2009	100231	75992		0%
2010	109069	84444	563	100%
2011	123286	100451	894	159%
2012	140729	113884	1313	233%
2013	151368	120032	1591	283%
2014	153998	113623	1556	276%
2015	169662	120444	1567	278%
2016	175336	118532	2414	429%
2017	178397	114750	2945	523%
2018	184371	118513	3832	681%

Fuente: Informe mensual GRUSS

En respuesta del INPEC se encuentra que se presentan tutelas en los años anotados siendo más frecuente que se presenten tutelas por temas de salud cuando el contrato de fiducia mercantil estableció, como se muestra en la siguiente tabla:

AÑO	PPL INTRAMURAL	TOTAL TUTELAS	% TUTELAS
2013	120032	1746	1,45%
2014	113623	1683	1,48%
2015	120444	1395	1,16%
2016	118532	2252	1,90%
2017	114750	3033	2,64%
2018	118513	3788	3,20%
2019		2443	

C. PÉRDIDA DE HISTORIAS CLÍNICAS:

Con la entrada de CAPRECOM EPS Dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999, CAPRECOM EPS asume la custodia de las historias clínicas; sin embargo, al retiro de la EPS, estas no fueron entregadas formalmente como lo establece la norma y a la fecha el INPEC no tiene conocimiento del estado en que se encuentran estos documentos legales; La entidad Fiduciaria contratada manifiesta que el manejo es responsabilidad del INPEC, lo que jurídicamente no es viable. A la fecha esta son gestionadas y custodiadas por personal que no tiene las competencias en el proceso de archivo, conservación y custodia de las historias clínicas como lo ordena la norma precitada.

Lo anterior es consecuencia del vacío de la norma ya que actualmente la prestación de servicios está a cargo de la contratación que realiza el consorcio fiduciario y es exclusivamente asistencial, ose la historia clínica que es documento esencial para la atención en salud hoy no es responsabilidad de nadie.

D. DETRIMENTO PATRIMONIAL POR PÉRDIDA DE EQUIPOS BIOMÉDICOS

Como se evidenció en el cuadro de equipos biomédicos se en cuentan en estado de baja e inservibles un promedio de 40 equipos biomédicos sin acortar los equipos que tiene el INPEC para el servicio de laboratorio clínico.

E. PÉRDIDA DE AMBULANCIAS

Cuando el INPEC tenía a cargo los servicios de salud tenían vehículos para el transporte de las PPL que requerían ser trasladados para el servicio médico, con la entrada del consorcio fiduciario estos fueron inhabilitados y hoy se usa las ambulancias de origen público generando.

F. COSTOS ACTUALES EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

Como se mencionó el costo total de los contratos celebrados con el CFAS ascienden a 692'854.616.133 seiscientos noventa y dos mil, ochocientos cincuenta y cuatro millones seiscientos dieciséis mil ciento treinta y tres pesos, para un periodo de 45 meses con un promedio mensual de 15.396.769.247,40 quince mil trescientos noventa y seis millones setecientos sesenta y nueve mil doscientos cuarenta y siete pesos mensuales.

COSTO POR MES SERVICIO DE SALUD	TOTAL PRESUPUESTO
15.396.769.247,40	692.854.616.133,00

Fuente: contrato fiducia mercantil 363 de 2015, 331 del 2016 y 145 de 2019

G. AUMENTO DE PPL AFILIADAS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y DE EXCEPCIÓN

Una consecuencia preocupante que dejó esta nueva normatividad es el creciente aumento de PPL que se afilió al régimen contributivo, al corte de agosto de 2020 son 6822 PPL, de quienes no se tiene conocimiento el estado de salud, o perfil epidemiológico, además se enfrenta barreras en el acceso a los servicios como la baja oportunidad en el acceso a los servicios de salud, generando un aumento de remisiones a servicios extramurales, por ende las PPL acuden a la acción de tutela para amparar el derecho a la salud, se encuentra además un alto riesgo de muerte de PPL por la no prestación y acceso a los servicios de salud; todo esto complica la situación de privación de la libertad en virtud a que ningún modelo contempló que se necesitaba un aumento de planta de personal y vehículos para transporte de internos con el fin de cumplir con las citas médicas asignadas por las diferentes IPS, sin dejar de lado que la georreferenciación no aplica al sistema penitenciario por las distancias entre las instituciones de prestación de servicios de las EPS y la ubicación de los establecimientos de reclusión.

Se encuentran afiliados al régimen contributivo 9548 y al régimen de excepción 41346 PPL, lo que en total corresponde al 7.6% y 1.1% del total de la población intramural como se resumen en la siguiente gráfica:



Fuente: mapa aseguramiento en salud INPEC 03 octubre de 2019

H. VULNERACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD:

Si bien es cierto que en la norma se define un modelo de aseguramiento que incluye al fondo, a la EPS del régimen contributivo y del excepcional, más las atenciones particulares, también es cierto que el INPEC no tiene suficientes unidades de custodia para el traslado estas PPL, este modelo de sistema de aseguramiento no aplica al sistema penitenciario, pues la modalidad genera una mayor atención extramural y al haber aumentado un 50 % la población, las unidades de custodia no son suficientes para el traslado oportuno de las PPL, con llevando a que ello no tengan acceso y oportunidad a los servicios de salud, además la atención intramural no ha tenido un seguimiento y auditorias de pertinencia adecuadas lo que genera que la atención intramural no sea más resolutive.

I. FALTA DE ACTIVIDADES COLECTIVAS CON LAS PPL POR AÑO

4 Pertenecen al Régimen de Excepción aquellas personas cotizantes o beneficiarias de las siguientes entidades: Fuerzas Militares, Policía Nacional, Profesores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio, Ecopetrol, Universidades Públicas que se acogieron a la ley 647 del 2001. Recuperado de <https://www.adres.gov.co/Inicio/-Que-Hacemos/Regimen-de-Excepcion>

Para atender este punto se acudió al Consorcio Fondo de Atención en Salud, quién según contrato de fiducia mercantil 145 celebrado con la unidad de servicios penitenciarios y carcelarios USPEC tiene la obligación en la cláusula segunda alcance del objeto: (...) 2. "Contratación de las intervenciones colectivas e individuales en salud pública, enmarcadas bajo los lineamientos que en materia de salud pública expida el Ministerio de Salud y Protección Social, así como la atención, adopción e implementación de las Guías de Manejo y Protocolos emanados por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a lo dispuesto en la Resolución 412 del 2000, todo lo anterior con la coadyuvancia que efectúe la USPEC, el INPEC y las entidades territoriales para la implementación de los lineamientos anteriormente mencionados."

Ante esta situación y con el fin de conocer el avance en el cumplimiento de esta obligación emiten como respuesta: "El Consorcio no es el responsable de realizar las Contrataciones para la realización de las intervenciones colectivas e individuales en Salud Pública, por municipio y tipo de intervención, realizadas a nivel intramural". Además, resalta una justificación normativa en donde aclara que según la ley 1122 de 2007 y las resoluciones 0518 de 2015 t 3280 de 2018 son responsabilidades de las entidades territoriales viéndose desatendido la función que le asiste al ser quienes contratan las atenciones en salud que deben complementarse con las actividades colectivas.

IV. OBJETIVO DEL PROYECTO DE LEY

Garantizar cobertura en servicios de salud al 100% de las personas privadas de la libertad bajo custodia y vigilancia del INPEC. Esto contribuirá sustancialmente a la disminución del número de tutelas presentadas, de los riesgos en seguridad e integridad del personal de custodia y vigilancia y de las PPL asociadas a los traslados y desplazamientos fuera de los EROn, optimizando los recursos económicos asignados. Y a una contribución directa en los procesos de resocialización ligados a la salud de las PPL.

