



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XIII - Nº 416

Bogotá, D. C., lunes 9 de agosto de 2004

EDICION DE 36 PAGINAS

DIRECTORES:

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

ANGELINO LIZCANO RIVERA
SECRETARIO GENERAL DE LA CAMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

SENADO DE LA REPUBLICA

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NUMERO 31 DE 2004 SENADO

por el cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Congreso de la República

DECRETA:

CAPITULO I

Normas generales

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud con los siguientes objetivos:

- a) Reorganizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo una misma operatividad para todos los regímenes y modalidades de afiliación y asegurarle una estructura que establezca las funciones y competencias de las instituciones involucradas;
- b) Reestructurar el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- c) Lograr la universalidad en la cobertura mediante el aseguramiento y a través de este, el acceso real a los servicios de salud individuales o colectivos expresamente definidos en los Planes de Beneficios y en este contexto fortalecer el aseguramiento público;
- d) Desarrollar los mecanismos e instrumentos necesarios para el fortalecimiento y la ejecución de las políticas, planes y proyectos de la salud pública de forma integral y coherente;
- e) Reestructurar e implementar un sistema efectivo de vigilancia y control;
- f) Fortalecer y facilitar el Sistema de Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- g) Determinar las políticas de formación, y desempeño del Recurso Humano del sector de la salud;
- h) Fortalecer la capacidad de rectoría, regulación y seguimiento del Ministerio de la Protección Social.

CAPITULO II

Definiciones

Artículo 2°. *Salud Pública.* La Salud Pública es el conjunto de políticas que buscan garantizar la salud de la población por medio de acciones dirigidas a la colectividad y al individuo, siendo uno de los componentes e indicador de las mejores condiciones de vida y bienestar

del desarrollo del país bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de todos los sectores y la comunidad.

Para lograr la garantía efectiva de este derecho universal, la sociedad con la rectoría del estado y la participación organizada de todos los sectores debe desarrollar el conjunto tanto de conocimientos como de políticas requeridas para:

- a) La comprensión de los problemas que alteran el bienestar;
- b) La detección, prevención y control de las enfermedades;
- c) El acceso a los servicios de atención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y problemas de la salud;
- d) El control de vectores y factores de riesgo ambientales para la salud.

Artículo 3°. *Sistema General de Seguridad Social en Salud.* El Sistema General de Seguridad en Salud: Es el conjunto de mecanismos que se han establecido para garantizarle a toda la población un mejoramiento de la calidad de vida a través de la prestación de servicios y la implementación de acciones que se desarrollan para ayudar a las personas, familias y comunidades a manejar los riesgos socioeconómicos y dar apoyo a las personas de escasos recursos económicos.

Artículo 4°. *Aseguramiento.* El aseguramiento en salud es el principal mecanismo que permite proteger la población de las contingencias que afectan su salud, garantizando un adecuado manejo del riesgo a todos los habitantes del territorio nacional mediante la provisión de un plan de beneficios preestablecido.

Artículo 5°. *Nuevo Régimen Subsidiado.* El Nuevo Régimen Subsidiado es el resultante de unificar los diversos sistemas de subsidios en salud, con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas.

Artículo 6°. *Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos.* El Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, será una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social, administrada por fiducia pública, creada para agrupar los recursos públicos destinados al financiamiento de la Salud Pública Colectiva y el Nuevo Régimen Subsidiado a nivel nacional, con el objeto de permitir una verdadera equidad financiera en la asignación de los recursos públicos, agilizar los flujos financieros y hacer los procesos contractuales transparentes y expeditos.

Artículo 7°. *Del Fondo de Garantía para la Prestación de los Servicios de Salud.* El Fondo de Garantía para la Prestación de los

Servicios de Salud es una fiducia pública, para la protección y agilización del flujo de los recursos entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 8°. *Planes de Beneficios*. Los Planes de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social son el conjunto de prestaciones asistenciales y económicas en salud que componen la atención integral a la población que incluye actividades de información, educación, promoción de la salud y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Artículo 9°. *Redes de Prestación de Servicios*. Las redes de prestación de servicios serán alianzas integradas por entidades habilitadas de diferente nivel y tipo de servicios, ubicadas en un espacio poblacional definido que aseguren la prestación oportuna, integral y de calidad del Plan de Beneficios con el apoyo de normas operacionales, para una población determinada en un territorio contiguo.

Artículo 10. *Sistema de Identificación Nacional de Usuarios, SINU*.

El Sistema de Identificación Nacional de Usuarios, INU, es el sistema de registro de todos los nacionales y sus condiciones de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el de la Protección Social.

Artículo 11. *Enfermedades de Alto Costo*.

Las enfermedades de alto costo son aquellas cuyo tratamiento genera en un período de tiempo determinado un gasto en salud que no solamente afecta la estabilidad económica de las familias, sino también desequilibra financieramente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

CAPITULO III

Organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Artículo 12. *Del Ministerio de la Protección Social*. Sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud el Ministerio de la Protección Social tendrá a su cargo la rectoría y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para ello deberá:

- a) Formular y adoptar las políticas de salud pública de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República;
- b) Dirigir las estrategias, programas y planes del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- c) Definir las políticas de Salud Pública Colectiva y establecer las acciones prioritarias;
- d) Para la ejecución de las políticas de salud, realizará la coordinación intersectorial con las entidades de gobierno no integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- e) Desarrollar el Registro Especial de Redes de Servicios de Salud, por medio del cual se identifican los servicios que se entregan a las poblaciones, para lo cual el Gobierno expedirá la reglamentación respectiva.

Artículo 13. *Del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es un organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de carácter permanente, conformado por 13 miembros. Serán miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud:

1. El Ministro de la Protección Social, quien lo presidirá y tendrá poder de veto.
2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público, o su delegado.
3. Un representante del señor Presidente de la República.
4. Sendos representantes de las entidades departamentales y municipales de salud.
5. Dos representantes de los empleadores, uno de los cuales representará la pequeña y mediana empresa y otras formas asociativas.
6. Dos representantes por los trabajadores, uno de los cuales representará a los pensionados.
7. El representante legal del Instituto de Seguros Sociales.
8. Un (1) representante por las Entidades Promotoras de Salud, diferentes del Instituto de Seguros Sociales.

9. Un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

10. Un (1) representante de los profesionales del área de la salud, de la asociación mayoritaria.

11. Un (1) representante de las asociaciones de usuarios de servicios de salud del sector rural.

Parágrafo 1°. El Gobierno reglamentará los mecanismos de selección de los representantes no gubernamentales para un período de cuatro años.

Parágrafo 2°. De cualquier manera, en la primera selección que haga el Gobierno Nacional, tres de los representantes escogidos lo serán para un período de dos años, luego del cual podrán ser o no nuevamente seleccionados para el término de cuatro años.

Artículo 14. *Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*. A partir de la vigencia de la presente ley, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes funciones:

- a) Definir el Plan Obligatorio de Salud para los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y el Nuevo Subsidiado, de acuerdo con los criterios del capítulo tercero del primer título del segundo libro de la Ley 100;
 - b) Adoptar el monto de la cotización de los afiliados del Sistema, dentro de los límites previstos en el artículo 204 de la Ley 100;
 - c) Adoptar el valor de la Unidad de Pago por Capitación según lo dispuesto en el artículo 182 del libro segundo de la Ley 100;
 - d) Adoptar el valor por beneficiario del régimen de subsidios en salud;
 - e) Adoptar el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios;
 - f) Definir los criterios generales de selección de los beneficiarios del Nuevo Régimen Subsidiado por parte de las entidades territoriales, dando la debida prioridad a los grupos de personas de escasos recursos económicos y vulnerables y de conformidad con lo dispuesto en la Ley;
 - g) Definir el régimen de pagos compartidos de que tratan el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100;
 - h) Definir el régimen que deberán aplicar las Entidades Promotoras de Salud para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general y de las licencias de maternidad a los afiliados según las normas del Régimen Contributivo.
 - i) Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de usuarios por parte de las entidades promotoras de salud y una distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo;
 - j) Recomendar el régimen y los criterios que debe adoptar el Gobierno Nacional para establecer las tarifas de los servicios prestados en los casos de riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias;
 - k) Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
 - l) Adoptar su propio reglamento;
 - m) Las demás que le sean asignadas por ley o que sean necesarias para el adecuado funcionamiento del Consejo.
- Parágrafo 1°. Las decisiones anteriores que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministro de la Protección Social.
- Parágrafo 2°. El valor de pagos compartidos y de la Unidad de Pago por Capitación, serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal. En caso de que no se haya revisado la Unidad de Pago por Capitación al comenzar el año, esta se ajustará en forma automática en una proporción igual al incremento porcentual del salario mínimo aprobado por el Gobierno Nacional el año inmediatamente anterior.
- Parágrafo 3°. Las demás funciones que la Ley 100 le definía al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y que no se encuentren en el anterior listado desaparecen.

Artículo 15. *De la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.* El Consejo contará con una Secretaría Técnica, de carácter permanente, responsable de presentar al Consejo sus recomendaciones para la toma de decisiones. La Secretaría Técnica contratará de manera ininterrumpida los siguientes estudios que aseguren el soporte técnico al Consejo:

1. Evaluación de tecnología.
2. Evaluación financiera.
3. Evaluación de planes de beneficios.

Para el logro de sus responsabilidades, la Secretaría Técnica contará con comisiones ad-hoc conformadas por expertos en las áreas de estudios técnicos señalados en el párrafo anterior.

Parágrafo 1°. Serán asesores permanentes de la Secretaría Técnica del Consejo: un representante de la Academia Nacional de Medicina, uno de la Federación Médica Colombiana, uno de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, uno de la Asociación Colombiana de Hospitales y uno en representación de las Facultades de Salud Pública y otro en representación de los Colegios Nacionales de Profesionales. Estos representados serán escogidos autónomamente por cada una de estas agremiaciones.

Artículo 16. *Financiamiento de la Secretaría Técnica.* Para el funcionamiento de la Secretaría Técnica se creará un fondo adscrito al Ministerio de la Protección Social, que se financiará mediante concurrencia de aportes de este último y de los actores del Sistema. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

Artículo 17. *De los Departamentos y el Distrito Capital.* Sin perjuicio de las demás funciones que les asigna la ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud los Departamentos y el Distrito Capital tendrán las funciones de:

- a) Inspección, Vigilancia y Control con capacidad sancionatoria por delegación del Gobierno Nacional;
- b) Organizar y administrar el Registro de Habilitación de Instituciones Prestadoras de Salud en su territorio, como lo establece el Decreto 2309 de 2002;
- c) Organizar y administrar el Registro Especial de Redes de Servicios, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de la Protección Social;
- d) Adoptar, controlar y vigilar los lineamientos trazados por el Ministerio de la Protección Social en lo relativo al Plan de Salud Pública Colectiva, frente a la situación de salud pública departamental.

Artículo 18. *De los municipios y distritos. (Ley 715 y reglamentarios de Ley 10).* Sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud los Municipios tendrán las funciones de:

- a) Diseñar y ejecutar el Plan de Salud Pública Colectiva del Municipio, el cual deberá articularse con el del Departamento, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social;
- b) Vigilar y controlar las acciones de prevención y promoción dirigidas al individuo que serán entregadas como parte del plan de beneficios tanto en el Régimen Contributivo como en el Nuevo Subsidiado;
- c) Aplicar el instrumento de caracterización socioeconómica de la población utilizando para este fin el instrumento Sistema de Identificación de Beneficiarios - Sisbén;
- d) Remitir al Sistema de Identificación Nacional de Usuarios, SINU, del Ministerio de la Protección Social, la información de la caracterización socioeconómica de la población, de acuerdo a la normativa vigente para tal fin;
- e) Difundir públicamente los resultados de la selección de las entidades promotoras de salud para el Nuevo Régimen Subsidiado;
- f) Convocar a la población objeto del subsidio para que mediante participación popular para elegir una sola Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, en aquellos municipios con población menor a 100.000 habitantes;
- g) Convocar a la población a proceso de selección y afiliación en las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, en municipios con población mayor a 100.000 habitantes.

Artículo 19. *El Instituto Nacional de Salud.* Sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la ley, serán funciones del Instituto Nacional de Salud:

- a) Definir las estrategias para implementar las políticas de Salud Pública Colectiva determinadas por el Ministerio de la Protección Social;
- b) Vigilar y controlar la ejecución del Plan de Salud Pública Colectiva señalado por el Ministerio de la Protección Social;
- c) Realizar la monitoría de la ejecución de las estrategias incluidas en la política de Salud Pública Colectiva;
- d) Ejecutar la investigación básica, epidemiológica y económica sobre las condiciones de salud de acuerdo a los lineamientos sobre las prioridades identificadas por el Ministerio de la Protección Social;
- e) Coordinar y Vigilar la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública;
- f) Establecer estrategias para prevenir, detectar e intervenir los riesgos que conducen a lesiones y enfermedades de origen común, ambientales y psicosociales que afectan a las personas o a las comunidades;
- g) Dirigir la evaluación, seguimiento, asistencia, asesoría y control de gestión de las entidades territoriales en relación con el Plan de Salud Colectiva y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública;
- h) Establecer y determinar los factores de riesgo que inciden en la salud y la calidad de vida;
- i) Desarrollar las políticas, los programas y los proyectos tendientes a la protección de la salud para prevenir, detectar e intervenir los riesgos del ambiente, físicos, químicos y de consumo que afectan la salud y la calidad de vida;
- j) Coordinar y orientar el Sistema de Vigilancia en salud pública y de control de enfermedades de obligatorio registro;
- k) Desarrollar, en forma articulada con las entidades territoriales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Nuevo Régimen Subsidiado, la evaluación, seguimiento, asistencia, asesoría y control de gestión de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de otras de interés en salud pública, contenidas en los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Nuevo Subsidiado;
- l) Desarrollar las políticas y normas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.
- m) Vigilar y controlar las acciones que en materia de prevención y control de enfermedades y vigilancia en salud pública ejecuten las entidades del sector y del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- n) Emitir concepto toxicólogo sobre clasificación toxicológica y evaluación del riesgo de toxicidad de los productos que vayan a ser utilizados en el país;
- o) Desarrollar, ejecutar y apoyar proyectos o labores de control e investigación de problemas de salud pública en el país, en coordinación con las instituciones involucradas;
- p) Desarrollar y mantener estrategias que permitan el suministro oportuno de los productos biológicos necesarios para la ejecución del Programa Ampliado de Inmunizaciones y el control de enfermedades de importancia para la salud pública;
- q) Las demás que le sean asignadas y que correspondan a la naturaleza de la dependencia.

Artículo 20. *Las Entidades Promotoras de Salud.* Adicionalmente a lo establecido en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, las Entidades Promotoras de Salud podrán habilitarse para afiliar personas tanto del Régimen Contributivo como del Nuevo Régimen Subsidiado.