V. JUSTIFICACIÓN

CONVENIENCIA DE LA INICIATIVA

1. Ventajas y beneficios de la administración de salud de primer nivel por el INPEC.

- **Prestación de servicios intramural adecuada:** actualmente la prestación de servicios de salud intramural se limita a la atención por odontología, medicina, toma de muestras, servicio farmacéutico, tampoco existe una adecuada aplicación de programas de prevención y promoción y, los demás servicios se prestan extramuralmente, lo que genera un aumento en los traslados, comprometiendo la seguridad tanto del PPL como del EROn y el funcionario; por otra parte el elevado número de urgencias que hay que remitir a IPS (porque el médico está limitado para

<p>realizar algunas atenciones intramural o en otros casos no hay medico de noche) se presta para intentos de fuga y una saturación del proceso de custodia y de las ESE, muchas de ellas no ameritan manejo por urgencias.</p> <p>Con el cambio aquí propuesto, si el INPEC se encarga de la prestación de servicios de salud intramural, se aumentaría los servicios a prestar, como ocurrió, antes de la reforma, donde como se evidenció, se prestaron todos los servicios de primer nivel. Adicionalmente, se utilizarían las áreas de laboratorio clínico y rayos X y se aplicarían los programas de prevención y promoción pues no estaría sujeto a un operador para la implementación del modelo, teniendo en cuenta que actualmente existen áreas en donde se puede instaurar el servicio de bacteriología, lo que permite una atención en salud más oportuna disminuyendo las salidas por urgencias, optimizando así la atención. Al mismo tiempo se atenderán las PPL del régimen contributivo en coordinación con las EPS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuperación de áreas y equipos: existen áreas y equipos para los servicios de bacteriología, terapias, rayos X, espacios que no están siendo utilizados y se adecuaron para esta atención, así se disminuye el número de salidas y riesgos que implican los traslados para que se presten estos servicios. • Creación del grupo de salud mental: actualmente se tiene contratada una IPS que tiene un psiquiatra que asiste una vez al mes o por periodos largos en ERON y realiza la formulación de medicamentos, al pasar al INPEC se creará un programa de salud mental con profesionales especializados así: enfermera profesional, psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, psiquiatra (por regional), así como médico para cada unidad de salud mental a cargo del INPEC, quienes realizaría programas de salud mental y apoyarían los procesos de resocialización de la PPL. • Pertinencia en la atención inicial de urgencias: con la apertura del servicio de bacteriología intramural se generaría una atención médica en salud adecuada y se podría identificar la situación real de la PPL y, de esta manera enfocar mejor el tratamiento y dar resolutivez intramural. • Se implementa el modelo de atención de salud: actualmente se espera que para la implementación del modelo, se contraten IPS u operadores, con el cambio, al contar con un grupo intramural liderado desde la dirección general (Dirección Salud), se implementaría el programa articulado con el Ministerio de salud para el desarrollo del sistema de salud penitenciario, favoreciendo la atención y resolutivez intramural. • Se aplicarán los programas: actualmente no hay programas de sustancias psicoactivas ni programas de salud pública. Con el cambio, al ser integral, se liderarían los programas para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, potencializando las comunidades terapéuticas a las cuales les falta el apoyo clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovechamiento de talento humano: en la actualidad en los establecimientos de reclusión no hay suficiente personal para la organización de las áreas de sanidad del ERON. El cambio generaría que con el personal que existe para la atención y en la planta global del INPEC, se organizaría un grupo interdisciplinario capaz de realizar la atención primaria de salud como la gestión administrativa y defensa del INPEC (estado), sin utilizar los recursos destinados para la salud, como actualmente lo hace el consorcio fiduciario. <p>De igual manera se puede contar con médicos rurales, practicantes en fisioterapia, enfermería y profesiones del área de la salud, como apoyo a los procesos de salud, lo que disminuiría sustancialmente el rubro de talento humano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprovechamiento de recursos: como se mencionó en el párrafo anterior actualmente el 10% de los recursos le corresponden al consorcio fiduciario por el manejo de los recursos, además se designan rubros para la defensa del consorcio que no incluye al INPEC, con el cambio, este rubro, se designará para la atención intramural o extramural, o compra de equipos biomédicos, disminuyendo así los costos por la administración de los recursos. • Atención oportuna de ambulancias: las ambulancias en los ERON son esenciales, debido a la ubicación de los establecimientos de reclusión y la de los espacios donde se presta el servicio de urgencias que se remiten a nivel nacional, actualmente, la respuesta de estos vehículos no es oportuna, por lo cual las PPL se trasladan en vehículos del INPEC. Como se mencionó antes el INPEC tenía vehículos (ambulancias) los cuales trasladaban oportunamente a los internos, el objetivo de este proyecto de ley es volver a contar con estos vehículos, sin dejar a un lado establecimientos de difícil acceso como Guaduas, que por su georreferenciación se beneficiaría enormemente, al contar nuevamente con el servicio de ambulancia. • Apropiación de procesos por ser de la misma institución: en el momento en que la prestación de servicios de salud recaiga sobre funcionarios propios del INPEC, se vería un mayor cuidado por lo equipos biomédicos y áreas, por otro lado al dejar de existir tantos actores intermediarios, en la prestación de servicios, se generaría una sola línea de mando y se podría dar cumplimiento a la aplicación procedimientos, lineamientos y normas dirigidas desde la Dirección general, basados en la atención integral de las PPL, sin tener en cuenta el costo en salud, pues es el mismo talento humano quien realizaría la actividad, caso contrario a lo que sucede actualmente en donde las IPS al aumentar alguna actividad generalmente solicita aumento del UPC. • La responsabilidad aplica únicamente a una institución: se ha observado que existen diferentes inconvenientes de seguridad por parte del personal de custodia y vigilancia en virtud a que el prestador de servicios de salud contratado es personal ajeno a la institución, así mismo, se dificulta el ingreso a tempranas horas. El cambio permitiría que funcionarios del INPEC capacitado para la labor intramuralmente
<p>preste un servicio que permita guardar la confidencialidad, de igual manera en el caso de que un funcionario cometa infracciones, el INPEC sería el encargado de investigar dichos casos, se ha observado que el consorcio contrata y rota el personal en diferentes cárceles, lo que han traído inconvenientes de seguridad e impunidad en materia de investigación respecto de la responsabilidad de estos contratistas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Articulación de procesos para la atención intramural por especialidades en medicina: Se puede realizar convenios con el ejército para que realicen procedimientos quirúrgicos disminuyendo las salidas del PPL. • Mayor cobertura en salud a la PPL: la atención intramural se prestará sin importar el régimen al cual se encuentra afiliado el personal privado de la libertad (contributivo, bajo la cobertura del fondo, excepcional), generando una atención universal, para tal fin transitoriamente estarían fuera del sistema pasando a ser transitoriamente del sistema penitenciario. <p>El INPEC es un sistema cerrado, diferente y especial, con dos funciones específicas: seguridad y tratamiento penitenciario, este último, no se puede desligar de la seguridad, por tal motivo la prestación de servicios de salud debería llevarse a cabo por funcionarios INPEC y no por terceros que desconocen del sistema.</p> <p>La planta del INPEC deberá adicionar especialistas como ortopedistas, psiquiatras y técnicos en rayos X, por cada regional, en virtud de la oferta y la demanda. También se utilizará ERON satélites, aprovechando aquellos que tienen áreas de rayos X altamente dotadas y de bacteriología, éstos serían los referentes o centrales para la atención, así todas las PPL serían trasladadas a estos ERON aprovechando al máximo los servicios de INPEC sin afectar los servicios en salud de la población general.</p> <p>La infraestructura es heterogénea lo que no permite la homogeneidad para ofertar los servicios, generando así, límites por los procesos de contratación con una entidad externa. Con la modificación, y la prestación de servicios a cargo del INPEC, se generarían lineamientos para la prestación de servicios de salud en los ERON con condiciones especiales, a fin de garantizar la adecuada y oportuna atención a las PPL.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestación de servicios de rayos X, los operadores no han prestado este servicio, indican que los tiempos para la contratación, cambios de infraestructura, e inscripción de los servicios para rayos X requiere de mucho tiempo. <p>Adicional a lo dicho en los puntos anteriores, la gestión del servicio de salud de primer nivel por parte del INPEC permitiría apoyar el proceso de resocialización y rehabilitación de los privados de la libertad, realizando actividades ocupacionales con las imprentas ubicadas en los ERON a nivel del país.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de costos en salud mental: teniendo en cuenta la experiencia en la atención al privado de la libertad mediante la estrategia de comunidades terapéuticas, se busca fortalecer los equipos interdisciplinarios garantizando la continuidad, oportunidad, pertinencia y aprovechamiento de los espacios físicos destinados para el tratamiento de PPL con trastornos del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas. • Atención integral e integrada: esto se lograría de manera individual y colectiva para las PPL, mejorando la relación entre el médico y la familia, generando mecanismos o grupos interdisciplinarios para poder brindar la atención que el PPL requiere, se crearán grupos de gestores de caso, con el fin de garantizar la continuidad de la atención en salud. • Información oportuna eficaz y eficiente: sistematizando el servicio de salud. • Implementación del modelo de atención en salud, con las características propias penitenciarias y carcelarias, para lo cual se deberá tener en cuenta inicialmente la atención centrada al privado de libertad, y deberá evolucionar a una atención centrada en la comunidad. • Creación de lazos de confianza en el sistema de salud penitenciario y carcelario: el acceso garantizado a los servicios de salud intramural, disminuirá los traslados y así se aprovechará eficientemente los recursos tanto físicos como humanos de INPEC, adicionalmente, se fortalecerá el proceso de resocialización de las PPL, dando alcance real al fin último de la pena que implica privación de la libertad. <p>Finalmente, es pertinente recordar lo que llevó al gobierno de turno, a crear mediante escisión a la USPEC en el 2011, valga decir, “para afianzar el cumplimiento de los mandatos del Estado Social y Democrático de Derecho, relacionados con el respeto a la dignidad humana y el ejercicio de los derechos fundamentales de la población privada de la libertad en los establecimientos de reclusión” no se ha cumplido, casi 10 años después, lo que se evidencia es un detrimento en la prestación del servicio y un gasto excesivo de recursos de la nación, sin resultados favorables, como se ha demostrado a lo largo de la exposición de motivos.</p> <p>Para dimensionar la magnitud de tal incumplimiento, el estado de cosas inconstitucional en el sistema penitenciario y carcelario ha sido el único en Colombia declarado en dos oportunidades, en las sentencias T-153 de 1998 y T-388 de 2013, y reiterado, a través de la sentencia T-762 de 2015, esta última cuando ya existía la USPEC. Esta figura, que evidencia una situación dramática y colectiva de violación de derechos humanos, sólo ha sido declarada en el caso del desplazamiento, de las víctimas del conflicto armado en este país.</p> <p>VI. CONFLICTO DE INTERESES. El artículo 3° de la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019 modificó parcialmente la ley 5ª de 1992, entre ellos el artículo 291 que reza:</p>

<p>Artículo 291. Declaración de impedimentos. El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo al artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar.</p> <p>En concordancia con lo anterior, como autor de este proyecto de ley describo a continuación las posibles circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés a los honorables congresistas en la discusión y votación del mismo. Y, recordando además, que como lo dice el citado artículo 291, operarían como criterios guías para que los congresistas tomen una decisión, pues como reza el artículo 286 citado, todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones, y en cumplimiento de este mandato, podrían, a su criterio, encontrarse inmersos en otras causales de las aquí descritas. Es decir, las posibles causales aquí expuestas no exonera al congresista del deber de identificar causales adicionales.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El o la congresista que de manera particular, actual y directa podría beneficiarse en razón de tener en situación de reclusión carcelaria o privado de la libertad a su cónyuge, compañera o compañero permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil. 2. El o la congresista, que de manera particular, actual y directa podría beneficiarse en razón de tener su cónyuge, compañera o compañero permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil una relación laboral o contractual con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) o con la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) directamente relacionado con los servicios de salud intramural y extramural que se prestan a los reclusos y personas privadas de la libertad. <p>Bajo las anteriores consideraciones resulta conveniente y necesario que se dé trámite y aprobación a esta propuesta de proyecto de ley que atiende a una necesidad sentida de las personas privadas de la libertad, sus familiares y de los mismos trabajadores y trabajadoras del INPEC.</p> <p>Cordialmente,</p>  <p>WILSON NEBER ARIAS CASTILLO Senador de la República Polo Democrático Alternativo</p>	<p style="text-align: center;">SECCIÓN DE LEYES</p> <p style="text-align: center;">SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES</p> <p>Bogotá D.C., 11 de Agosto de 2021</p> <p>Señor Presidente:</p> <p>Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No.144/21 Senado “POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA EL ARTÍCULO 66 DE LA LEY 1709 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”, me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por el Honorable Senador WILSON NEBER ARIAS CASTILLO. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión PRIMERA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.</p> <p>GREGORIO ELJACH PACHECO Secretario General</p> <p>PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – AGOSTO 11 DE 2021</p> <p>De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión PRIMERA Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.</p> <p>CÚMPLASE</p> <p>EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA</p> <p>JUAN DIEGO GÓMEZ JIMÉNEZ</p> <p>SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA</p> <p>GREGORIO ELJACH PACHECO</p>
---	---

NOTAS ACLARATORIAS

NOTA ACLARATORIA A INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 109 DE 2021 SENADO

por medio de la cual se ordena a los establecimientos bancarios facilitar el acceso a los servicios de microcrédito a las poblaciones de escasos recursos que no han tenido acceso a los mismos con el debido acompañamiento en materia de educación financiera.

<p style="text-align: center;">NOTA ACLARATORIA</p> <p>Se deja constancia que el Proyecto de ley número 109 de 2021 Senado “POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA A LOS ESTABLECIMIENTOS BANCARIOS FACILITAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE MICROCRÉDITO A LAS POBLACIONES DE ESCASOS RECURSOS QUE NO HAN TENIDO ACCESO A LOS MISMOS CON EL DEBIDO ACOMPAÑAMIENTO EN MATERIA DE EDUCACIÓN FINANCIERA”. Se publicó el informe de ponencia para primer debate, según consta en Gaceta del Congreso número 1067 de 2021, por lo tanto, se ordena nuevamente su publicación, y de esta forma se corrige formalmente cual vicio de procedimiento a dicho proyecto. De conformidad con el proveído del artículo 2° de la Ley 5ª de 1992. De esta forma se indica que la publicación corregida se encuentra en la Gaceta del Congreso número 1099 de 2021.</p>	<p>CONTENIDO</p> <p>El presente informe de ponencia tiene el siguiente contenido:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trámite del proyecto de ley. 2. Objeto y contenido del Proyecto de ley. 3. Justificación del Proyecto de ley 4. Marco jurídico del proyecto de ley. 5. Antecedentes normativos. 6. Proposición. 7. Texto que se propone para primer debate en la comisión tercera constitucional de la cámara de representantes para primer debate del proyecto de ley N°109/2021 cámara. <p>1. TRÁMITE DEL PROYECTO DE LEY</p> <p>El presente Proyecto de Ley fue radicado el día 3 de agosto de 2021 por los Honorables Senadores: Efraín José Cepeda Sarabia, Juan Diego Gómez Jiménez, Myriam Alicia Paredes Aguirre, Miguel Ángel Barreto Castillo, Nora María García Burgos, Javier Mauricio Delgado Martínez, Soledad Tamayo Tamayo, Juan Samy Merheg Marín, Daira De Jesús Galvis Méndez, Armando Alberto Benedetti Villanada, Esperanza Andrade Serrano, Laureano Augusto Acuña Díaz.</p> <p>Honorables Representantes: Armando Antonio Zabarain, Yamil Hernando Arana, Nicolás Albeiro Echeverry Alvarán, Buenaventura León León, José Éiver Hernández, Ciro Antonio Rodríguez, Jaime Felipe Lozada Polanco, Juan Carlos Rivera Peña, Diela Liliana Benavides Solarte, Juan Carlos Wills Ospina, José Gustavo Padilla Orozco, Félix Alejandro Chica Correa, Alfredo Ape Cuello Baute, Emeterio José Montes De Castro, German Alcides Blanco, María Cristina Soto De Gómez, Alonso Del Río Cabarcas, Cesar Augusto Lorduy Maldonado, Martha Villalba Hodwalker, Elizabeth Jay-Pang Díaz, Hernando Guida Ponce, Karen Violette Cure Corcione, Milene Jarava Díaz, Eloy Chichi</p>
--	--