Solo podrán habilitarse para operar como Entidades Promotoras de Salud en el Nuevo Régimen Subsidiado las entidades públicas, las entidades privadas con ánimo de lucro licenciadas para este efecto a la fecha de la expedición de la presente ley, las entidades privadas sin ánimo de lucro, las cajas de compensación familiar y las empresas solidarias de salud.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará en los noventa días siguientes a la expedición de la presente ley los criterios de Habilitación

de las Entidades Promotoras de Salud de que trata el presente artículo. Estos criterios deben garantizar tanto para el Régimen Contributivo como para el Nuevo Régimen Subsidiado los mínimos de capital, solidez y solvencia, incluyendo reservas, patrimonio, sistema de información, y red de servicios.

Artículo 21. *Evaluación con Indicadores.* Para la habilitación de permanencia de las Entidades Promotoras de Salud, el Ministerio de la Protección Social diseñará un conjunto de indicadores centinelas que permita verificar el cumplimiento de las funciones de aseguramiento de las Entidades Promotoras de Salud, estableciendo los niveles mínimos para permanecer en operación.

Artículo 22. *Aseguramiento Universal.* A partir de la fecha de vigencia de la presente ley la totalidad de la población residente en el territorio nacional deberá estar afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 23. *Eliminación de la Integración Vertical.* Las Entidades Promotoras de Salud no podrán hacer prestación directa de servicios de salud para sus afiliados por medio de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud propias.

Las Entidades Promotoras de Salud que presten servicios a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su propiedad, tendrán un plazo de dos años para ajustarse a este requerimiento, de acuerdo con la reglamentación que expedirá el Gobierno Nacional para este efecto.

Artículo 24. *Contratación con las Instituciones Públicas de Prestación de Servicios de Salud.* Las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado deberán contratar como mínimo el 60% de los servicios de salud de sus afiliados al Nuevo Régimen Subsidiado con las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud organizadas por medio de redes de prestación de servicios de salud en un área determinada.

Artículo 25. *Régimen de Liquidación de las Entidades Promotoras de Salud.* El Gobierno Nacional expedirá en seis meses a partir de la expedición de la presente ley una legislación que regule los procedimientos de liquidación de las Entidades Promotoras de Salud.

Parágrafo. Los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se excluirán de la masa de liquidación.

CAPITULO IV

El financiamiento

Artículo 26. *Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos.* Créase el Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, como una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social administrada por fiducia pública, con los siguientes objetivos:

1. Agrupar los recursos públicos destinados al financiamiento de la Salud Pública Colectiva a nivel nacional.
2. Agrupar en un solo fondo los recursos públicos para el financiamiento de la prestación de servicios de salud a todos los colombianos que no son elegibles para pertenecer al Régimen Contributivo.
3. Permitir una verdadera equidad financiera en la asignación de recursos públicos para el financiamiento de la salud de cada individuo elegible para recibir el Plan de Beneficios del Nuevo Régimen Subsidiado.
4. Agilizar los procesos que rigen los flujos financieros del sistema para que la prestación de servicios pueda ser oportuna para los usuarios y no ponga en peligro la estabilidad financiera tanto de las IPS como de las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado
5. Hacer los procesos contractuales transparentes y expeditos.
6. Girar directamente a las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado los dineros correspondientes a la prestación de los Planes de Beneficios.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, tendrá un Comité de Vigilancia y Control elegido por todos los gobernadores y alcaldes que se encargarán de velar por el cumplimiento de las obligaciones contractuales para la prestación de servicios de salud a la población de cada departamento y municipio según lo dispuesto en la presente ley. El gobierno reglamentará la organización y el funcionamiento del Comité.

Artículo 27. *Estructura del Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos.* El Fondo tendrá las siguientes subcuentas independientes:

- a) Subcuenta de Salud Pública Colectiva;
- b) Subcuenta de Focalización de los Subsidios en Salud.

Parágrafo 1°. Los recursos del Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, son para todos los efectos recursos de la seguridad social en salud, en consecuencia entre otros no podrán destinarse a actividad alguna diferente a la fijada en esta ley.

Parágrafo 2°. El Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, no hará parte del presupuesto general de la Nación pero sí estará incluido en la contabilidad del gasto público social a que hace referencia el artículo 350 de la Constitución Política.

Artículo 28. *Financiación de la Cuenta de Focalización de Subsidios en Salud.* Harán parte de la cuenta de focalización de subsidios en salud los siguientes recursos:

- a) Los dos puntos de la cotización obligatoria que deben aportar los trabajadores afiliados al Régimen Contributivo, de que trata el artículo 27 de la presente ley;
- b) El aporte de las Cajas de Compensación de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993. Estos recursos serán ejecutados directamente por las Cajas de Compensación, sin situación de fondos, cuando dicha entidad sea contratada para la administración del Nuevo Régimen Subsidiado según lo dispuesto en la presente ley;
- c) Un aporte del Presupuesto Nacional que será equivalente al monto que generan los recursos de que tratan los literales a) y b) del presente artículo;
- d) Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la atención de la población pobre que no es elegible para pertenecer al Régimen Contributivo;
- e) Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de las zonas petroleras de Cusiana y Cupiagua así como a la de nuevos proyectos de hidrocarburos que se exploten a partir de la presente ley;
- f) Las contribuciones de las agremiaciones y/o empleadores de la población cuya participación en el Nuevo Régimen Subsidiado será cofinanciada por los recursos de rentas cedidas de los territorios;
- g) Las contribuciones de dichos empleados y los aportes de recursos de los entes territoriales como se define en la presente ley.
- h. Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos.

Parágrafo 1°. Los recursos de que trata el presente artículo se destinarán a financiar los subsidios para la prestación de los servicios de salud a la población no elegible para el régimen contributivo en los territorios. El Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, asignará los recursos por distrito, municipio o corregimiento departamental con base en el número de afiliados de cada distrito, municipio y corregimiento departamental y el valor de la UPC del Nuevo Régimen Subsidiado. Los recursos los ejecutará por cuenta de dichas entidades territoriales, sin situación de fondos, directamente el Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos.

Parágrafo 2°. Anualmente, en el Presupuesto General de la Nación, se incluirá la partida correspondiente a los aportes que debe hacer el Gobierno Nacional a la cuenta de Focalización de subsidios en salud. Para definir el monto de las apropiaciones se tomará como base lo reportado por el Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, en la vigencia inmediatamente anterior al de preparación y aprobación de la Ley de presupuesto ajustados con base en la variación del índice de precios al consumidor, certificado por el DANE. El Congreso de la República se abstendrá de dar trámite al proyecto de presupuesto que no incluya las partidas correspondientes. Los funcionarios que no dispongan las apropiaciones y los giros oportunos incurrirán en causal de mala conducta que será sancionada con arreglo al régimen disciplinario vigente.

Parágrafo 3°. El Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, no hará parte del presupuesto general de la nación, pero sí estará incluido en la contabilidad del gasto público social a que hace referencia el artículo 350 de la Constitución Política.

Parágrafo 4°. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público preparará un plan de pagos a 5 años de los recursos del Régimen Subsidiado vigente.

Artículo 29. *Recursos de Solidaridad para la Focalización de los Subsidios en Salud.* A partir de la presente ley la cotización obligatoria de que trata el artículo 204 de la Ley 100 de 1993 se aumentará en un punto porcentual del salario base de cotización el cual se destinará en su totalidad a financiar la atención de la población pobre que no es elegible para pertenecer al Régimen Contributivo.

El monto resultante a los dos puntos de la nueva cotización obligatoria, serán transferidos a la cuenta de focalización de los subsidios en salud del Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos.

Artículo 30. *Recursos de las Cajas de Compensación.* Los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 se aumentarán al 10% y al 15% respectivamente, según la fórmula contenida en el mencionado artículo.

Artículo 31. *Recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la Atención de la Población Pobre que no es elegible para pertenecer al Nuevo Régimen Subsidiado.* Los aportes del Sistema General de Participaciones destinados a la atención de la población pobre que no es elegible para pertenecer al régimen contributivo serán los recursos de que tratan los numerales 47.1 y 47.2 de la Ley 715 de 2001.

Su monto se definirá descontando del total de recursos del Sistema General de Participaciones para salud, aquellos recursos destinados a financiar las acciones de Salud Pública Colectiva definidas como prioritarias por el Ministerio de la Protección Social, según la fórmula establecida en el artículo 52 de la mencionada ley.

Artículo 32. Recursos de las Entidades Territoriales para cofinanciar la Atención de la Población de Escasos Recursos Económicos que no es elegible para pertenecer al Nuevo Régimen Subsidiado.

Las entidades territoriales destinarán a cofinanciar los subsidios que asigne la cuenta de focalización de subsidios en salud de que trata el artículo 28 de la presente ley, los siguientes recursos:

- a) Como mínimo el 30% de las rentas cedidas;
- b) Los recursos propios de las entidades territoriales los cuales podrán financiarse con ingresos corrientes de libre destinación o con recursos de capital o con cualquier otro recurso diferente a los obligatorios para salud, siempre que se garantice su continuidad como mínimo por cinco años.

Los recursos que la cuenta de focalización de subsidios en salud del Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, asigne en cofinanciación con los recursos de que trata el presente artículo, serán ejecutados previa certificación del giro de los recursos por parte de la entidad territorial al Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos.

Parágrafo 1°. Las autoridades territoriales están obligadas a hacer uso de la información que se derive de la actualización del instrumento de focalización que defina el Conpes. De no hacerlo, serán objeto de las sanciones disciplinarias, fiscales y penales a que haya lugar.

Artículo 33. *Financiación de la Cuenta de Salud Pública del Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos.* A esta cuenta concurrirán los recursos de:

- a) Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud pública de que trata el artículo 52 de la Ley 715 de 2001;
- b) El impuesto social a las armas de fuego y municiones de que trata el artículo 224 de la Ley 100 de 1993;
- c) El Aporte del Régimen Contributivo a las acciones colectivas de Salud Pública, equivalente a 0.15% del Ingreso Base de Cotización;
- d) Recursos del Presupuesto Nacional para la compra de insumos necesarios para programas verticales nacionales como el Plan Ampliado de Inmunizaciones PAI, y los programas de Tuberculosis, Malaria, Leishmaniasis, Fiebre Amarilla, SIDA.

Artículo 34. *El Impuesto Social a las Armas de Fuego y Municiones.* A partir de la vigencia de la presente ley el impuesto social a las armas de fuego creado mediante el Artículo 224 de la Ley 100 de 1993 será equivalente al 20% de un salario mínimo mensual mientras que el

impuesto social a las municiones y explosivos que se cobrará como un impuesto ad valorem tendrá una tasa del 10%.

Artículo 35. *El Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.* El Fondo de Solidaridad y Garantía de que trata el artículo 218 de la Ley 100 de 1993 tendrá las siguientes subcuentas:

1. *De Compensación Interna del Régimen Contributivo.* Los recursos que financian la compensación en el régimen contributivo provienen de la diferencia entre los ingresos por cotización de sus afiliados descontados los dos puntos para el Nuevo Régimen Subsidiado y el valor de las Unidades de Pago por Capitación, y el porcentaje para incapacidades por enfermedad general que le serán reconocidos por el Sistema a cada Entidad Promotora de Salud. Las entidades en las cuales la anterior diferencia sea positiva trasladarán estos recursos a la subcuenta de compensación, para financiar a las entidades en las que la diferencia sea negativa.

La Superintendencia Nacional de Salud realizará el control de las sumas declaradas y tendrá la facultad de imponer las multas que defina el respectivo reglamento.

2. *De Financiación de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito.* El cubrimiento de los eventos catastróficos definidos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 se financiarán de la forma establecida en el artículo 223 de la misma ley.

Parágrafo 1°. El Fondo de Solidaridad y Garantía no hará parte del presupuesto general de la Nación pero sí estará incluido en la contabilidad del gasto público social a que hace referencia el artículo 350 de la Constitución Política.

Parágrafo 2°. El Fondo de Solidaridad y Garantía podrá integrarse al Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos.

Artículo 36. *Financiación de las Enfermedades de Alto Costo.* Sin perjuicio de las fuentes de financiación establecidas en el artículo 223 de la Ley 100 de 1993, las enfermedades de alto costo serán financiadas a través de la cuenta de Eventos Catastróficos y de Accidentes de Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía cuyos recursos se complementarán con los siguientes aportes:

- a) Las entidades promotoras de salud aportarán una prima para la financiación de un mecanismo de reaseguro;
- b) Los departamentos aportarán un 20% de las rentas cedidas;
- c) El Sistema de Riesgos Profesionales aportará un 1% de los recaudos.

En la reglamentación que para tal efecto expida el Ministerio de la Protección Social se incluirán los mecanismos por medio de los cuales el Sistema dará prioridad a las actividades de atención de las enfermedades de alto costo no incluidas en los Planes de Beneficios.

CAPITULO V

La universalización

Artículo 37. *Operación de los Subsidios en Salud.* Para facilitar la universalización de la cobertura en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, se reemplaza el Régimen Subsidiado, de que trata la Ley 100 de 1993, por el Nuevo Régimen Subsidiado.

La operación del Nuevo Régimen Subsidiado se organizará por regiones siguiendo criterios administrativos, financieros, de oferta de servicios de salud y caracterización geográfica, buscando respetar los límites departamentales, excepto en regiones en las cuales el servicios se optimice de otra manera, adjudicado mediante concurso público. El Ministerio de la Protección Social definirá las regiones que cumplan con estos objetivos, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 38. *Creación del Nuevo Régimen Subsidiado.* Créase el Nuevo Régimen Subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud, organizar la prestación de los servicios y manejar el riesgo de todas las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que hayan sido previamente identificados como elegibles para recibir los subsidios públicos en salud.

Artículo 39. *Recursos del Nuevo Régimen Subsidiado.* El Nuevo Régimen Subsidiado se financiará a través de la operación del Fondo

Territorial Colombia para la Salud, Focos, con recursos fiscales sin perjuicio de las contribuciones parciales de individuos, asociaciones y agremiaciones que los amparan, las cuales serán cofinanciados por recursos de los territorios, tal como se ordena en la presente ley.

Artículo 40. *Beneficiarios del Nuevo Régimen Subsidiado.* Se beneficiará del Nuevo Régimen Subsidiado toda la población de escasos recursos económicos y vulnerable del país que haya sido previamente identificada como elegible para recibir los subsidios públicos totales o parciales en salud, a través del sistema de identificación de beneficiarios que defina el Gobierno Nacional, previa recomendación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y al que se refiere el artículo XX de la presente ley.

Los municipios y distritos a través de sus direcciones de planeación y de salud tendrán la responsabilidad de identificar la población a su cargo a través de la utilización del instrumento que el Gobierno Nacional designa para este efecto, incluyendo su perfil epidemiológico y demográfico.

Toda la población de escasos recursos económicos y vulnerable (Sisbén I y II), quedará automáticamente afiliada al Nuevo Régimen Subsidiado.

La población que siendo población de escasos recursos económicos y vulnerable (Sisbén I y II) y no tenga una residencia permanente, accederá al Nuevo Régimen Subsidiado de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.