<p>Quintero Romero, Wadith Alberto Manzur Imbett, José Eliecer Salazar, Jorge Enrique Burgos, Salim Villamil Quessep, Carlos Mario Farelo Daza, Nidia Marcela Osorio Salgado, Christian José Moreno Villamizar, Felipe Andrés Muñoz Delgado.</p> <p>El día 19 de agosto de 2021 fueron designados como ponentes del proyecto de ley los Honorables Senadores Efraín José Cepeda Sarabia y Ciro Alejandro Ramírez Cortés.</p> <p>2. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY.</p> <p>El objeto del presente proyecto de ley es que los establecimientos bancarios facultados para adelantar la actividad financiera ofrezcan microcréditos en condiciones preferenciales para la creación y/o mejora de micro y pequeñas empresas.</p> <p>El proyecto de ley consta de 11 artículos, incluyendo la vigencia, serán explicados de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 1°: Da el alcance el objeto del presente proyecto de ley, dado que busca que ofreciendo microcréditos en condiciones preferenciales se estimula el acceso al crédito de la población de escasos recursos para que sirva como generador de empleo. • Artículo 2°: Propone los toques mínimos de colocación que realizarán los establecimientos de crédito, este es de 5% con respecto a su presupuesto anual de colocación, del cual por lo menos el 50% deberá ser dirigido a los estratos 1, 2 y 3 de la población; este artículo cuenta con 4 párrafos, el primero abre la posibilidad a que la colocación se realice de manera directa o a través de instituciones, establecimientos, organizaciones o similares. El segundo párrafo da un periodo de 3 años a partir de la entrada en vigencia de esta ley, teniendo así un periodo de transición para el incremento de colocación, durante el primer año será 1% adicional, en el segundo y tercer año 2% adicional, completando así 5%. El tercer párrafo otorga a la Superintendencia Financiera de Colombia la responsabilidad de supervisar el adecuado desembolso de recursos a las poblaciones caracterizadas en el mismo artículo. El cuarto párrafo da la orden 	<p>que sea el Fondo Nacional de Garantías el garante de estos microcréditos por un mínimo del 60% del monto solicitado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 3°: Este artículo aclara que los deudores podrán realizar abonos a capital de su deuda en cualquier momento, así mismo el presente artículo cuenta con un párrafo expresando que en caso no realizar ese pago al abono NO habrá lugar a cobro de cláusula penal o comisiones. • Artículo 4°: El presente artículo establece que no habrá costo para el trámite que otorgue el microcrédito. • Artículo 5°: Este artículo aclara que el Gobierno Nacional por medio de la Superintendencia Financiera realizará seguimiento al crecimiento de la cartera de microcréditos, todo para las acciones del sector financiero sean acordes a lo estipulado en el segundo artículo del presente proyecto. • Artículo 6°: El presente artículo establece que, al momento de otorgar un microcrédito, esto irá acompañado de un servicio especial de educación financiera y asistencia técnica, con esto buscamos garantizar que los recursos del crédito serán bien invertidos; el único párrafo de este artículo comenta que se contará con apoyo de equipos técnicos del SENA y otras entidades que se consideren pertinentes, esto con el fin de que microempresarios tengan algún tipo de educación financiera como finanzas, inversión de capital físico, competitividad entre otros. • Artículo 7°: El presente artículo dispone que el Gobierno Nacional debe formular políticas que promuevan un crecimiento sostenible para el producto de microcrédito, así mismo deben fomentar la competencia entre intermediarios financieros, determinar posible presencia de fallas de mercado que obstaculicen el acceso al mercado financiero; el único párrafo de este artículo establece que el Gobierno reglamentará incorporación de estímulos e incentivos para que el sistema financiero coloque recursos importantes en la modalidad de microcrédito. • Artículo 8°: El presente artículo establece que el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Educación promoverá la educación económica y financiera en todos
<p>los niveles de educación primaria, secundaria – media y superior; el párrafo del presente artículo establece que la implementación de este tipo de educación será de tipo transversal en el pensum de colegios y universidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 9°: El artículo noveno del presente proyecto busca que los establecimientos financieros de carácter privado estén en la obligación a desarrollar y ofertar anualmente un programa especial de educación económica y financiera para que esto facilite información previa, veraz y suficiente a los posibles clientes de servicios financieros, esto como requisito antes de la contratación de cualquier producto o servicio. • Artículo 10°: El artículo décimo establece que se crearán centros de Dinamización Financiera para MiPyMes, esto con el fin de impulsar inclusión financiera; el primero de los tres párrafos presentes en este artículo establece que la dirección de este programa estará a cargo del Ministerio de Comercio Industria y Turismo, así mismo establece que los centros de los cuales trata el presente artículo proveerán servicios y contemplaran en su capital humano la vinculación de practicantes universitarios. El segundo párrafo establece que los Centros de Dinamización brindarán asesoría y acompañamiento en temas de bancarización, formalización e inserción productiva; El tercer párrafo establece que será tenido en cuenta el concepto que estos Centros otorguen sobre cada solicitante durante el procedimiento de estudio del microcrédito. • Artículo 11°: Este artículo trata la vigencia de la presente ley y deroga las disposiciones que le sean contrarias. <p>3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE LEY</p> <p>Pandemia provocada por el COVID-19 y sus efectos sobre las empresas</p> <p>Los efectos económicos y sociales derivados de la pandemia por Covid-19 han sido devastadores para los ciudadanos y el tejido empresarial. Por ejemplo, para junio del</p>	<p>2021 "el 53,4% de las personas jefes de hogar y sus cónyuges en las 23 ciudades y áreas metropolitanas afirmó que la situación económica de su hogar era peor en comparación con la vivida 12 meses atrás, y para el 33,9% era igual. Así mismo, para el 45,5% la situación económica del hogar será igual dentro de 12 meses, mientras que para el 27,7% será mejor"¹. Lo anterior demuestra que la situación económica de los ciudadanos sigue deteriorándose después de más de un año de haber declarado la emergencia económica.</p> <p>De igual manera, según los datos oficiales de desempleo más recientes, el Dane evidenció que, para mayo del presente año, el país aún presenta una tasa de desempleo a nivel nacional de 15,6%. En cuanto a desempleo por regiones, se tiene que, por ejemplo en la región caribe, durante el trimestre móvil de marzo a mayo de 2021, "Riohacha registró la tasa de desempleo más alta (21,2%) mientras que Barranquilla A.M. presentó la menor (10,7%)"².</p> <p>Sobre datos específicos de desempleo con respecto a micro, pequeñas y medianas empresas, ACOPI expresa lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ "el 50,0% de las Pymes disminuyeron su empleo en 2020 con relación al 2019, un 35,0% lo mantuvo y un 15,0% lo aumentó". ◆ "Las empresas que tuvieron el peor comportamiento en la evolución del empleo en 2020 fueron las pequeñas con un -36,0%, seguidas de las micro con un -34,6% y finalmente las medianas con un -34,5%." <p>Sumado al flagelo del desempleo, la situación de los ciudadanos colombianos se ve empeorada por las altas tasas de informalidad en el país. Sobre esto, el DANE demostró que, del total de las personas ocupadas, el 48,3% se encuentran trabajando desde la</p> <p>¹ DANE, encuesta de pulso social – Décimo segunda ronda, junio 2021, tomado de: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/pulso-social/comunicado-pulso-social-junio-2021.pdf</p> <p>² DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares, mayo 2021. Tomado de: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/pres_web_empleo_resultados_may_21.pdf</p>

informalidad. Lo anterior significa un aumento de 1,5p.p. con respecto a lo visto en el mes de mayo del año 2020.

De otra parte, uno de los sectores que, sin duda, se ha visto mayormente impactado por los efectos negativos de la pandemia son las MIPYMES; sector que representa el 90% de las empresas del país, con un total de 2.540.953 MIPYMES para el mes de septiembre de 2020, según Colombia Fintech³. Además, éstas tienen en su cabeza la producción del 30% del PIB y emplean más del 65% de la fuerza laboral nacional. Es importante mencionar que, de este grupo, las Microempresas para el año 2020 generaron 2.021.203 de empleos según el cruce de RUES y PILA.

Como se mencionó, el impacto de la pandemia provocada por el Covid -19 para las MIPYMES ha sido devastador. Sobre esto, ACOPI el día 27 de julio de 2021 publicó un informe en el que encuestó a 1342 micro, pequeñas y medianas empresas colombianas⁴ y en el cual, se resaltan importantes conclusiones, entre ellas las siguientes:

- “El 68,7% de las empresas encuestadas estima que ha visto reducidas sus ventas en 2020 con relación al 2019 como consecuencia de la crisis, mientras que el 16,4% consiguió mantenerlas y un 15% las aumentó.”
- “El mayor impacto en la caída de las ventas en 2020 se ha experimentado en las microempresas, donde el 57,0% de las empresas redujeron sus ventas”.
- “Las empresas medianas son las que en mayor medida han elaborado planes específicos para gestionar sus riesgos frente a las pequeñas y las microempresas, siendo inquietante la diferencia tan amplia entre cada tamaño empresarial, las empresas que más han cancelado las inversiones previstas han sido las micro”.

³ “El 62% de las pymes colombianas no tiene acceso a financiamiento”, Colombia Fintech, septiembre 2020. Tomado de: <https://www.colombiafintech.co/novedades/el-62-de-las-pymes-colombianas-no-tiene-acceso-a-financiamiento>

⁴ “Impacto de la pandemia por covid-19 sobre las MIPYMES en Colombia, ACOPI, julio 2021, tomado de: <https://www.acopi.org.co/estudio-impacto-de-la-pandemia-covid-19-en-las-mipymes-colombianas/>

- “Estar acogido a un subsidio o apoyo del gobierno es un factor relevante que explica diferencias de comportamiento, las empresas acogidas a un subsidio o apoyo por el Covid 19 son las que se han visto más afectadas en sus actividades estratégicas, en especial, en que han tenido que adoptar más medidas para gestionar la liquidez en su empresa”.

Se evidencia que existe una crisis para las MIPYMES del país. El informe evidencia que una de las ayudas más importantes es la posibilidad de acceso a productos financieros que realmente tengan como fin apoyar a este segmento empresarial, con el fin de poder apalancar las inversiones previstas, tener liquidez, etcétera.

Sobre lo anterior, el acceso a la financiación de las MIPYMES es un elemento sujeto a mejorar. Al respecto, el informe publicado por ACOPI tiene el siguiente dato estadístico, “el 36,7% de las Pymes han solicitado líneas de financiación de entidades de crédito, mientras que el 17,4% no han realizado la solicitud porque no lo necesitan y el 18,8% no lo han solicitado porque se autofinancian. Por otra parte, el 27,1% declara que no han intentado acceder a líneas de financiación pese a necesitarlo porque creen que no lo conseguirían, es decir, se autorranconan porque están desanimadas”. En el siguiente cuadro, ACOPI ilustra en buena forma esta información⁵:

⁵ Ibid.

Tabla 7.1
Financiación de la empresa
Tamaño de la empresa

	Micro	Pequeñas	Medianas	Sig.
Panel A. Solicitud de financiación				
Si, la empresa ha solicitado financiación (%)	30,7	43,2	47,3	***
No, porque la empresa no está invirtiendo y no la necesita (%)	17,5	19,6	12,0	
No, porque la empresa se está autofinanciando y no la necesita (%)	17,9	15,2	30,5	
No, porque pese a necesitarla la empresa teme no obtenerla (%)	33,8	22,0	10,2	
Panel B. Acceso a la financiación				
Se le han concedido con las mismas condiciones que en años anteriores (%)	23,6	31,3	55,3	***
Se le han concedido, aunque las condiciones se han endurecido (%)	26,6	40,5	25,0	
No han querido concederles la financiación (%)	34,5	19,0	6,6	
Se le han concedido, pero la empresa no la ha aceptado porque las condiciones se han endurecido (%)	9,1	3,7	2,6	
Está en trámite (%)	5,9	5,5	10,5	

Chi-Cuadrado de Pearson.
Diferencias estadísticamente significativas: (*) p<0,1; (**) p<0,05; (***) p<0,01; (-) no significativa

De otra parte y con respecto a las condiciones de endeudamiento crediticio, el Banco de la República durante la pandemia redujo la tasa de interés de intervención, pasando de 4,25% a 1,75%. Sin embargo, esto no fue totalmente reflejado por el sector financiero dado que, según el informe de ACOPI, el 31,3% de los créditos otorgados por las entidades crediticias fue en condiciones menos beneficiosas que antes de la ocurrencia de la pandemia.

De igual forma, se debe tener en cuenta que el tamaño de la empresa es un factor determinante para la entidad crediticia al momento de otorgar un crédito, dado que esto está asociado al volumen de la financiación, gastos o comisiones exigidas, garantías y avalués, inclusive el tiempo en el cual se resuelve la solicitud del préstamo. Según ACOPI,

las microempresas, frente a las pequeñas y medianas empresas son las que reciben menos volumen de financiación de lo solicitado.

Tasas de interés para microcréditos y monto de cartera para el sector financiero

Por su parte, las tasas de interés para el producto de microcréditos son publicadas por la Superintendencia Financiera de Colombia⁶, quien ha evidenciado que, actualmente 15 establecimientos de crédito, entre ellos 8 bancos y 7 cooperativas financieras tienen la tasa efectiva anual promedio de 36,37% E.A., con corte al 16 de julio de 2021. Asimismo, la tasa de interés más alta, que es de 54,13% E.A., es cercana a la tasa de usura, la cual fue determinada en 57,21% E.A., para el mes de julio. Lo anterior, evidencia una situación preocupante para los clientes del producto de microcrédito, con una tasa de interés tan alta se desincentiva el acceso a este producto financiero.

Otra variable adicional que se tiene es la colocación de los microcréditos en la cartera del sector financiero. Como lo demuestra la tabla siguiente, la tasa de colocación de los microcréditos es demasiado baja. El porcentaje de la cartera total para los microcréditos es de tan solo 2,54%. Sin embargo, el porcentaje de cartera para los productos comerciales es de 51,23%, lo que significa una diferencia de 48,60% - un aproximado de 255 billones de pesos.

⁶ Tasas efectivas anuales, julio 2021. Tomado de: <https://www.superfinanciera.gov.co/inicio/simulador-y-tarifas-de-servicios-financieros/tasas-de-interes/tasas-de-interes-activas-por-modalidad-de-credito-61298>

TIPO DE PRODUCTO	MONTO TOTAL DE CARTERA	PORCENTAJE QUE REPRESENTA EL PRODUCTO EN LA CARTERA TOTAL	MONTO CARTERA VENCIDA	PORCENTAJE CARTERA VENCIDA	PROMEDIO DE TASA DE INTERÉS %E.A
MICROCRÉDITO	13.300.000.000.000	2,54%	1.020.000.000.000	7,67%	40,22%
COMERCIAL	268.200.000.000.000	51,23%	12.300.000.000.000	4,59%	14,23%
CONSUMO	159.900.000.000.000	30,54%	10.500.000.000.000	6,57%	18,28%
HIPOTECARIA	82.100.000.000.000	15,68%	3.070.000.000.000	3,74%	10,34%
TOTAL	523.500.000.000.000	100%	26.890.000.000.000	5,14%	-

Fecha de información: 16 abril 2021. Fuente: Superintendencia Financiera de Colombia - Asobancaria

Si logramos aumentar la colocación de microcréditos no se desincentiva la colocación en otro tipo de productos, estamos hablando de aumentar el monto de colocación pasando de 13.3 billones a casi 26 billones de pesos, esto no solo significa un auxilio en temas de reactivación económica sino también posibles beneficios para el sector financiero crediticio.