La población de escasos recursos económicos y vulnerable que no pertenece al grupo anterior, se afiliará al Nuevo Régimen Subsidiado a través de subsidios parciales que se financiarán con los aportes o contribuciones, bien sea individuales, o de asociaciones y/o agremiaciones que los respalden y la cofinanciación de los entes territoriales, tal como lo establece esta ley y de acuerdo con las disposiciones que para este efecto dicte el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 41. *Selección de la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.* La selección de las Entidades Promotoras de Salud que sirven al Nuevo Régimen Subsidiado se hará con base en un concurso público de competencias. Cada dos años el Ministerio de la Protección Social convocará por concurso público a las Entidades Promotoras de Salud y seleccionará a aquellas que operarán en cada región, según sus capacidades técnicas, administrativas y resolutivas de acuerdo con las características de la región de aseguramiento en donde se propone operar.

El Ministerio de la Protección Social definirá y reglamentará el proceso de calificación a utilizar en el concurso de competencias.

Artículo 42. *Libertad de Elección de la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.* En los municipios con población menor a 100.000 habitantes se seleccionará una sola Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado mediante mecanismos de elección popular convocada por el municipio en la que participará la población objeto de los subsidios en salud. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de elección popular y veeduría mixta para la selección de la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, EPSS.

En los municipios con población mayor de 100.000 habitantes, donde deberá participar más de una Entidad Promotora de Salud, el ejercicio de la libre elección de Entidad Promotora de Salud por parte de la población se realizará a través de un proceso de registro directo de los habitantes en un evento convocado por la municipalidad, de acuerdo con la reglamentación que para este efecto expedirá el Gobierno Nacional.

Artículo 43. *Contratación con la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.* Cada Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado EPSS suscribirá un contrato de prestación de servicios con el Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, con el objeto de prestar el plan de beneficios a los afiliados del Nuevo Régimen Subsidiado.

El contrato con la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado cobijará a todos aquellos afiliados que han elegido a esa Entidad Promotora de Salud, ya sea por consulta popular o por el proceso de selección individual en la respectiva región.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, girará directamente y en forma mensual a la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitalización del Nuevo Régimen Subsidiado.

Si se declara la caducidad de algún contrato con las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado que incumplan las condiciones de calidad y cobertura, la entidad territorial asumirá la prestación de los servicios mientras se selecciona una nueva Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.

Artículo 44. *Flujo de Recursos del Nuevo Régimen Subsidiado.* El Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, girará en un tiempo inferior a 30 días a las Entidades Promotoras de Salud los recursos correspondientes a la prestación de servicios del mes anterior.

Del mismo modo, la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado girará un anticipo de la facturación radicada.

Las Entidades Promotoras de Salud tendrán un período máximo de tiempo para la revisión de la facturación y deberán pagar los componentes de la factura en los que no exista objeción.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará esta materia.

Artículo 45. *Organización de la Prestación de Servicios por medio de Redes.* Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se organizarán en redes y serán reglamentadas por el Ministerio de la Protección Social, en los cuatro meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Artículo 46. *Habilitación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.* Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 42, inciso 10 de la Ley 715 de 2001 y en el Decreto 2309 del 2002, la habilitación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud nuevas deberá ser aprobada por el Ministerio de la Protección Social, o por delegación expresa de los Departamentos, previa presentación de evidencia de la necesidad de los servicios propuestos en las redes de prestación de servicios de salud en la potencial área de influencia de la Institución Prestadora de Servicio de Salud nueva.

Artículo 47. *Plan Unico de Cuentas Hospitalarias.* Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deberán adoptar el Plan Unico de Cuentas Hospitalarias que establecerá el Gobierno Nacional, en los tres meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Artículo 48. *Del Fondo de Garantía para la Prestación de los Servicios de Salud.* Créase el Fondo de Garantía para la Prestación de los Servicios de Salud, como una fiducia pública, para la protección de los recursos del Sistema en caso de quiebra de una Entidad Promotora de Salud.

Este fondo será financiado por las Entidades Promotoras de Salud por medio de una prima de protección de acuerdo al margen de solvencia de cada Entidad Promotora de Salud, en un monto hasta del 2% de su contratación.

El Gobierno Nacional reglamentará la creación y funcionamiento del Fondo de Garantía para la Prestación de los Servicios de Salud, de manera que entre en funcionamiento antes de un año de expedida la presente ley.

Artículo 49. *Manual de Tarifas.* El Gobierno Nacional establecerá un sistema de tarifas mínimas para la prestación de servicios de salud en los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley. Para ello desarrollará un sistema único de códigos de procedimientos en salud.

Artículo 50. *El Modelo de Atención en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.* Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestarán servicios articuladas en las redes de que trata la presente ley. Para ello adoptarán un modelo de atención dirigido a ofrecer los servicios incluidos en los Planes de Beneficios que responden a las necesidades de la población residente en su territorio de influencia.

Artículo 51. *Régimen Presupuestal de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.* Con el objeto de fortalecer la autonomía de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud e incentivar la eficiencia en la gestión de sus recursos, estas adoptarán un régimen presupuestal dirigido a la promoción de los ingresos y el control del gasto.

Artículo 52. *Ajuste de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.* Las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud funcionarán en un contexto de competencia regulada donde los ingresos por venta de servicios a los diferentes aseguradores y entes territoriales permitan sostener los gastos de la operación. En aquellos casos donde la operación resulte con desequilibrio, las instituciones deberán someterse a un plan de ajuste fiscal que para el caso reglamente el Gobierno Nacional.

Artículo 53. *Plan Obligatorio de Salud.* El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional. Este Plan ofrecerá servicios para la protección integral a los individuos del riesgo de enfermar y servicios de promoción de la salud.

Para los afiliados tanto del Régimen Contributivo como del Nuevo Régimen Subsidiado, el contenido del Plan Obligatorio de Salud será el que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Además este deberá proponer un programa para unificar los planes en forma progresiva.

Parágrafo 1°. Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

Parágrafo 2°. La Superintendencia Nacional de Salud verificará la conformidad de la prestación del Plan Obligatorio de Salud por cada Entidad Promotora de Salud en el territorio nacional con lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el Gobierno Nacional.

Parágrafo 3°. Toda Entidad Promotora de Salud contribuirá a un fondo para la protección de los riesgos derivados de la atención de enfermedades de alto costo según la definición de la presente ley.

Parágrafo 4. El Gobierno reglamentará la forma de aplicación de los copagos y las cuotas moderadoras de que trata la Ley 100, de tal manera que estas sean mecanismos de contención del riesgo moral y no constituyan barreras de acceso a los servicios.

Artículo 54. *Del Aseguramiento Público.* Al determinar la operación regionalizada del Nuevo Régimen Subsidiado, el Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, promoverá que la participación de las entidades públicas de aseguramiento corresponda a un porcentaje de al menos el 25% del total de la población incluida en dicho régimen.

CAPITULO VI

La Salud Pública Colectiva

Artículo 55. *Plan de Salud Pública Colectiva.* Créase el Plan de Salud Pública Colectiva como conjunto óptimo de intervenciones complementarias entre sí dirigidas a la colectividad, en reemplazo del Plan de Atención Básica y cuyo contenido será reglamentado por el Ministerio de la Protección Social, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 56. *Organización de la Salud Pública Colectiva.* El Instituto Nacional de Salud definirá las acciones a incluirse en el Plan de Salud Pública Colectiva, a partir de las políticas establecidas por el Ministerio de la Protección Social. Será responsabilidad del Departamento, en conjunto con los municipios su ajuste a las condiciones epidemiológicas locales.

Una vez establecidas para cada entidad territorial, las actividades del Plan de Salud Colectiva, estas serán contratadas por la cuenta de Salud Pública Colectiva del Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, prioritariamente con aquellas entidades regionales y locales, educativas (universidades e IPS públicas), cuando aplique y cumplan con los requisitos. Dicha contratación se hará por concurso de méritos, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social para este fin.

Artículo 57. *Ordenamiento Normativo de la Salud Pública Colectiva.* En el curso del año siguiente a la expedición de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social deberá revisar las normas técnicas de

protección, establecidas en la Ley 9ª de 1979 y demás normas complementarias de los factores de riesgo y protectores del hábitat y procesos sociales, económicos, científicos o tecnológicos, con el fin de presentar al Congreso de la República un Estatuto de Protección de la Salud Pública Colectiva.

CAPITULO VII

Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Protección Social en Salud

Artículo 58. *Sistema de Inspección Vigilancia y Control de Seguridad Social en Salud.* Créase el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control como un conjunto de agentes, normas y procesos, articulados entre sí, para permitir el ejercicio eficaz y eficiente de las funciones de inspección, vigilancia y control del sector salud. El órgano director de este sistema será la Superintendencia Nacional de Salud, la cual se reestructurará y ajustará a este mandato.

Artículo 59. *Código del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Seguridad Social en Salud.* El Gobierno Nacional en un período no superior a tres meses de aprobada la presente ley presentará un proyecto de Ley que desarrolle el Código del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Seguridad Social en Salud, tanto en lo colectivo, como en lo individual.

Artículo 60. *Interventoría de los Contratos.* Créase el Sistema Unico de Habilitación de las Entidades Interventoras de los Contratos de Salud, la cual será requisito para la contratación de interventoría, auditoría o similares en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 61. *Descentralización del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de Sistema General de Seguridad Social en Salud.* El Gobierno Nacional establecerá la descentralización, desconcentración y la delegación parcial o total del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control en las entidades territoriales. Del mismo modo podrá delegar las funciones sancionatorias en los departamentos y el Distrito Capital.

CAPITULO VIII

El Sistema de Información

Artículo 62. *Sistema de Identificación Nacional de Usuarios, SINU.* Créase el Sistema de Identificación Nacional de Usuarios, SINU, en concordancia con el artículo 15 de la Ley 797 de 2002.

El registro de las personas en el Sistema de Identificación Nacional de Usuarios - SINU será de obligatorio cumplimiento y condición necesaria para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El diseño, organización y mantenimiento del SINU será obligación del Ministerio de la Protección Social y lo podrá hacer directamente o a través de terceros. El Ministerio de la Protección Social para tal efecto, expedirá la reglamentación correspondiente.

Artículo 63. *Antitrámites en Salud.* El Ministerio de la Protección Social deberá adoptar un sistema único de trámites en salud que incluirá los procedimientos y formatos de la afiliación, el recaudo y de la autorización, registro, auditoría y pago de los servicios de salud.

El Gobierno reglamentará los términos y plazos de este sistema, que no será mayor a los 6 meses de aprobada la presente ley.

Artículo 64. *Instrumento de Focalización de los Subsidios de Salud.* El instrumento de focalización de los subsidios de salud será exclusivamente el Sistema de Identificación de Beneficiarios, Sisbén.

Artículo 65. *Sistema Integral de Información en Salud.* El Gobierno Nacional diseñará e implementará en el transcurso del año siguiente a la expedición de la presente ley, el Sistema Integral de Información en Salud, de manera independiente o integrado al Sistema de Información de la Protección Social, el cual analizará la información sobre el estado de la afiliación de las personas en los diferentes regímenes, las prestaciones en salud, las condiciones de las entidades del sector y el flujo de los recursos.

Parágrafo. Se creará la Central Unica de Recaudo adscrita al Ministerio de la Protección Social y sin personería jurídica, que entrará en operación una vez el Ministerio certifique la plena operatividad del Sistema de Información.

CAPITULO IX

Recursos Humanos

Artículo 66. *De los Recursos Humanos.* El Congreso de la República tramitará una ley sobre Recursos Humanos que atienda los requerimientos en lo relacionado con la formación, ejercicio, desempeño, ética y bioética de los recursos humanos en salud.

CAPITULO X

Disposiciones finales

Artículo 67. *Derogaciones.* Deróganse los artículos 162, 171 y 172 de la Ley 100 y demás que le sean contrarios.

Artículo 68. *Vigencia.* El presente artículo rige a partir de su promulgación.

Autores los honorables Senadores:

Rafael Pardo Rueda, Mauricio Pimiento Barrera, Dilian Francisca Toro, Eduardo Benítez, Dief Maloof, Gustavo Enrique Sosa, Ramiro Luna, Rafael Medina.

Honorable Representante *Carlos Ignacio Cuervo.*

EXPOSICION DE MOTIVOS

De la necesidad de reformar desde el Legislativo el Sistema de Seguridad Social en Salud, para dar cumplimiento efectivo a los principios constitucionales que lo rigen, solucionando los problemas recurrentes que vienen presentándose.

Desde 1993 se desarrolla en Colombia una ambiciosa reforma del sector de la salud, que cumple hoy diez años de implantación y desarrollo. A pesar de su espíritu progresista y sus logros, existen innumerables quejas sobre su funcionamiento y resultados; inconformidades que vienen recogiéndose en los medios de comunicación, en los espacios de discusión nacional, el Congreso de la República y en el seno de la Subcomisión Accidental que este conformó el pasado 13 de diciembre por Resolución 079, para estudiarla. Luego de escuchar y conocer estas dificultades con la participación del gobierno y los diferentes actores que concurren a ella, incluyendo las universidades, los investigadores, los gremios y a representantes de la sociedad civil, se puede concluir que existen obstáculos significativos al progreso de la reforma y al cumplimiento del espíritu constitucional que la rige. Por su seriedad y su magnitud estos obstáculos requieren una reforma de la legislación vigente.

1. DE LA SUBCOMISION ACCIDENTAL DEL CONGRESO PARA LA SALUD

El pasado 3 de diciembre de 2003, luego de un debate ordinario sobre la salud, citado por los honorables senadores, Dilian Francisca Toro, Mauricio Jaramillo, Jesús Antonio Bernal, y Bernardo Alejandro Guerra, se presentaron observaciones al desempeño del sistema de salud. Motivado por este debate y a solicitud del Senador Rafael Pardo, la plenaria del Senado de la República decidió que se conformase una Subcomisión Accidental para estudiar el sistema de salud. Subcomisión que fue creada por Resolución 079 de ese mismo año, compuesta por los siguientes Senadores: Rafael Pardo como Coordinador, Dilian Francisca Toro, Mauricio Pimiento Barrera, Jesús Bernal Amorochó, Dief Nicolás Maloof, Eduardo Benítez, Bernardo Alejandro Guerra Hoyos, Jesús Enrique Piñacué, Mauricio Jaramillo y Gustavo Enrique Sosa.

Para abordar el trabajo, la Subcomisión Accidental organizó en cinco mesas lideradas por dos o más Senadores, así:

1. Salud Pública: Honorables Senadores Eduardo Benítez, Mauricio Jaramillo.

2. Prestación de Servicios: Honorables Senadores Dilian Francisca Toro, Gustavo Enrique Sosa.

3. Financiación del Sistema: Honorables Senadores Dilian Francisca Toro, Eduardo Benítez, Rafael Pardo.

4. Recurso Humano; Honorables Senadores Dilian Francisca Toro, Eduardo Benítez, Bernardo A. Guerra, Jesús Bernal A.

5. Control y Vigilancia; Honorables Senadores Rafael Pardo, Dilian Francisca Toro, Eduardo Benítez.

El estudio de los temas se realizó mediante:

- Audiencias públicas, realizadas en la sede del Congreso;
- Grupos focales de expertos en Salud Pública y Financiación;
- Sesiones de estudio con expertos del Gobierno;
- Foro nacional por página de Internet en la dirección www.col.ops-oms/comision.