Propuesta para generar una política de mayor cobertura, colocación y sostenibilidad de microcréditos

- **Población**

Con esta propuesta se busca beneficiar a la población perteneciente a los estratos 1, 2 y 3 debido a que cuando estas personas necesitan recursos para iniciar o mejorar su negocio y acuden a las entidades financieras, se les niega las oportunidades de financiamiento, en la mayoría de los casos por su **escasa capacidad de endeudamiento, falta de antigüedad en el sistema financiero y antecedentes negativos de comportamiento frente al uso de productos financieros.**

Una de las principales determinantes de la dificultad de acceso al sistema financiero para los colombianos emprendedores deriva de la **falta de colateral para respaldar el préstamo**; las entidades financieras lo establecen como una forma de seleccionar a los

clientes del crédito, y a su vez, para disminuir el riesgo de no pago por parte de estos últimos. Del mismo modo, los costos operativos en los que incurre el banco al otorgar microcréditos a las personas de bajos ingresos son muy altos, de manera que este sector de la población no resulta atractivo para las entidades.

Otra problemática que se ha identificado y que se busca solucionar es que **el dinamismo en la oferta y colocación de microcréditos, parecería estar asociado al empeoramiento de indicadores macroeconómicos del país:** "En la medida en que el desempleo aumenta, también sube el saldo de microcrédito, porque precisamente todos estas personas se acercan a la industria para solicitar apoyo y compensar esa disminución de ingresos" según expresó Dairo Estrada, investigador principal del Banco de la República en entrevista concedida a la revista Dinero.⁷ **Esta situación estaría generando una aparente "Oferta suficiente", en materia de acceso, sin estimar los resultados en materia de estabilidad, buen manejo de los recursos, proyectos productivos de alto impacto, generación de empleo, y permanencia en el sistema financiero de quienes acceden al producto microcrediticio, entre otros problemas.**

- **Problemática del Gota a Gota**

Del mismo modo, con este Proyecto de Ley se busca que estas personas que no pueden acceder a un crédito formal, no terminen recurriendo a los préstamos informales, conocidos como "gota a gota", que manejan tasas de interés mucho más altas en comparación con las de los créditos formales. De hecho, Andrés Mauricio Ramírez, director de Transformación Digital e Inclusión Financiera de Asobancaria afirma que los préstamos gota a gota pueden otorgarse con tasas que van desde 700% efectivo anual. De igual forma, Ramírez sostiene que las personas optan por este tipo de créditos debido al alto nivel de informalidad en la economía colombiana; de acuerdo con el DANE, el

⁷ <https://www.dinero.com/edicion-impresa/pais/articulo/entidades-de-microcredito-combaten-prestamos-ilegales/256345>

porcentaje de la población que trabajó de manera informal en 23 ciudades del país durante el último trimestre del 2018 se ubicó en 48.1%.

Sumado a esto, Alejandro Vera, vicepresidente técnico de Asobancaria manifestó que el problema de los préstamos gota a gota también se relaciona con la baja inclusión financiera y la falta de educación financiera en el país; en la mayoría de los casos, las personas desconocen que la Superintendencia Financiera establece porcentajes máximos que pueden cobrar los establecimientos de crédito que conceden préstamos, lo que se conoce como Tasa de Usura.

Para el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2021 y 31 de agosto de 2021 la tasa de usura para el producto de Microcrédito se ubica en 57,21% E.A, mientras para el crédito de consumo se ubicó en 25,86% E.A. No obstante, las tasas de interés que manejan los créditos gota a gota superan los toques establecidos por la Superintendencia Financiera debido a que las estructuras que los ofrecen no se encuentran reguladas por dicha entidad y, por lo tanto, la modalidad de estos créditos es una actividad ilegal.

Por otro lado, quienes acceden a este tipo de créditos son principalmente mujeres cabeza de familia, comerciantes, taxistas y campesinos, y es común que estos sean ofrecidos en centrales de abasto, plazas de mercados y los denominados sanandresitos (Semana, 2019). Sin embargo, en las diversas regiones del país es usual que las personas encargadas de cobrar las cuotas de los créditos vayan directamente a los lugares de residencia de los clientes. En la mayoría de los casos ante el incumplimiento del pago se hace uso de la violencia por medio de amenazas y lesiones personales, asimismo, se presentan casos de estafa y homicidios.

Según la Policía Nacional y la Fiscalía General de la Nación, la modalidad del gota a gota pone en circulación entre 2.500 y 3.000 millones de pesos cada día en por lo menos 181 municipios del país. Lo más grave es que son las bandas criminales quienes tienen el control de este negocio en las principales ciudades del país. De hecho, se ha encontrado que son colombianos quienes se han encargado de extender el negocio de los préstamos

gota a gota a otros países latinoamericanos como Argentina, Chile, Perú, Brasil, Bolivia, Panamá y México, a través de redes de las mismas bandas criminales que controlan los negocios de narcotráfico.

- **Sector**

Por otro lado, se debe priorizar la oferta de microcréditos en las zonas donde podrían generar un mayor impacto en la población, es el caso del **sector rural**. Gran parte de la población en estas zonas es de escasos recursos y no tienen acceso al sistema financiero, de manera que, mediante el aumento de la oferta de microcréditos se pueden generar oportunidades para el pequeño campesino del país, y a su vez, se contribuya a aumentar el potencial de la actividad agropecuaria, objetivo fundamental de la nación en los últimos años y en especial, en el marco de la recuperación social y económica de territorios antiguamente victimizados por el conflicto armado.

- **Microempresas**

Por otro lado, se habla de microempresas en general, y de acuerdo a la definición que de ellas hace el artículo 2.2.1.13.2.2. del decreto 1074 de 2015, donde se clasifican los tipos de empresa dependiendo los ingresos anuales por actividades ordinarias y el sector al cual hacen parte de la siguiente manera:

Actualmente los recursos destinados a la colocación de microcréditos no están claramente delimitados a personas en condiciones de pobreza, por lo que no se cumpliría con el objetivo de erradicación de la miseria y mejoramiento de la calidad de vida de las personas menos favorecidas, quienes engrosan las filas de la alta tasa de informalidad laboral en el país y acuden al *Gota a Gota* para suplir los vacíos del sector financiero en materia de educación e inclusión financiera, todo lo cual nos lleva a diseñar un nuevo marco normativo que disminuya los obstáculos de acceso al microcrédito en el sector formal para las personas de estrato 1, 2 y 3 en Colombia y quienes actualmente.

• **Nuestra Propuesta frente a entidades bancarias del sector privado**

Las utilidades de las entidades bancarias privadas en el 2020 ascendieron a \$55 billones de pesos (Informe de la Superintendencia Financiera, Febrero 2021). Este hecho y la Responsabilidad Social Empresarial deberían ser incentivos para que dichas entidades diseñen estrategias para disminuir los costos operativos que recaen sobre el cliente de bajos recursos, es decir, que este último asuma el costo del microcrédito a la tasa de interés fijada, pero se le exonere del pago de los costos de comisiones o el IVA, y sea la entidad bancaria la que los asuma.

La propuesta del presente Proyecto de Ley busca imponer la obligación a las entidades bancarias de destinar al menos 5% del total de su presupuesto de colocación, para otorgar microcréditos para las personas de estratos 1, 2 y 3 y zonas rurales que tengan ideas de emprendimiento claras y viables, y para aquellas que buscan invertir en su negocio. En ese sentido, la oferta de microcréditos debe realizarse de manera responsable y estableciendo ciertos criterios de selección; como un estudio previo del proyecto en el cual se destinarán los recursos del crédito. Del mismo modo, con el apoyo del SENA y entidades como la Banca de las Oportunidades se debería complementar el financiamiento con acompañamiento técnico en Educación Financiera y uso eficiente de los recursos para maximizar la inversión.

4. MARCO JURÍDICO DEL PROYECTO DE LEY.

El Congreso de la República ha legislado en aras de diseñar normas para la formalización y generación del empleo de tal manera que aumenten los beneficios y disminuyan los costos de formalizarse. Así mismo, el Ministerio del trabajo ha formulado estrategias para solucionar el problema de informalidad. Lo anterior, se evidencia en el siguiente cuadro:

NORMA	DESCRIPCIÓN
Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014	Competitividad y crecimiento de la productividad a través de la formalización
Ley 1429 de 2010	Por la cual se expide la Ley de Formalización y Generación de Empleo.
Decreto 489 de 2013	Pequeñas empresas pueden renunciar al beneficio de no aportar a las cajas de compensación
Decreto 721 de 2013	"Por medio del cual se reglamenta el numeral 4° del artículo 7° de la Ley 21 de 1982 y se regula la afiliación de los trabajadores del servicio doméstico al Sistema de Compensación Familiar"
Decreto 2616 de 2013	Por medio del cual se regula la cotización a seguridad social para trabajadores dependientes que laboran por períodos inferiores a un mes, se desarrolla el mecanismo financiero y operativo de que trata el artículo 172 de la Ley 1450 de 2011 y se dictan disposiciones tendientes a lograr la formalización laboral de los trabajadores informales.
Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018	Objetivo 3. Aumentar la formalización y generación de empleo
Decreto 567 de 2014	Por el cual se estructura la Red Nacional de Formalización Laboral y se dictan otras disposiciones.
Red Nacional de formalización laboral	Estrategia de coordinación institucional, que tiene por finalidad garantizar la consolidación del trabajo decente, la cobertura en seguridad social para todos y el desarrollo de las políticas activas de empleo, a través de la promoción, capacitación, orientación, acompañamiento, seguimiento y control de los proyectos y actividades orientadas a la formalización laboral de los trabajadores en Colombia
Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022	Artículo 252 (NUEVO) OPRACIONES FINAGRO. Adiciónese los numerales 6 y 7 al artículo 10 de la Ley 16 de 1990 modificado por el artículo 4° del decreto 2371 de 2015 e incorporado en el artículo

230 del estatuto orgánico del sistema financiero, el cual quedará así:
ARTÍCULO 10. OPERACIONES FINAGRO.
6. Transferir recursos al fondo de microfinanzas rurales hasta en un 20% de su patrimonio técnico conforme a las directrices de su junta directiva.
7. Realizar operaciones de redescuento con entidades microfinancieras no vigiladas por la superintendencia financiera de Colombia, sujeto a los límites aplicables a las cooperativas de ahorro y crédito vigiladas por la superintendencia de economía solidaria y a los límites aplicables a las cooperativas de ahorro y crédito vigiladas por la Superintendencia de Economía Solidaria y a las operaciones que en desarrollo de este artículo reglamente la Comisión nacional de crédito agropecuario. La junta directiva de Finagro autorizará los cupos a cada entidad previo estudios de riesgos realizados por Finagro a cada entidad no vigilada.

Por último, Colombia, siendo un Estado Social de Derecho, trae consigo responsabilidades y obligaciones que responden a la libre competencia y el libre mercado. De acuerdo con jurisprudencia de la Corte Constitucional de Colombia y la misma Constitución Política, es importante tener en cuenta lo siguiente sobre la posibilidad de intervención estatal en este respecto:

- El quinto inciso del artículo 333 de la Constitución Política de Colombia dicta: "La ley delimitará el alcance de la libertad económica cuando así lo exijan el interés social, el ambiente y el patrimonio cultural de la Nación".
- La sentencia C-043/98 expresa "en un Estado social de derecho donde el poder público asume responsabilidades tales como la dirección general de la economía, el

mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes y la regulación, el control y la vigilancia de los servicios públicos, la libre iniciativa privada no puede erigirse como un derecho absoluto ni como un obstáculo insuperable para la actividad de intervención del Estado".

Por lo cual, se encuentra ajustado a la Constitución Política, norma máxima de Colombia y jurisprudencia, el objeto de la presente proposición, entendiendo el marco de reactivación económica actual.

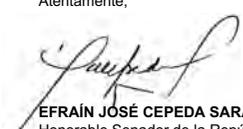
5. ANTECEDENTES NORMATIVOS.

Un antecedente normativo muy importante cuyos resultados fueron exitosos e inspiran el presente proyecto de ley, es el consagrado en la Ley 546 de 1999, en particular la obligación establecida en el artículo 28 de la mencionada Ley, en el siguiente sentido: "OBLIGACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE CRÉDITO DE DESTINAR RECURSOS A LA FINANCIACIÓN DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL. Las entidades financieras deberán destinar anualmente, durante los cinco (5) años siguientes a la vigencia de la presente ley, como mínimo el veinticinco por ciento (25%) del incremento de la cartera bruta de vivienda, al otorgamiento de crédito para financiar la construcción, mejoramiento y adquisición de vivienda de interés social."

Vemos como a través de una Ley de la República se establece una obligatoriedad a las entidades financieras de destinar determinado porcentaje para el financiamiento de la construcción, mejoramiento y adquisición de vivienda de interés social. Lo cual en principio generó malestar dentro del sistema financiero, pero al final tuvo resultados positivos para el país.

6. PROPOSICIÓN.

Considerando lo expuesto anteriormente, presentamos ponencia **POSITIVA** y se propone a esta honorable comisión constitucional **APROBAR** en primer debate el proyecto de ley 109 de 2021 senado "Por medio de la cual se ordena a los