La página se diseñó con dos escenarios, uno general de acceso para todos los navegantes de Internet presentando los documentos en formato electrónico que ha recibido la subcomisión Accidental en sus sesiones, con las relatorías y otra de ingreso a las mesas especializadas. Después de cinco meses de trabajo la subcomisión Accidental identificó los siguientes problemas:

2. SITUACION ENCONTRADA**2.1 Cobertura universal**

Según estableció el artículo 162 de la Ley 100, “El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001”. Meta que no se ha cumplido en dos sentidos:

1. No se han incluido todos los colombianos al aseguramiento, considerando que para diciembre de 2003 se encontraban afiliados 13,2 millones de personas al Régimen Contributivo y 11,5 al Subsidiado, suma que permite concluir, restando los cerca de 1,5 de personas vinculadas a regímenes especiales, que existen cerca de 18,5 millones de colombianos que no disponen de ninguna afiliación.

2. Tampoco se ha igualado el contenido del plan obligatorio de salud (POS) contributivo y subsidiado. Aunque el régimen contributivo muestra un mayor nivel de cobertura, esta se ha mantenido constante desde 1997 hasta hoy, en el gráfico 1, se ve como para este período, en promedio, la cobertura ha oscilado alrededor del 30.5%.

Un punto que resulta fundamental hablando de cobertura, es el efecto que sobre esta tiene el cumplimiento de los períodos de carencia. Como se sabe, para tener derecho a todos los servicios del POS Contributivo es preciso cumplir 100 semanas continuas de aportes, condición que cumple una proporción de los 13,2 millones de afiliados al Régimen Contributivo.

La carencia de cobertura universal constituye un problema sustantivo que se expresa en diversos niveles:

1. No se está garantizando un trato equitativo a todos los colombianos.

2. La falta de cobertura en servicios de salud conlleva la enfermedad y los bajos estándares de bienestar para muchos colombianos y regiones del país.

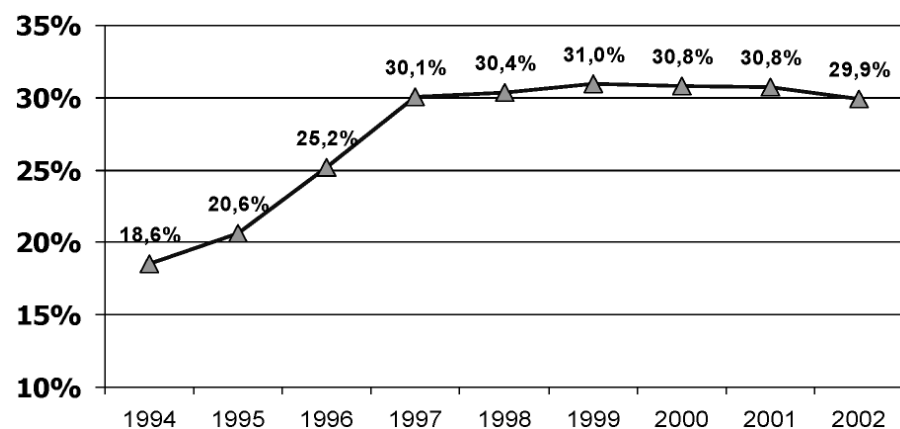
3. No ha sido posible ofrecerle a todos los colombianos el derecho a un seguro bajo relaciones contractuales modernas, diferentes de la caridad y las vinculaciones clientelares precedentes, que subsisten gracias a la existencia de fracciones de la población marginada, careciendo de los servicios públicos a que tienen derecho.

4. Aprovechando que existen personas enfermas sin capacidad de pago ni seguro, incluso con padecimientos como enfermedades catastróficas, vienen apareciendo afiliaciones empañadas por prácticas de selección adversa, y de riesgo, facilitadas por intermediarios y personas inescrupulosas.

5. Se mantiene un sistema de salud fragmentado, integrado por dos componentes fundamentales, el de oferta y el de demanda, cada uno con su lógica y organización. Dualidad que multiplica los costos administrativos que debe asumir el país. Con inversiones y esfuerzos propios de administración, que son una combinación ineficiente de administración porque la duplica. Así lo señala, por ejemplo, el CONPES 3233 de 2003 que trata del balance macroeconómico, presupuesto y plan financiero para 2004¹.

¹ CONPES 3233 de julio 29 de 2003, cuando señala que “podría pensarse en una modificación sustancial del régimen subsidiado en salud de tal manera que se elimine la duplicación del gasto. Actualmente se transfieren recursos a los hospitales públicos (todos con capacidad sobrante) y, al mismo tiempo, se pagan subsidios a la demanda”.

Gráfico 1.
EVOLUCION DE LA COBERTURA EN EL REGIMEN
CONTRIBUTIVO



2. 2 Problemática de Salud Pública

Sobre la problemática de salud pública que se expresará, presenta disposiciones diferentes, la del Ministerio de la Protección Social y la de los concurrentes a las audiencias de la subcomisión.

Existe concordancia entre los asistentes a la Subcomisión Accidental en el sentido de que la reforma de la seguridad social se estableció sin tratar adecuadamente los aspectos de la salud pública; sus contenidos y la institucionalidad que estableció carecen de instrumentos y conceptos indispensables para garantizarla. Alguno de ellos explicó que revisando la Ley 100, esta en su artículo 152 excluye de su ámbito la salud pública, dejándola a cargo de las Leyes 60 de 1993 y 9ª de 1979. No obstante y contradictoriamente, el artículo 165 de la misma ley adopta un paquete de servicios, el Plan de Atención Básica (PAB), constituido por aquellas intervenciones que se dirigen a la colectividad². Como resultado de estas incongruencias se encuentra que:

1. No existe una política explícita de salud pública que fije claramente la responsabilidad del Estado y determine la salud como un derecho.

2. El desarrollo reglamentario u operativo que se ha hecho de la Ley 100 y de los conceptos relacionados con la salud pública da lugar a diferentes interpretaciones que inducen confusiones entre salud pública con PAB, con promoción y prevención o con acciones y servicios dirigidos a los individuos con aquellos que tienen como finalidad a la colectividad.

3. Existe una proliferación de normas que dificulta la ejecución de recursos de promoción y prevención, al mismo tiempo que están vigentes normas obsoletas como la Ley 9ª de 1979.

4. No existe una ordenación adecuada de acciones de salud pública, que corresponda a criterios claros, uniformes que identifiquen las necesidades de la población tanto desde el punto de vista del individuo como de la colectividad.

5. La investigación en temas como políticas, sistemas de salud y salud pública es precaria, y no se articula al sistema o a las decisiones de política. Sólo existen algunos grupos de investigadores trabajando en este campo a expensas de esfuerzos personales e investigaciones oficiales.

El Ministerio de la Protección Social por su parte expresó que la reforma y el aseguramiento es la gran política de salud pública y que con ella se han dado logros en todos los niveles. Concuera que la reglamentación ha sido excesiva e inadecuada en particular la determinación de quitarle los recursos de Promoción de la salud a las ARS para dárselo a los alcaldes. Por otro lado la evaluación de la reforma hecha en Quirama, coordinada por el Ministerio declaró: *“El modelo de pluralismo estructurado no hace una referencia amplia de la salud pública, no obstante es de significativo valor en cualquier sistema de salud. De hecho, el análisis de los aspectos de modulación muestra un amplio consenso en el sentido de que la responsabilidad última es pública, por lo tanto le atañe directamente al Estado, en todos sus niveles tanto nacionales como subnacionales. En otras palabras, el Estado como “agente políticamente legítimo debe ofrecer una respuesta apropiada y sensible frente a los intereses de la colectividad y rendir cuentas claras sobre su actuación”*

La desarticulación y la frustración de las políticas de salud pública puede explicarse por su inscripción como “intervenciones”, que pueden ser contratadas y prestadas, sin hacer parte de una “estrategia” que combine investigación, política, educación, asesoría, experticia, servicios, evaluación y demás. Como el PAB admite que estén financiadas acciones puntuales, casi siempre asistenciales y desvinculadas de su contexto estratégico, resultan desnaturalizándose como gastos aislados, de allí que el PAB sea un enorme espacio vacío para los alcaldes y los gobernadores, quienes resultan obligados a prestarlo en ausencia de políticas, y orientaciones técnicas adecuadas del nivel nacional.

Son estas debilidades las que han hecho que la sustitución del concepto previo de los “Programas de Salud Pública” por el plan de beneficios, en este caso el PAB, se elabore con la pérdida de la estrategia, la orientación técnica y la institucionalidad que garantizaba su ejecución adecuada. Deficiencias que se han sucedido con la merma del recurso humano previamente capacitado y conocedor de los servicios de salud pública y de su desvinculación de las secretarías de salud y de los hospitales públicos. Consecuencias que se expresan en:

1. Bajas coberturas de vacunación, disposición inoportuna de insumos, pérdida de la capacidad científica y operativa para la producción de vacunas por el INS, y pérdida de la capacidad operativa de vacunación, que llegó a ser crítica entre 1997 y el 2002. Esta situación hizo que Colombia fuera el tercer país con las coberturas más bajas después de Haití y Paraguay en el 2000, según reporta la OPS. A continuación, en el Cuadro 1 se presentan las coberturas de vacunación:

CUADRO 1
COBERTURAS EN VACUNACION CONTRA POLIO
ENTRE 1996 Y 2002

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Anti-polio	92	94,5	93,3	84,8	74,6	77,4	81,9	80,5	82,9	92,2
BCG	88,2	93,9	92,3	83,9	72,5	74	77,8	77,6	80,5	91,8
DPT	96	103,8	103,7	97,9	84,7	79,8	90,1	84,8	87,2	96,2
Anti-hepatitis	NA	71,3	94,6	84,8	74,7	77,3	77,5	78,1	78,3	91,7
Anti-Haemophilus	NA	NA	NA	NA	NA	50,3	64,6	53,6	68,9	92,7
Triple viral	NA	64	93,5	88	78	76,8	78,6	85,5	93,3	92,7

FUENTE: Ministerio de la Protección Social.

Los datos muestran una variación decreciente de la cobertura en la mayoría de las vacunas para el período comprendido entre 1997 y 2001 y aunque los valores aparentan ser adecuados para los últimos dos años, la representación de la vacunación por regiones es muy baja en numerosos departamentos, como el Amazonas, Guainía, Nariño, Vichada, Vaupés y el Distrito de Santa Marta, ver Cuadro 2

CUADRO 2
COBERTURA DE VACUNACION EN COLOMBIA
POR REGIONES 2002

DEPARTAMENTOS	ANTI POLIO VOP	DPT	BCG	ANTI HEPAT. B	ANTI H.I.B	TRIPLE VIRAL
	%	%	%	%	%	%
Amazonas	43	43,7	69	46,6	35,1	48,9
Antioquia	77,5	77,9	86,2	81,3	45,6	92,3
Arauca	70,7	70,2	65,9	71,1	21,5	56
Atlántico	92,3	90,8	88,2	88,7	59,7	94,3
Barranquilla	98,2	85,7	111,9	84,4	63,6	95,1
Bogotá	80,5	79,1	90,7	81,6	55,6	89,6
Bolívar	70	69,6	67,5	69,5	46,9	76,5
Boyacá	76,1	72,7	93	73,3	39,8	77,4
Caldas	78	78,1	79,1	79,5	72,4	85,8
Caquetá	104	99,6	118,4	103,5	77,4	103,8
Cartagena	100,4	80,1	95,7	80,9	62,8	94,9
Casanare	79,9	82,3	74,3	78,1	66,2	77,2
Cauca	64,5	62,4	66,4	56,3	19,8	69,6

² Artículo 165. *Atención básica.* El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud... constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos... (Salud Pública en la Ley)

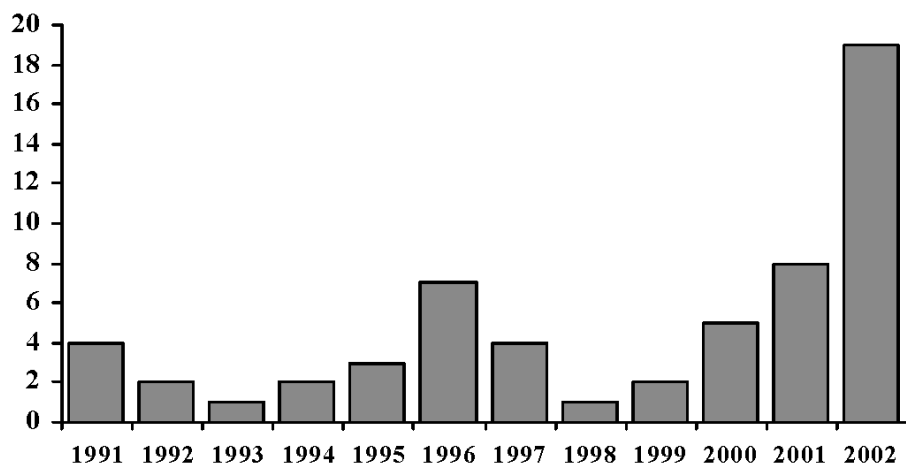
Artículo 152. *Objeto.* Las actividades y competencias de salud pública se regirán por las disposiciones vigentes en la materia, especialmente la Ley 9ª de 1979 y la Ley 60 de 1993, excepto la regulación de medicamentos que se regirá por lo dispuesto en la presente ley.