<p>establecimientos bancarios facilitar el acceso a los servicios de microcrédito a las poblaciones de escasos recursos que no han tenido acceso a los mismos con el debido acompañamiento en materia de educación financiera”.</p> <p>7. TEXTO QUE SE PROPONE PARA PRIMER DEBATE EN LA COMISIÓN TERCERA CONSTITUCIONAL DEL SENADO DE LA REPÚBLICA</p> <p style="text-align: center;">Proyecto de ley 109/2021 Senado</p> <p style="text-align: center;"><i>“Por medio de la cual se ordena a los establecimientos bancarios facilitar el acceso a los servicios de microcrédito a las poblaciones de escasos recursos que no han tenido acceso a los mismos con el debido acompañamiento en materia de educación financiera”.</i></p> <p style="text-align: center;">El Congreso de la República</p> <p style="text-align: center;">DECRETA:</p> <p>Artículo 1º. Con el fin de estimular el acceso al crédito de la población de escasos recursos para que sirva como generador de empleo, los establecimientos bancarios facultados para adelantar la actividad financiera deberán ofrecer microcréditos preferenciales para la creación y/o mejora de micro y pequeñas empresas.</p> <p>Artículo 2º. Los establecimientos bancarios deberán destinar no menos del cinco por ciento (5%) del total de su presupuesto de colocación para microcréditos, y de este porcentaje al menos el cincuenta por ciento (50%) deberá ser destinado a los estratos uno, dos y tres (1,2 y 3) de la población.</p> <p>Parágrafo 1º. Los establecimientos bancarios podrán colocar ese porcentaje directamente o a través de instituciones, establecimientos, organizaciones y/o similares especializadas en microfinanzas o Fintech debidamente acreditada. Evento en el cual se</p>	<p>deberá acreditar el desembolso total de los recursos bajo la modalidad de microcréditos.</p> <p>Parágrafo 2º. El porcentaje de colocación bajo la modalidad de microcréditos de que habla el presente artículo deberá incrementarse gradualmente durante los tres (3) años siguientes a la entrada en vigor de la presente ley, de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ En uno por ciento (1%) adicional durante el primer año. ✓ En uno y medio por ciento (2%) adicional durante el segundo año. ✓ En un dos por ciento (2%) adicional durante el tercer año. <p>Parágrafo 3º. La Superintendencia Financiera de Colombia será la encargada de supervisar el adecuado desembolso de recursos a la población especificada en el presente artículo.</p> <p>Parágrafo 4º. El estado asumirá mediante el Fondo Nacional de Garantías, las garantías de los microcréditos mínimo por el 60% del monto solicitado a la entidad financiera.</p> <p>Artículo 3º. Los deudores amparados por la presente ley tienen el derecho a efectuar en cualquier momento abonos al capital adeudado.</p> <p>Parágrafo. No serán objeto de cláusula penal, ni cobro de comisiones, los abonos anticipados al capital adeudado efectuados por los deudores de los microcréditos a que se hace mención en esta ley.</p> <p>Artículo 4º. Los trámites para el otorgamiento de los microcréditos no tendrán ningún costo para quien lo solicite.</p> <p>Artículo 5º. El Gobierno nacional por medio de la Superintendencia Financiera hará un seguimiento al crecimiento de la cartera de microcréditos, y garantizará, mediante mecanismos de intervención apropiados, que su crecimiento anual real sea el correspondiente con los porcentajes indicados en el parágrafo segundo del artículo</p>
<p>segundo de la presente ley.</p> <p>Artículo 6º. El otorgamiento del microcrédito deberá ir acompañado del servicio de educación financiera y asistencia técnica, con el fin de garantizar que los recursos del crédito son invertidos de manera eficiente.</p> <p>Parágrafo. Se contará con el apoyo de técnicos del SENA y de las demás entidades pertinentes para prestar la asistencia técnica a los microempresarios en materia de Educación financiera: finanzas, inversión de capital físico y humano, competitividad, entre otros.</p> <p>Artículo 7º. El Gobierno nacional deberá formular políticas que promuevan el crecimiento sostenible del microcrédito para el establecimiento de nuevas empresas, fomentar la competencia entre los intermediarios financieros, determinar la presencia de fallas de mercado que obstaculicen el acceso al mercado financiero y adoptar los correctivos pertinentes, dentro del marco de sus competencias.</p> <p>Parágrafo. Para tal fin, el Gobierno nacional reglamentará la incorporación de estímulos e incentivos, para que el sistema financiero coloque recursos importantes en la modalidad de microcrédito.</p> <p>Artículo 8º. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Educación promoverá la Educación Económica y Financiera en todos los niveles de educación de primaria, secundaria y media, y superior.</p> <p>Parágrafo. Para tal fin, la implementación de la Educación Económica y Financiera será obligatoria y transversal en el pensum de los colegios y universidades del país.</p> <p>Artículo 9º. Los establecimientos financieros privados estarán obligados a desarrollar y ofertar anualmente un Programa de Educación Económica y Financiera, con el propósito de facilitar información previa, veraz y suficiente a todos los posibles clientes de los</p>	<p>servicios financieros con dichas entidades y como requisito antes de la contratación de cualquier producto o servicio.</p> <p>Artículo 10º. En aras de impulsar la inclusión financiera de las Mipymes se crearán Centros de Dinamización Financiera para Mipymes.</p> <p>Parágrafo 1º. La dirección del programa estará a cargo del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo quien reglamentará la composición de los Centros de Dinamización, los cuales proveerán servicios y contemplarán en su capital humano la vinculación de practicantes universitarios.</p> <p>Parágrafo 2º. Los Centros de Dinamización Financiera para Mipymes brindarán asesoría y acompañamiento en temas de bancarización, formalización e inserción productiva, con metodología estandarizada e indicadores.</p> <p>Parágrafo 3º. Será tenido en cuenta el concepto que estos centros de dinamización otorguen sobre cada solicitante durante el procedimiento de estudio de microcrédito.</p> <p>Artículo 11º. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p> <p style="text-align: center;">Atentamente,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  FRAÍN JOSÉ CEPEDA SARABIA Honorable Senador de la República </div> <div style="text-align: center;">  CIRO ALEJANDRO RAMÍREZ CORTÉS Honorable Senador de la República </div> </div>

<p>Bogotá D.C., 23 de agosto de 2021</p> <p><i>En la fecha se recibió Ponencia y texto propuesto para primer Debate del Proyecto de Ley N°.109/2021 Senado "Por medio de la cual se ordena a los establecimientos bancarios facilitar el acceso a los servicios de microcrédito a las poblaciones de escasos recursos que no han tenido acceso a los mismos con el debido acompañamiento en materia de educación financiera"., Presentada por los Senadores. Efraín José Cepeda Sarabia y Ciro Alejandro Ramírez Cortes.</i></p> <p>Cordialmente,</p> <p>RAFAEL OYOLA ORDOSGOITIA <i>Secretario General Comisión III – Senado.</i></p>	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; background-color: #e0e0e0;">CONTENIDO</div> <p style="text-align: center;">Gaceta número 1099 - Viernes, 27 de agosto de 2021 SENADO DE LA REPÚBLICA PROYECTOS DE LEY</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 85%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: right; vertical-align: bottom;">Págs.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Proyecto de ley número 143 de 2021 Senado, por medio de la cual se crean medidas para mejorar la calidad del servicio de atención en salud, se crea el Fondo de Recursos de Calidad en Salud (Focas), se modifican las Leyes 1438 de 2011 y 1949 de 2019 y se dictan otras disposiciones.....</td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;">1</td> </tr> <tr> <td>Proyecto de ley número 144 de 2021 Senado, por medio del cual se modifica el artículo 66 de la Ley 1709 y se dictan otras disposiciones.....</td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;">7</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">NOTAS ACLARATORIAS</td> </tr> <tr> <td>Nota aclaratoria a informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 109 de 2021 Senado, por medio de la cual se ordena a los establecimientos bancarios facilitar el acceso a los servicios de microcrédito a las poblaciones de escasos recursos que no han tenido acceso a los mismos con el debido acompañamiento en materia de educación financiera</td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;">17</td> </tr> </tbody> </table>		Págs.	Proyecto de ley número 143 de 2021 Senado, por medio de la cual se crean medidas para mejorar la calidad del servicio de atención en salud, se crea el Fondo de Recursos de Calidad en Salud (Focas), se modifican las Leyes 1438 de 2011 y 1949 de 2019 y se dictan otras disposiciones.....	1	Proyecto de ley número 144 de 2021 Senado, por medio del cual se modifica el artículo 66 de la Ley 1709 y se dictan otras disposiciones.....	7	NOTAS ACLARATORIAS		Nota aclaratoria a informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 109 de 2021 Senado, por medio de la cual se ordena a los establecimientos bancarios facilitar el acceso a los servicios de microcrédito a las poblaciones de escasos recursos que no han tenido acceso a los mismos con el debido acompañamiento en materia de educación financiera	17
	Págs.										
Proyecto de ley número 143 de 2021 Senado, por medio de la cual se crean medidas para mejorar la calidad del servicio de atención en salud, se crea el Fondo de Recursos de Calidad en Salud (Focas), se modifican las Leyes 1438 de 2011 y 1949 de 2019 y se dictan otras disposiciones.....	1										
Proyecto de ley número 144 de 2021 Senado, por medio del cual se modifica el artículo 66 de la Ley 1709 y se dictan otras disposiciones.....	7										
NOTAS ACLARATORIAS											
Nota aclaratoria a informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 109 de 2021 Senado, por medio de la cual se ordena a los establecimientos bancarios facilitar el acceso a los servicios de microcrédito a las poblaciones de escasos recursos que no han tenido acceso a los mismos con el debido acompañamiento en materia de educación financiera	17										