DEPARTAMENTOS	ANTI POLIO VOP	DPT	BCG	ANTI HEPAT. B	ANTI H.I.B	TRIPLE VIRAL
	%	%	%	%	%	%
Cesar	88,5	85	91,2	88,4	67,5	86,7
Chocó	63,6	61,3	86,3	66,4	48,2	69,5
Córdoba	97,6	91,6	84,6	96,3	62,2	88,7
Cundinamarca	88,4	85,1	87,3	87,9	90,4	94,5
Guainía	67,6	44	55,8	40	27	117,6
Guaviare	82,2	72,1	70,2	68	53,3	86,2
Huila	100,6	98,4	95,4	95,2	50	103,9
La Guajira	76,4	74,4	81,5	79,7	55,8	92,9
Magdalena	70,2	69,2	70,2	69,5	54,9	73,4
Meta	58	55,4	63,2	52,6	25,6	58,5
Nariño	52,1	50,7	53,1	49,9	42	55,3
Norte de Santander	72,4	65,2	77	65,6	63,1	80,6
Putumayo	58,2	56,4	72,3	53,6	47,9	60,5
Quindío	82,4	81,5	91,2	83	49,8	97,1
Risaralda	74,2	74,5	80,2	74,4	62,3	74,1
San Andrés	70,5	73,5	54,9	67,5	68,7	73,4
Santa Marta	49,3	48,4	65,6	46	31,8	44,6
Santander	70,2	69	80,2	68,6	47,1	80,1
Sucre	87,5	81,7	100	83,7	47,8	85,9
Tolima	109,6	101,9	103,3	102,3	60,4	100,8
Valle	94,8	92,1	91,2	85,8	56,2	98,9
Vaupés	30,6	29,8	47,8	143,4	34,9	35,6
Vichada	24,6	24,6	37,3	25,5	24	33,5
Colombia	80,5	77,6	84,8	78,1	53,6	85,5

Fuente: Ministerio de Salud

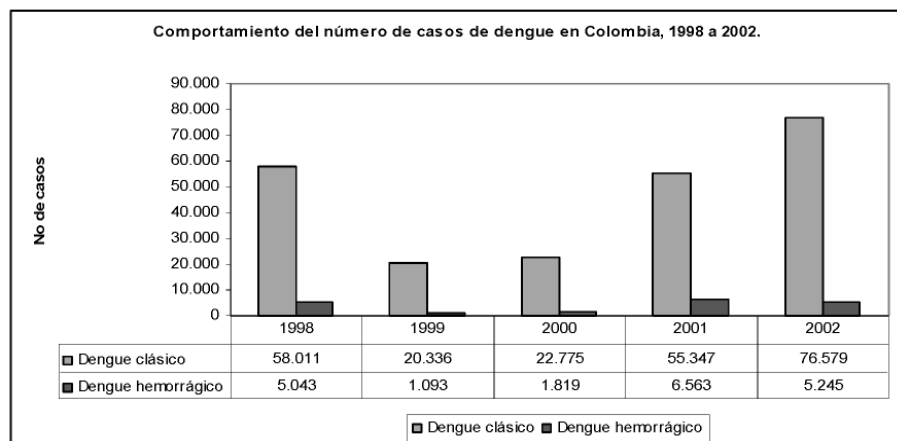
En las diferentes presentaciones que recibió la Subcomisión Accidental también se explicó que existe un control deficiente de infestación de vectores transmisores de enfermedades como del dengue la fiebre amarilla y la malaria, dengue clásico y hemorrágico palpable en los índices de malaria como y la casuística de estas enfermedades como se aprecia en los gráficos 2, 3 y 4:

GRAFICO 2
CASOS DE FIEBRE AMARILLA
COLOMBIA 1991 – 2.002.



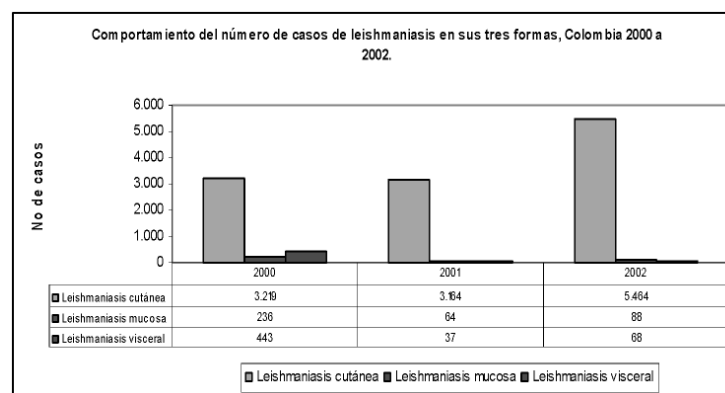
Fuente: Sivigila N° 52

GRAFICO 3
TOTAL DE CASOS DE DENGUE CLASICO
Y HEMORRAGICO
COLOMBIA 1998-2002



Fuente: SIVIGILAS 1998 a 2002 y Programa de ETV.

GRAFICO 4
COMPORTAMIENTO DE LA LEISHMANIASIS
ENTRE 2000 Y 2002



Fuente: SIVIGILA Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

2. No ha sido posible ejecutar razonablemente los recursos de promoción y prevención asignados a las EPS y las ARS, quienes han ejecutado menos del 50% de los recursos antes del 2000, y sólo para el 2001 se ejecuta el 59% (Cuadro 3).

CUADRO 3
EJECUCION DE LOS RECURSOS DE PROMOCION
Y PREVENCION POR LAS EPS

AÑO	SUBTOTAL	SUBTOTAL	% EJECUCION
1997	24.131.391.711	11.265.381.949	47%
1998	59.424.746.306	5.099.027.107	9%
1999	86.264.903.187	29.384.432.822	34%
2000	141.210.689.866	10.714.866.837	8%
2001	91.063.166.081	54.014.354.766	59%

FUENTE: Fisalud.

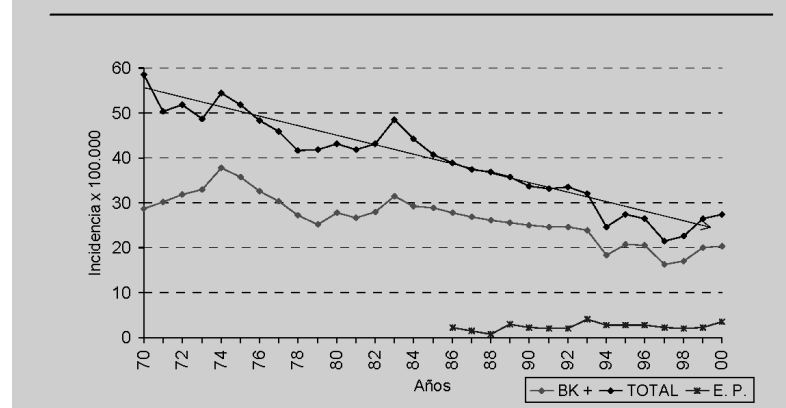
3. Enfermedades como el cáncer y la insuficiencia renal que ocupan hoy los primeros lugares de costo, mortalidad y morbilidad con prevalencias que vienen incrementándose son motivo de gran preocupación³.

4. Un problema que se viene exponiendo en los medios de comunicación y que fue expresado a la Subcomisión accidental es la dificultad que tienen los municipios 4, 5 y 6 para asumir las funciones de salud pública, por cuanto el PAB no tiene formulación estratégica que permita la articulación coherente de los diferentes niveles nacional, departamental y municipal.

5. También se ha encontrado que el país no ha avanzado significativamente en algunos indicadores de salud pública, llama la atención el caso de la tuberculosis, que no ha obtenido el adelanto suficiente en aspectos como mortalidad materna y perinatal el país se está quedando rezagado en esta materia comparado con otros países. En el gráfico 5 se muestra cómo la incidencia de la tuberculosis, aunque tiene tendencia a la baja, durante los últimos tres años ha experimentado asensos. Adicionalmente se observa cómo la capacidad de examinar a los sintomáticos respiratorios parece estar disminuyendo y que la fracción de sintomáticos sin diagnóstico es cada vez más distante (Ver gráfico 6).

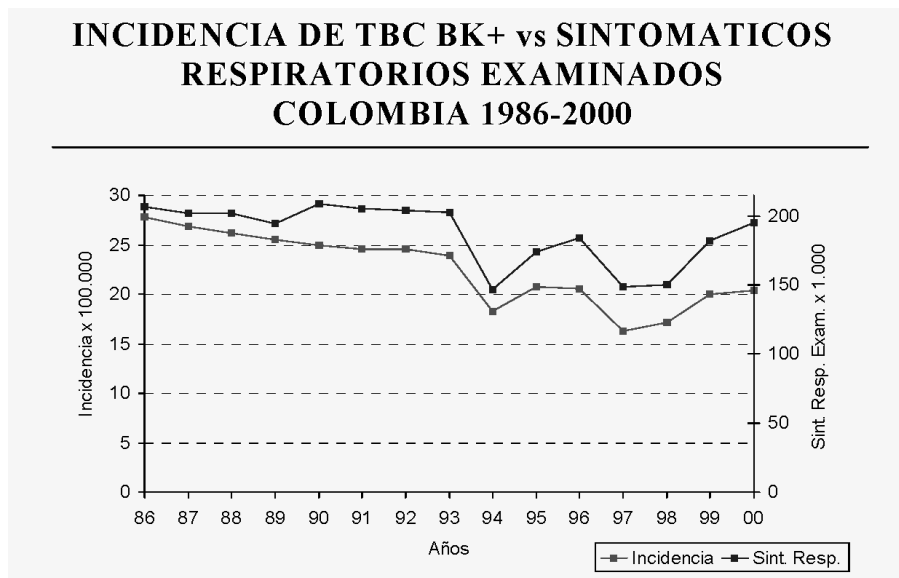
GRAFICO 5

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS
COLOMBIA 1970-2000



Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

GRAFICO 6



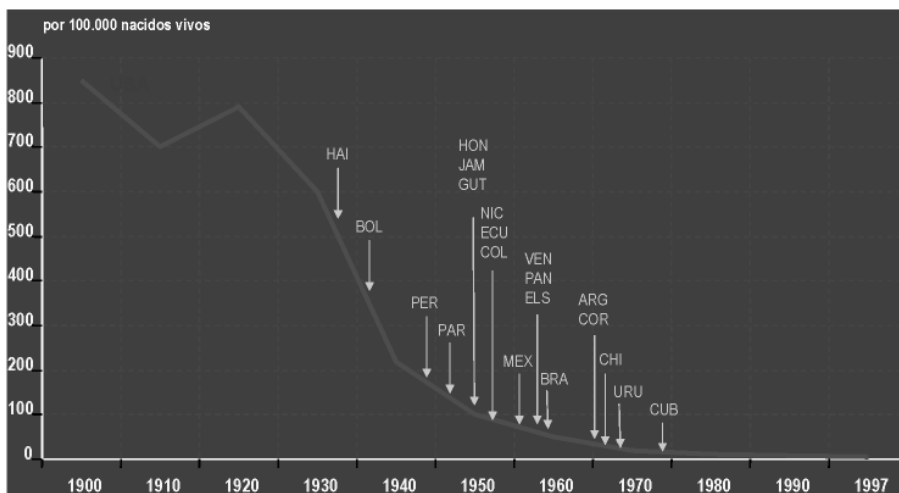
Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

6. Adicionalmente existe un debilitamiento en la organización y la financiación de la salud pública. El INS, como entidad llamada a encabezar la salud pública, está sumida en una condición inferior a sus retos; sus programas de investigación no obedecen a las necesidades del país, dispone de un presupuesto mínimo, carece de infraestructura adecuada y en general no está capacitado para asumir las exigencias del país.

7. En caso de la mortalidad materna, aunque los indicadores han mejorado, están rezagados en comparación con otros países de América (Gráficos 8 y 9).

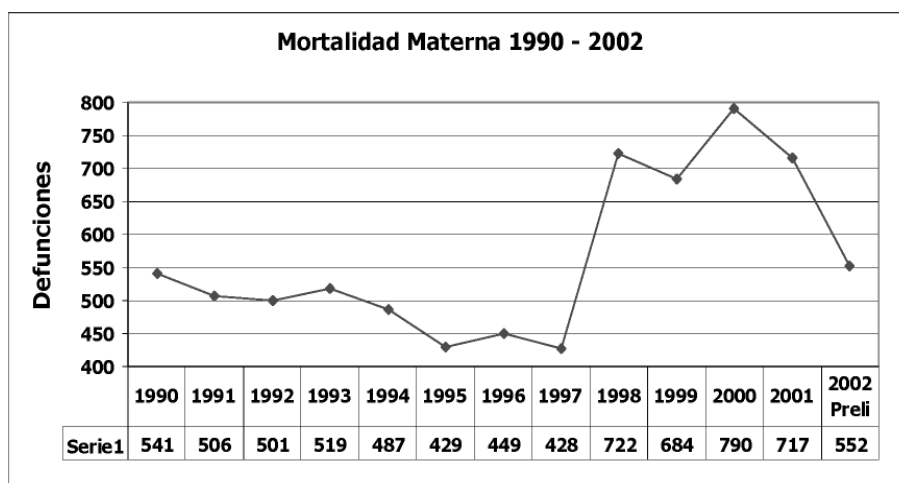
GRAFICO 8

AGENDA INCONCLUSA EN MORTALIDAD MATERNA COMPARATIVA



Fuente: CDC. Achievements in Public Health, 1990-1999: Healthier Mothers and Babies 48 (38) 849-58 1999

GRAFICO 9



FUENTE: Ministerio de la Protección Social.

8. El desarrollo del plan de atención básica es insatisfactorio por sus contenidos, por la ineficiencia en su ejecución y, así mismo, por la falta de institucionalización y coherencia. El papel de los municipios y los departamentos resulta ineficiente, la ejecución de los dineros y sus resultados no es adecuada, no se transforma en un mejoramiento del bienestar de los colombianos, como lo demuestran los indicadores de salud y la vigilancia epidemiológica.

9. Finalmente el papel de la descentralización no se está efectuando. Los objetivos de eficiencia y efectividad no se cumplen, unos casos porque la capacidad de los municipios es muy pequeña frente a los problemas que deben atender y en otros por falta de oportunidad en el flujo de recursos.

2.3 Carencia del Sistema de Información Requerido

En la actualidad la seguridad social no cuenta con un sistema de información confiable, que permita controlar los problemas de corrupción y especulación, que sea útil para instrumentar las decisiones con prontitud, evitando la cultura del no pago. Debilidad que se añade a la falta de estudios rigurosos sobre aspectos tan fundamentales como el valor de la UPC y el Plan Obligatorio de Salud⁴.

La carencia de un sistema de información y de investigaciones previas se convierte en caldo de cultivo para la pérdida de recursos, el embotellamiento en el flujo de fondos y afecta todos los aspectos del sistema como los servicios de salud pública, la prestación de servicios, la financiación, la gestión de recursos humanos, el aseguramiento, y la vigilancia y control. Dificultades que son notorias en dos ejes a) en la ausencia de un registro único de aportantes y sus núcleos familiares, lo cual lleva a la atomización, el desorden, la multifiliación, la duplicidad, los reposos y retrocesos que se traducen finalmente en pérdidas financieras al sistema; b) la identificación imprecisa de la población sujeta a ser beneficiada con subsidios que ha permitido que se filtre la corrupción y la politiquería.

Por otra parte, las instituciones prestadoras carecen en general de estudios de costos y de instrumentos para valorar adecuadamente el precio de sus servicios, agregando que tampoco disponen de información suficiente en temas como perfil epidemiológico de la población, costos por procedimientos, frecuencias de uso por procedimientos, y coberturas de población, que permitan una formación de precios apropiada, que garantice la estabilidad y sostenibilidad financiera de estas instituciones.

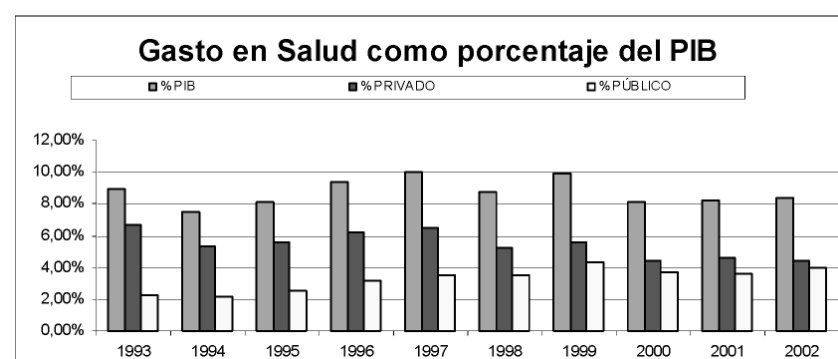
2.4 Financiación

La diversidad de la problemática financiera puede resumirse señalando que primero, Colombia viene haciendo inversiones cuantiosas en salud, sin embargo no ha sido posible conjurar el déficit hospitalario ni existe cobertura universal; algunos hospitales vienen cerrándose y otros parecen próximos a desaparecer; en segundo lugar, el país no ha logrado transformar la oferta en demanda, y por último la ingeniería financiera del sistema es demasiado compleja imponiendo pasos y retenes innecesarios a los recursos; trámites que no agregan valor, por el contrario facilitan prácticas especulativas con los dineros de la salud, haciéndolo sensible e indefenso ante la corrupción.

2.4.1 Gasto en salud

Como se ha señalado actualmente y desde hace algunos años, en Colombia se viene haciendo una inversión en salud que se aproxima al 8% del PIB pero que llegó hasta el 10% en 1997 y 1999, como puede verse en el gráfico 10.

GRAFICO 10



Fuente: Departamento Nacional de Planeación – DNP.

4

A pesar de que el sistema de seguridad social ha conllevado un mayor gasto, se vienen generando efectos redistributivos positivos en cuanto a disminución del gasto de bolsillo y una distribución progresiva de los subsidios, que hoy en día son recibidos por quienes están en los quintiles más pobres, como puede verse claramente en el Cuadro 4 en donde los usuarios más pobres reciben una proporción mucho mayor de las asignaciones.

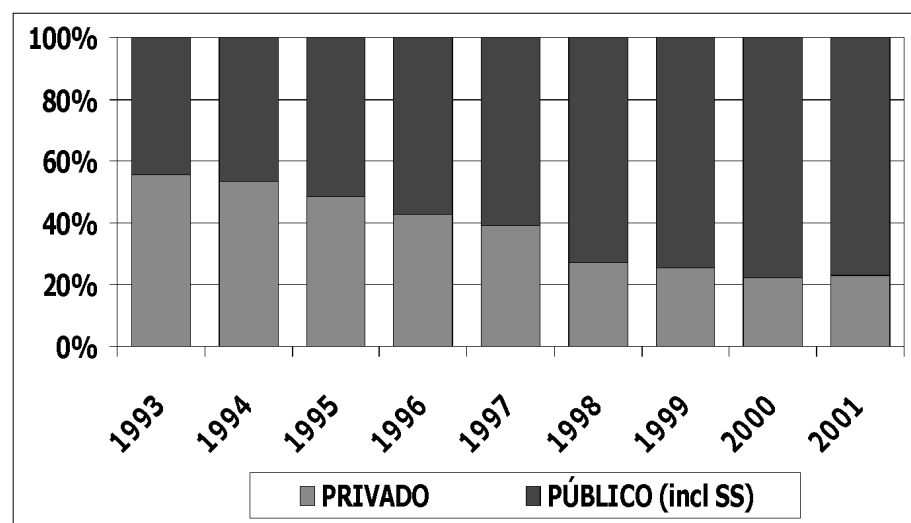
**CUADRO 4
INCREMENTOS PORCENTUALES DEL INGRESO COMO
CONSECUENCIA DE LOS SUBSIDIOS EN SALUD**

	Quintil 1		Quintil 2		Quintil 3		Quintil 4		Quintil 5		Total	
	1993	1997	1993	1997	1993	1997	1993	1997	1993	1997	1993	1997
Subsidiado	10,7	42,8	4,2	12,7	2,68	6,33	1,04	1,17	0,11	0,06	1,36	3,2
Contributivo	1,25	2,7	2,32	2,51	2,64	3,2	1,92	1,16	0,27	-0,27	1,21	0,63

Fuente: Sánchez y Núñez (1999).

La eficiencia en la asignación de subsidios y el resultado positivo del aseguramiento también puede verse en la disminución del gasto de bolsillo (ver gráfico 8).

**GRAFICO 8
PARTICIPACION DEL GASTO PUBLICO Y PRIVADO
DEL GASTO TOTAL DE SALUD.**



FUENTE: Departamento Nacional de Planeación, proyecto Cuentas Nacionales de Salud (cifras preliminares sujetas a revisión).

El gasto de la seguridad social se incluye en el gasto público para diferenciarlo del gasto privado, pues en este último se refleja el gasto de bolsillo de los hogares y gasto en seguros privados. En la gráfico 8 se ve cómo el gasto privado tiene una tendencia a la baja, pero lo más interesante es que esta disminución va acompañada de una mayor satisfacción de los usuarios, tal como reportan las encuestas realizadas (ver cuadro 5).

**CUADRO 5
PERCEPCION DE LA CALIDAD SEGUN NATURALEZA
DE LA EPS**

	EPS privada	EPS pública
Buena	89,23	78,82
Regular	8,9	16,41
Mala	1,85	4,79
Total	100	100

Cuadro 6

PERCEPCION DE LA CALIDAD ISS VS. EPS PRIVADAS

	EPS privada	ISS
Buena	89,23	78,21
Regular	8,9	17,13
Mala	1,85	4,66
Total	100	100

La calificación positiva, que se da en las tablas anteriores se extiende en diversos componentes como el tiempo de atención, no tener problemas

al elegir un proveedor de servicios, la facilidad de elección del personal de atención entre otras, que pueden verse ampliadas en el Cuadro 7.

**CUADRO 7
EVALUACION DE SERVICIOS
POR TIPO DE ASEGURADOR**

	Contributivo	Subsidiado	No asegurado
No problema en escoger proveedor de servicio	75%	70%	69%
No problema en escoger médico con el que está satisfecho	75%	71%	68%
Califica elección como muy buena o buena	81%	80%	76%
Menos de una hora para ser atendido	41%	31%	45%
Obtener atención tan pronto la desea	57%	52%	53%
Califica oportunidad como muy buena o buena	79%	73%	74%
Reporta atención interpersonal como favorable, siempre	41%	44%	42%
Califica atención interpersonal como muy buena o buena	55%	58%	55%
Califica amenidades como muy buenas o buenas	86%	88%	82%

FUENTE: Pinto (2002).

2.4.2 Transformación de oferta en demanda

Por otra parte, aunque la Ley 100 ordenó la transformación de los subsidios de oferta en subsidios de demanda, incorporándolos en el Régimen Subsidiado, dicha transformación solo alcanzó un valor inferior al esperado, e incluso, a partir de 2002 fue suspendida por la Ley 715 de 2001.

**CUADRO 8
TRANSFORMACION DEL SITUADO FISCAL
DE OFERTA A DEMANDA**

	1996	1997	1998	1999	2000
Total Situado Fiscal	1.193	1.198	1.254	1.304	1.176
Subsidio a la demanda	-	129	157	229	229
% Transformado	0,00%	10,80%	12,49%	17,52%	19,48%

FUENTE: Martínez y cols. (2002)

El Situado Fiscal transformado en 2000 sólo representó el 16% de la financiación total de los subsidios a la demanda para ese año, proporción que aumentó a 24,36% en 2001, último incremento antes de que la Ley 715 de 2001 congelara la transformación. La transformación de las Rentas Cedidas por su parte comenzó en 1998 alcanzando un 9,5% del total de los subsidios de demanda en 2001, para convertirse nuevamente en subsidios a la oferta en cumplimiento de la Ley 715 de 2001.

En resumen, la transformación de subsidios de oferta a subsidios de demanda no se ha llevado a cabo como se esperaba y como estableció la Ley 100 de 1993, alcanzando solo una tercera parte de los recursos de oferta.

2.4.3 Flujo de recursos

A pesar de que desde hace varios años se identificó que existen demoras injustificadas para el pago de servicios y en el flujo de fondos, que existían carteras abultadas y (...) los dineros el problema de las carteras y la cultura del no pago no han tenido solución.

De acuerdo con el informe rendido por el gremio que agrupa a clínicas y hospitales, para marzo de este año, el estudio en 95 instituciones afiliadas a esta organización contabilizaba una cartera vencida a más de sesenta días contabilizaba \$918.000 millones, siendo las EPS públicas con y el FOSYGA los mayores deudores. Datos que permiten estimar una cartera actual de 2 billones de pesos. El 22% de esta cartera corresponde a glosas, agregando que en general de estas sólo queda en firme el 1% (Cuadro 9).

Además de lo señalado el Gobierno Central a través de Fondo de Solidaridad y Garantía se ha convertido en uno de los mayores deudores del sistema, como puede verse en el siguiente cuadro:

CUADRO 9
INFORME COMPARATIVO DE LA CARTERA
ENTRE 2002 Y 2003

(Miles \$)	Junio 30	De 2003	Diciembre 31	De 2002
Tipo de deudor	Más de 91 días	Total	Más de 91 días	Total
R. Contributivo	217.870,854	403.477.794	119.281.969	209.441.946
R. Subsidiado	72.295,480	120.857.785	82.745.233	121.911.272
ESTADO	103.872,767	184.994.592	84.168.502	153.941.670
Prestadores	65.599,675	117.569.109	25.055.802	52.358.512
Med.Prepagada	7.627,756	39.337.033	6.988.070	29.062.544
Aseguradoras	14.785,618	35.813.122	12.931.447	30.200.431
Empresas	4.857,517	12.061.305	19.817.033	49.873.912
Particulares	6.754,337	11.589.073		
EAS	1.793,956	6.435.798	1.865.500	44.331.413
Riesgos Profes.	881,891	2.862.831	553.330	1.732.030
Magisterio	221,487	920.382	277.279 -	291.566
Sin clasificar	1.482,798	2.870.520		
Otros deudores	641,529	12.420.492	1.285.290	29.875.617
TOTAL	497.402,607	951.209.835	352.398.86	723.020.913

FUENTE: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas Públicas.

De acuerdo con el informe rendido por las Empresas Solidarias de Salud, los municipios son los mayores deudores del régimen subsidiado, sobre la premisa de que estas empresas mantienen unas cuentas por pagar inferiores en un 100% al valor que estas adeudan a los municipios, como puede verse en el cuadro siguiente.

CUADRO 10
EVOLUCION DE CUENTAS POR COBRAR Y POR PAGAR
DE LAS EMPRESAS SOLIDARIAS 2001-2003

	2001	2002	2003
Total CxP	157.971.545.859	208.481.436.000	143.187.028.545
Total CxC	193.581.174.001	245.080.094.000	311.726.981.458
Afiliados	3.889.505	4.015.995	4.233.863
Total CxP / Afiliado	\$ 40.614	51.912,77	33.819
Total CxC / Afiliado	49.770,13	61.026,00	73.627,08
%UPC por Cobrar	33,18	37,21	40,45
%UPC por Pagar	27,08	31,65	18,58
%UPC Pagado sin recaudar	6,10	5,56	21,87

FUENTE: Gestarsalud

Uno de los problemas más sentidos en el SGSSS han sido la evasión y la elusión de los recursos de los sistemas, lo cual ha impedido desarrollar mayor cobertura, desarrollar e implementar tecnología y técnica de punta entre otras.

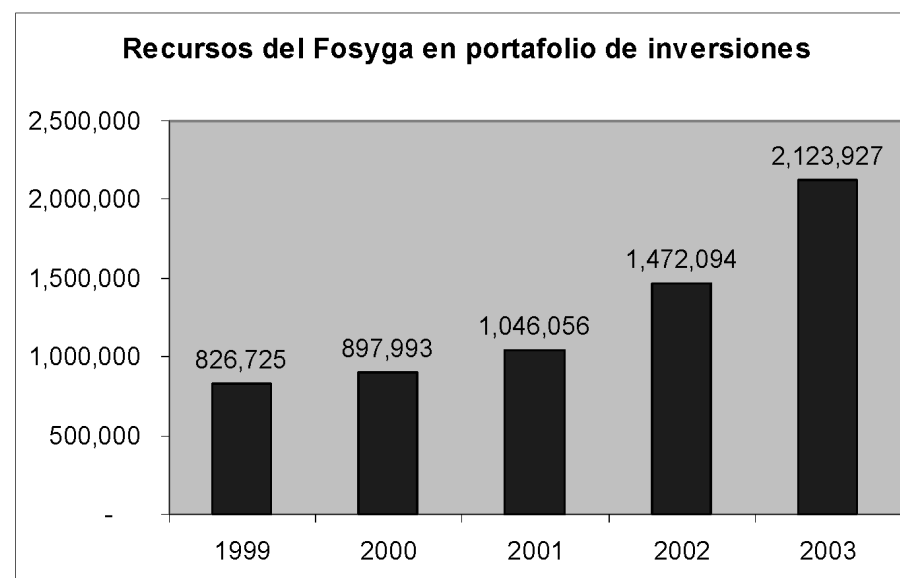
La glosa no pertinente y el inadecuado y demorado flujo de fondos en que incurren municipios, Fosyga, Empresas Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado generan desequilibrios financieros importantes a los prestadores que afectan la prestación de los servicios comprometiendo la calidad y oportunidad de estos a los usuarios.

2.4.4 El cumplimiento de los supuestos de la Reforma y el Aporte del Par y Passu

La inflexibilidad en la presupuestación y utilización de los recursos presupuestales del Fondo Solidaridad y Garantía, como también las continuas modificaciones presupuestales (recortes, aplazamientos, traslados, etc.), han generado e imposibilitado la utilización del total de recursos y por ende la ampliación de coberturas. Así lo expuso

claramente el Contralor General de la Nación presentando el incremento de inversiones en TES y otros títulos con los dineros del régimen subsidiado.

GRAFICO 11



FUENTE: Contraloría General de la Nación

2.4.4.1 La necesidad de mejorar las garantías financieras

La quiebra de varias entidades ARS y EPS, y las condiciones financieras de algunas de ellas, deben ser motivo de preocupación y solución. Es un hecho conocido que la liquidación de algunas de estas entidades o su desaparición causó pérdidas a las IPS y otros acreedores, fenómeno que genera desconfianza y falta de transparencia en el sistema. Para solucionar estos temas es preciso mejorar los indicadores y exigencias financieras a las empresas que se encarguen del aseguramiento y en segundo lugar laceración de un fondo de garantías que proteja de las quiebras a los prestadores y otros acreedores.

2.4.4.2 Corrupción y conductas rentísticas improductivas

Se han vuelto recurrentes los escándalos por corrupción, en diferentes puntos e instituciones del sistema de salud. Esta situación además de que es inadmisibles, le genera costos enormes al sistema de salud en contra de la cobertura y viene desprestigiando al sector y toda la institucionalidad.

2.4.4.3 Sostenibilidad y supuestos que viabilizan el sistema

Un punto muy importante que es necesario evaluar es el incumplimiento de los supuestos macroeconómicos que daban viabilidad a la Ley 100, y a los cambios que viene teniendo el empleo, tanto por temporalidad como por subempleo, como se muestra en los gráficos 12 y 13.

GRAFICO 12
SUBEMPLEO Y TEMPORALIDAD

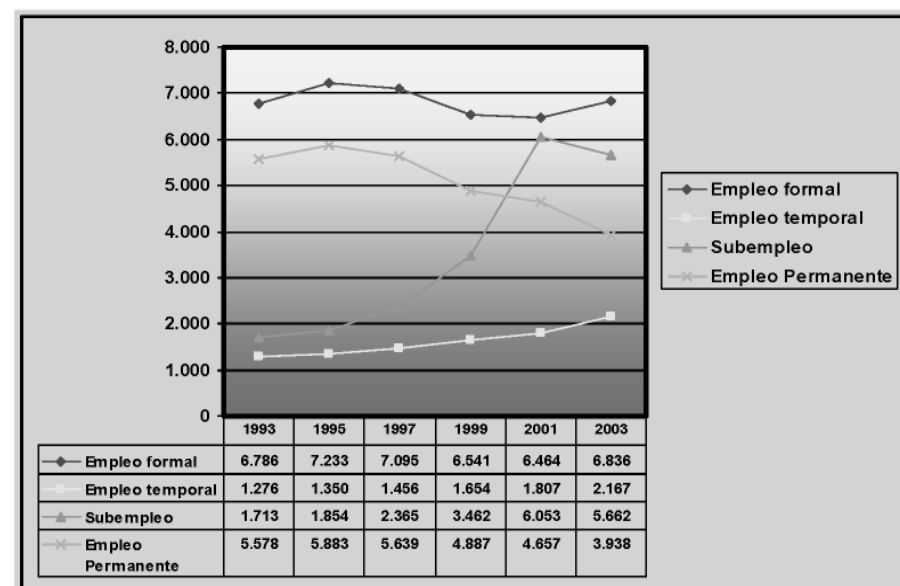
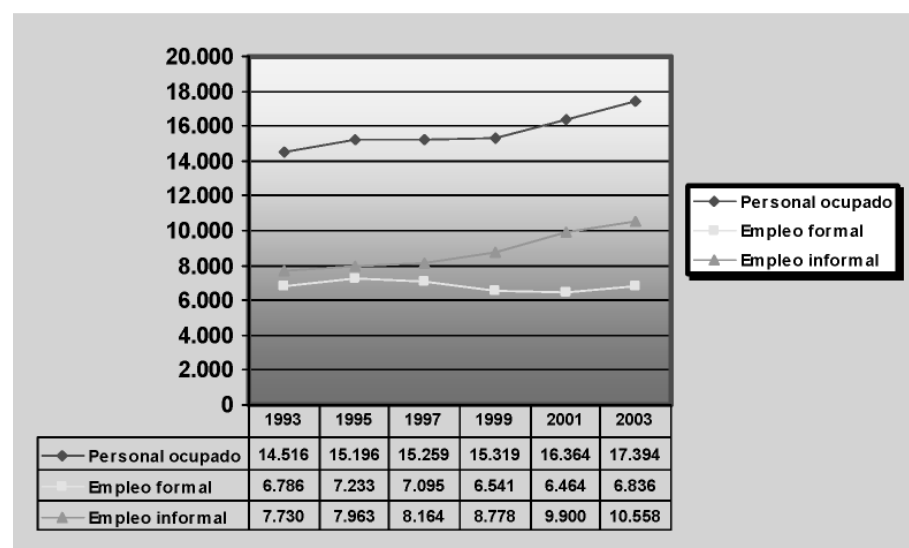


GRAFICO 13
EMPLEO FORMAL E INFORMAL



CUADRO 12
¿ALCANZAN LOS RECURSOS?,
RECURSOS EN SALUD (2002)

Seguros privados	1.265.205	7.4%
Gasto familias	2.474.480	14.5%
SGSSS	7.135.799	41.7%
Direcciones Seccionales y Locales	4.130.354	24.2%
Minsalud y entidades adscritas	1.203.321	7%
Sistemas especiales de salud	877.014	5.1%
Otras dependencias oficiales	15.077	0.8%
TOTAL	17.101.250	100%

Un aspecto sobre el cual se reflexionó es el monto de los recursos de la salud, encontrando que por su magnitud es posible alcanzar la cobertura universal, como muestra el cuadro anterior.

2.5 Vigilancia y control

Que las instituciones de vigilancia como la Superintendencia Nacional de Salud no tiene capacidad ni desarrolla adecuadamente controles sobre la corrupción y garantizar el cumplimiento de los requisitos y condiciones óptimas de funcionamiento de las instituciones del sector, esto ha generado insuficiente prestación de los servicios a las personas y pérdida de recursos en el sector.

Las tareas de inspección, vigilancia y control, frente a la función de financiamiento, deben abarcar el recaudo por parte de las EPS, los sistemas de información de que se disponen, las acciones de cobranzas ante eventuales moras, las medidas que se toman para evitar las dobles afiliaciones y el grado de coordinación existente entre las EPS para desarrollar el control de los recaudos la operatividad del registro único de aportes (RUA) y en fin, todas las acciones tendientes a asegurar que los recaudos corresponden de manera efectiva a los recursos que deben ingresar al sistema por el régimen contributivo. De igual manera se debe verificar que los traslados de recursos a los aseguradores se haga de forma oportuna.

Proceso de asignación de recursos presupuestales (régimen subsidiado)

Se debe verificar el proceso de la forma como se asignan los recursos presupuestales a las diferentes regiones del país; la conformación y actualización del SISBEN, la oportunidad de traslado de los recursos y la cuantía de los mismos.

LAS TAREAS DE LA FUNCION DE SUPERVISION FRENTE AL ASEGURAMIENTO

En lo que corresponde a la función de aseguramiento los procesos abarcar por la inspección, vigilancia y control son los siguientes:

Proceso de entrada y salida de aseguradores:

Cobija tanto aquellas empresas del régimen contributivo (EPS), como las del régimen subsidiado (ARS). Para la entrada de las empresas este proceso implica la verificación del cumplimiento de las condiciones requeridas para desempeñarse como asegurador, con posterioridad debe realizarse una revisión permanente sobre los niveles de solvencia y de liquidez considerados como los más importantes a nivel financiero. Asimismo, cuando un asegurador haya perdido las calidades que le permiten desarrollar sus operaciones es preciso definir la salida del asegurador estableciendo los parámetros que tienen este acto y la forma como han de ser solucionados los problemas de los afiliados.

Proceso de manejo de portafolios:

Debe verificarse el manejo del portafolio de los aseguradores, estableciendo que sus políticas de tesorería se ajustan a lo permitido legalmente sin realizar inversiones de alto riesgo ni que menoscaben sus condiciones de liquidez.

Procesos de gastos de administración:

Debe verificarse que los gastos de administración de los aseguradores no sobrepasen los límites indicados propendiendo en todo momento por el mejoramiento de la gestión y la disminución del peso de estos gastos.

Proceso de pagos:

Se debe verificar los procesos de pagos de los prestadores por parte de cada uno de los agentes, de igual manera se debe hacer una supervisión de los planes de beneficios a sabiendas de que esta tarea corresponde al Ministerio de la Protección Social.

LAS TAREAS DE LA FUNCION FRENTE A LA PRESTACION DE SERVICIOS

Frente a la prestación de servicios, los procesos más importantes son los siguientes:

Proceso de entrada y salida de prestadores: se debe verificar que los prestadores han acreditado de manera suficiente los requisitos esenciales mínimos para fungir como tales teniendo en cuenta que el subsector de prestación también es escenario de competencia regulada.

Proceso de organización y funcionamiento:

Se debe controlar la organización y funcionamiento de los prestadores de servicios a partir de indicadores financieros básicos.

Procesos de asunción de riesgos:

Se debe controlar que los prestadores circunscriben la Asunción de riesgos a sus capacidades financieras. Para ellos es fundamental la verificación de los tipos de contrato que se establecen con los aseguradores incluida la integración vertical entre prestadores y aseguradores.

LAS TAREAS DE LA FUNCION DE SUPERVISION FRENTE A LA CONCEPCION GENERAL DEL SISTEMA

Finalmente es conveniente establecer las tareas de supervisión frente al sistema general sin que ellas sean específicamente aplicables a una de las funciones sino que constituye, por así decirlo, el norte bajo el cual se debe orientar el modelo de inspección de vigilancia y control, por un modelo de competencia regulada, tal como ha sido diseñado en Colombia.

Definición de esquemas de eficiencia en la gestión y administración del sistema:

A través del establecimiento de indicadores de gestión, la supervisión debe convertirse en coayudante esencial en la consecución de esquemas de eficiencia en la gestión y administración de las distintas entidades que operan al interior del sistema.

2.5.1 Simplificación de trámites

Un elemento central de la supervisión es auspiciar la simplificación de los diferentes trámites que se surten al interior del sistema. A manera de ejemplo dentro de estos trámites es preciso mencionar los giros de recursos a las DTS y de estas a las ARS: los procedimientos de facturación y pago de la misma entre prestadores y aseguradores la recepción y atención y respuestas de las quejas, reclamos y sugerencias de los usuarios.

2.5.2 Simplificación de regulación y normas:

La regulación y las normas que soportan la supervisión deben ser claras, precisas, comprensibles y de fácil acceso. Para ello es preciso que se proceda a simplificar las normas de supervisión en aras del cumplimiento de los preceptos mencionados.

2.6 Prestación y aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud

La problemática de prestación de servicios se ubica en varios niveles comenzando por el modelo de atención, el plan de beneficios, la calidad, el flujo de recursos, las relaciones de EPS e IPS y los costos.

2.6.1 Atención gestionada y administración por niveles

Con la reforma de la seguridad social el país adoptó como modelo de atención la atención gestionada mediante “articuladores”, en este caso EPS y ARS. No obstante este enfoque llamado a sustituir el viejo modelo que, organizado jerárquicamente por niveles y grados de complejidad, no se ha desarrollado adecuadamente.

Es importante señalar que a Colombia ya se había traído el ordenamiento por criterios de niveles y grados de complejidad con el objeto de regular el acceso a los servicios, y por lo tanto su costo; luego que fuera creado hace ochenta años en el sistema de salud inglés, observando que en ese país esta ordenación se acompañaba de una responsabilidad estatal de aseguramiento. Concepto que resultó insuficiente y pasivo para ordenar los servicios puesto que muchas personas, sin requerirlo, acudían a los niveles más complejos y costosos, y al crecimiento desordenado de los portafolios de servicios de los hospitales. Luego, con la Ley 100, se decidió que ese papel no sería pasivo, quedando a cargo empresas como las EPS, capacitadas para ubicar los pacientes, seleccionar servicios de calidad y garantizar el acceso no sólo a un médico sino a una red íntegra de servicios, cuidando la continuidad del servicio. No obstante este propósito, el de incorporar a Colombia en el modelo de la atención gestionada, mucho más moderno y eficaz, viene presentando enormes dificultades que comienzan por la incapacidad de muchas ARS e incluso EPS, para constituirse en empresas de este nivel de tecnología, solvencia y respaldo.

El desarrollo inadecuado del concepto de gestión o mejor dicho su falta de desarrollo, ha conducido a la aparición de prácticas de intermediación que no agregan valor al proceso sino que trasladan esta responsabilidad a los prestadores bajo modalidades de contratación leoninas, que inciden en la mala prestación del servicio y que son caldo de cultivo al posible cobro de comisiones de intermediación por la asignación de los mismos. Condiciones contractuales que dejan sin la verificación de calidad el servicio y del acceso a los mismos y conducen a la idea equivocada de que las EPS o ARS son simplemente ventanillas de pago, sin responsabilidades en la gestión del riesgo, en el ofrecimiento de una red de servicios, de comunicaciones, del transporte, de la obtención de servicios de calidad a precios razonables y que son la garantía de un seguro.

2.6.2 Calidad y acceso en la prestación de servicios

Aunque el país viene haciendo adelantos enormes en el tema de calidad, tiene establecidos un sistema de habilitación y viene desarrollando el de acreditación, el desarrollo inadecuado de la gestión de los servicios (atención gestionada) viene incidiendo en restricciones a la práctica médica y el desempeño de los profesionales, con medidas restrictivas que no siempre conducen a la racionalidad económica sino al racionamiento de los servicios de una forma contraproducente, asunto que es evidente en el uso de la tutela. En este sentido la Defensoría del Pueblo explicó que el 66,2 % de las tutelas se debe a medicamentos no POS y asimismo que en un muestreo realizado en 1997 se detectó que el 58% de las tutelas también correspondía a medicamentos como principios activos incluidos en el POS. También señaló la Defensoría que existían tutelas para obtener citologías cérvico-uterinas, vasectomías y vacunas.

2.6.3 Plan de beneficios

Uno de los principales dolores de cabeza de prestadores, afiliados y aseguradoras es el diseño actual de los planes de beneficios, mucho más en el caso del régimen subsidiado. Su disposición actual presenta

una composición que impide el diseño de modalidades de atención ordenadas por prioridades estratégicas, necesarias para atender grupos de edades, enfermedades o para introducir enfoques preventivos y familia. Así mismo se ofrece un listado de servicios que interrumpido o garantizado a pedazos, dejando a las aseguradoras en conflicto con los usuarios y a los hospitales encargados de cobrarles a los pacientes otros contenidos o insumos que deberían estar asegurados. Ejemplos como la continuidad de los tratamientos de cáncer cérvico-uterino, para las pacientes detectadas con la citología ilustran claramente el problema, así como lo demuestra la aplicación de periodos de carencia para enfermedades como el VIH/sida y la falta de garantía para atender a sus contactos, a pesar que esa es una prioridad de vigilancia epidemiológica.

2.6.4 Reestructuración

Desde hace algunos años el país viene haciendo un proceso de reestructuración hospitalaria, efectuando inversiones importantes como se muestra en el Cuadro 12:

CUADRO 12
EJECUCION RECURSOS ASIGNADOS VIGENCIAS
1999, 2001 Y 2002

Año de asignación	Valor asignado Miles \$	Valor ejecutado Miles \$	% de ejecución
1999	141.875	137.656	97,0
2001	50.000	49.998	100,0
2002	51.700	51.419	99,5
2003	42.585	En ejecución	
Total	286.160	239.073	98.2*

FUENTE: Ministerio de Protección Social

Los resultados de este programa son variables. En general se encuentra que los hospitales reestructurados mejoran su desempeño, no obstante las medidas que se toman quedan expuestas a la voluntad de los gobernantes de turno y en varios casos se encuentra que el esfuerzo de varios años se echa atrás en pocos meses. La respuesta del Ministerio explica estos resultados así:

“Recuperación y mantenimiento de la operación de instituciones que estaban a punto de cierre; Reducción promedio del 20% en el gasto total de las instituciones con mantenimiento o incremento de producción, lo que implica incremento de la productividad institucional; Generación de instituciones con operación en equilibrio en la mayor parte de las instituciones incluida; Mejor desempeño en instituciones con cumplimiento de los compromisos incluidos en los convenios suscritos con el Ministerio. En términos financieros, en el conjunto de hospitales que suscribieron convenios de desempeño en el año 1999, y en el resultado en términos de productividad, se observa la reducción en el gasto como resultado del proceso, el cambio en la tendencia entre el ingreso y el gasto de estas instituciones y la reducción del costo promedio de los productos hospitalarios, lo que se traduce en una mayor productividad.”

A pesar de este esfuerzo y de sus resultados existe la necesidad de reformular esta estrategia como medidas complementarias de modernización y organización por redes.

2.6.5 Integración vertical

La prestación de servicios de salud por parte de las Empresas Promotoras y las Administradoras del Régimen Subsidiado distorsiona los roles de cada agente del SGSSS, generando no calidad de los servicios, demoras en la atención, selección adversa, exclusión, entre otras.

Según explicó el Ministerio, se adoptó en 1993 para adoptar el sistema a la situación del ISS que estaba integrado, no obstante hoy en día esta condición no tiene ningún sentido y por el contrario viene ocasionando enormes dificultades en dos sentidos a) distorsiona el papel de aseguradores y prestadores y b) incide negativamente en el ejercicio profesional de los trabajadores del sistema de salud.

2.6.6 Vinculados

A los hospitales públicos no se les cancela el 100% de los servicios prestados a los no afiliados. Lo que ha generado déficit importante en las operaciones financieras de estos. Este es un problema fundamental que reclaman los prestadores con facturas sin apropiación presupuestal y que no están contabilizadas por mecanismos de contratación previamente establecidos.

2.7 Recursos Humanos

Se encuentra que la oferta de la formación de recursos humanos no se adapta a la demanda de empleo y a las necesidades del país y adicionalmente, que la oferta de recurso humano se encuentra concentrada en las grandes ciudades. Un inventario que resume la oferta de recurso humano se presenta en el siguiente cuadro:

CUADRO 13

STOCK DE ALGUNAS PROFESIONES Y OCUPACIONES DE RECURSO HUMANO EN SALUD POR CATEGORIAS OCUPACIONALES PARA EL AÑO 2000

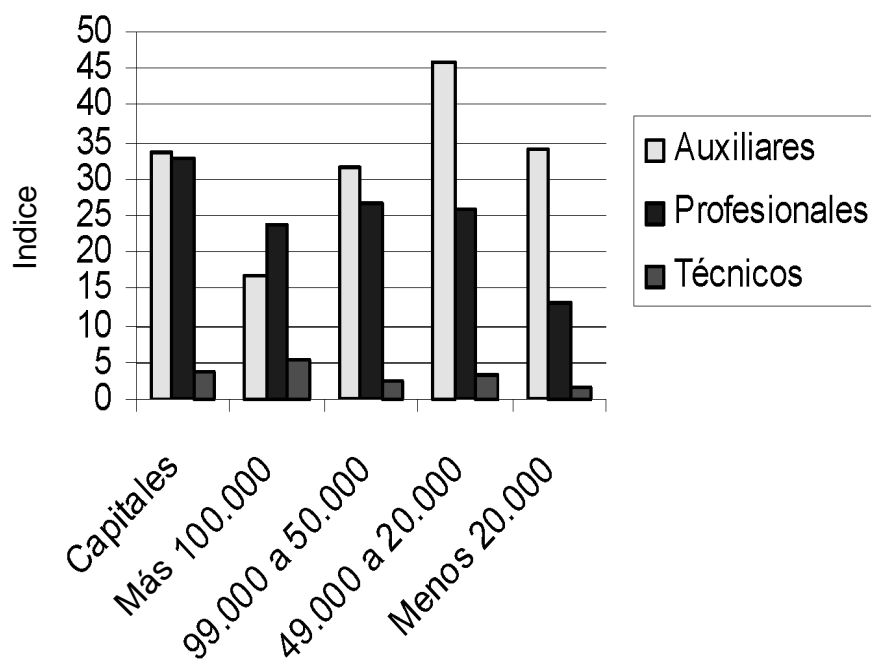
Categoría	Número	% Participación	Relación número de personas X 1.000
Total	216.587	100	5.30
Médicos	51.118	24	1.25
Profesional de Enfermería	21.976	10	0.54
Auxiliar de Enfermería	76.009	35	1.86
Odontólogo	28.310	13	0.69
Terapias	16.078	7	0.39
Bacteriología y Nutrición	23.096	11	0.57

FUENTE: Programa de Apoyo a la Reforma, Universidad de Antioquia

Aunque no es posible hacer una evaluación exacta que permita decir si estas proporciones de recurso humano son suficientes para atender a la población colombiana⁵, es necesario tener en mente que el índice de enfermeras profesionales es muy bajo, y que el de médicos supera los valores de referencia internacional para países en consolidación económica como Colombia. Por otra parte, estos profesionales no se distribuyen uniformemente en la geografía nacional, concentrándose en las grandes ciudades. Así se puede ver en el siguiente gráfico.

GRAFICO 14

DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE RECURSO HUMANO POR 10.000 HABITANTES

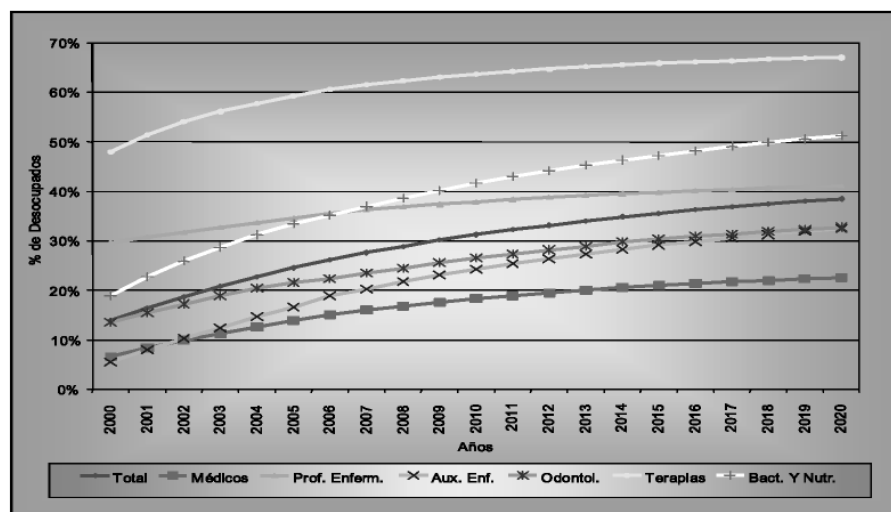


FUENTE: Programa de Apoyo a la Reforma, Universidad de Antioquia

A pesar de que pareciera que los recursos humanos disponibles son escasos y que existe como se ha dicho una proporción apreciable de la población sin cobertura de aseguramiento, existen hoy también niveles de desempleo crecientes, en algunos casos críticos como en el de los fisioterapeutas, odontólogos y bacteriólogos los cuales pueden estar entre un 40 al 50%. A continuación se presenta un gráfico mostrando los niveles de desempleo por disciplinas:

GRAFICO 15

PROYECCION DE DESEMPLEO, 2000 -2020

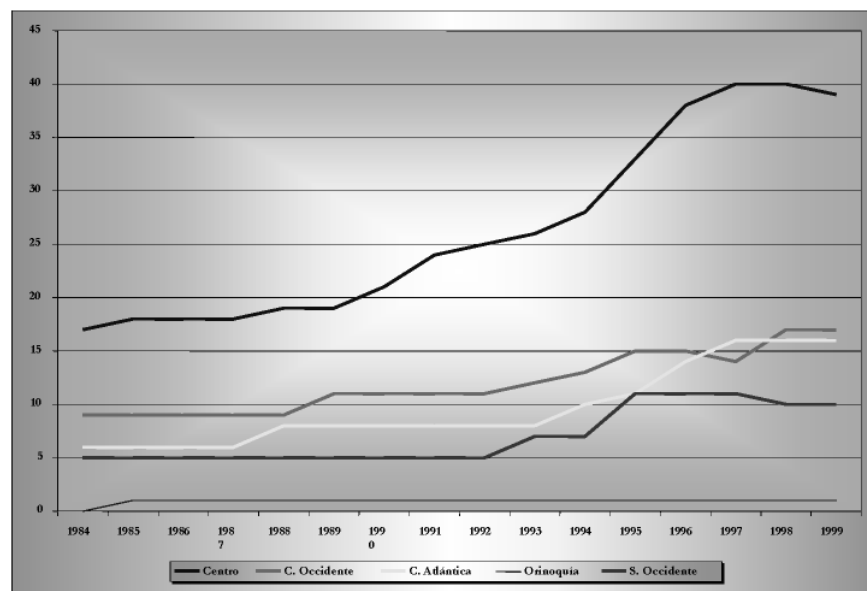


FUENTE: Programa Apoyo a la Reforma. Cendex.

Un fenómeno que fue motivo de gran preocupación entre todos los asistentes a la Subcomisión Accidental es la política de formación de profesionales y técnicos en áreas de la salud, considerando que ya existen niveles elevados de desempleo en algunas disciplinas y que se estima formando cohortes cada vez mayores de ellos sin una expectativa clara de empleo en el futuro. La situación de los médicos explica muy bien este interrogante puesto que existiendo ya un nivel de desempleo del 10%, vienen formándose el doble de las cohortes desde hace algunos años, debido a la proliferación de la oferta educativa, como muestra el siguiente gráfico.

GRAFICO 16

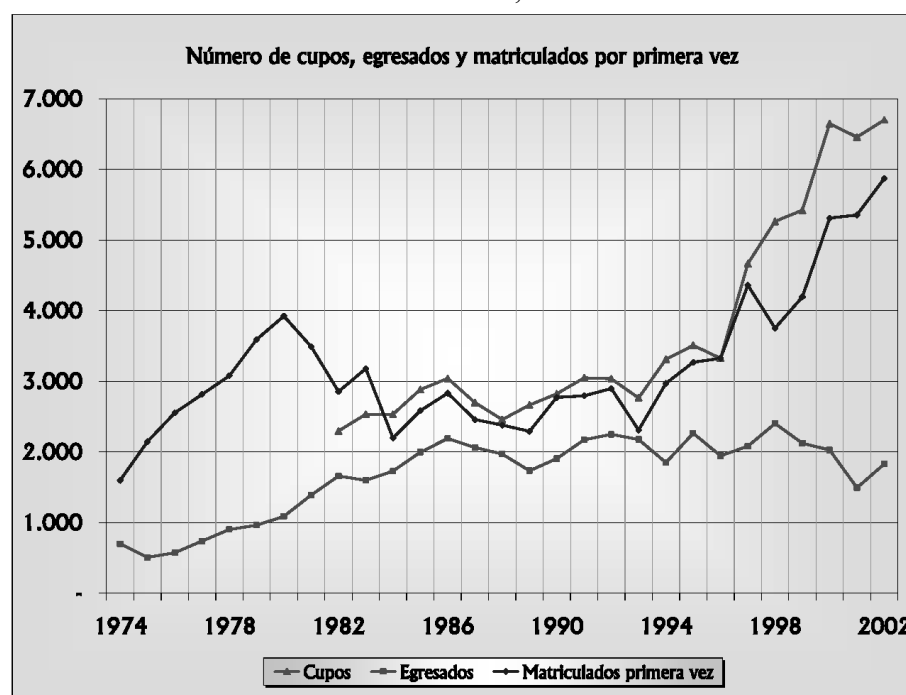
CRECIMIENTO DE LA OFERTA EDUCATIVA DE SALUD POR REGIONES



FUENTE: Programa Apoyo a la Reforma. Cendex.

La proliferación de la oferta educativa se ha venido observando desde la expedición de la ley 30 de 1994 y se acentúa en 1999, quiere decir que hoy en día existe el doble de estudiantes, y que en muy poco tiempo saldrá al mercado una proporción muy elevada de profesionales que casi duplicará la oferta actual. Este fenómeno se aprecia con claridad en el siguiente gráfico.

⁵ Considerando que estos valores son variables en concordancia con el modelo de atención que se adopten en cada lugar y país.

GRAFICO 17**NUMERO DE CUPOS, EGRESADOS Y MATRICULADOS POR PRIMERA VEZ, MEDICINA**

FUENTE: Programa de Apoyo a la Reforma. Cendex

Lo anterior deja ver el problema que presenta el país en el tema de Planificación del recurso humano, agravado por la ausencia de un organismo de dirección, que tenga información y análisis de datos por los diferentes actores que evite iniquidad en la distribución geográfica por disciplina como por categoría del recurso humano.

Además del problema de desequilibrio de la oferta y demanda de recurso humano en salud, este pasa también por problemas de calidad y pertinencia de la formación, los estudios demuestran que los contenidos académicos de la formación no son coherentes con las respuestas a las necesidades y problemas de salud de la población ni del sistema de SGSSS. También se observa la carencia en la investigación y el énfasis en la instrucción dentro de la formación del recurso humano.

La distorsión de roles del recurso humano en salud por las nuevas funciones originadas en el SGSSS ha ocasionado cambios en la vida laboral por la contratación con terceros, flexibilización, disminución salarial, aumento del desempleo y una deserción del personal del sector salud.

Por último el ejercicio profesional del recurso humano en salud ha sido afectado por el exceso, inconsistencia, contradicción, obsolescencia y/o superposición de normas relacionadas con la formación, el ejercicio, el desempeño y la ética del personal de salud.

3. CONTENIDO TEMATICO DE REFORMA QUE CONTIENE ESTA LEY

Como puede concluirse en el diagnóstico, los colombianos emprendimos una reforma a la seguridad social con una clara decisión: mejorar el nivel de salud y el acceso a los servicios de salud, modernizando las relaciones sociales. No obstante, diez años después de desarrollar este esfuerzo existen signos de estancamiento en aspectos como cobertura, sistema de información, modernización institucional, transformación de la oferta a demanda, y garantía de los servicios, planes, programas, y proyectos en salud pública. También se presentan corrupción, conductas rentísticas improductivas con los recursos de la salud y la cobertura universal. Es decir estamos en un medio camino que requiere decisiones progresistas, de fondo, que rompan las dificultades expuestas de una forma contundente. Cumpliendo con esa decisión el presente proyecto de ley se acoge a los siguientes principios:

1. La reforma al sistema de salud y su funcionamiento debe enmarcarse en el concepto de la salud pública, dotando la ley de los instrumentos conceptuales, políticos y operativos necesarios.

2. Es necesario garantizar la cobertura universal. El país no puede retroceder en la garantía de un seguro que contenga los servicios básicos de salud bajo relaciones sociales modernas distintas de la caridad.

3. Existen recursos considerables que permiten garantizar la cobertura universal.

4. Se deben eliminar de forma definitiva los problemas que permiten o inducen las demoras en el flujo de recursos y las conductas rentísticas improductivas.

5. Se debe simplificar el sistema de salud cerrándole el paso a la corrupción y las conductas especulativas con los dineros de la salud, garantizando que lleguen a su destinatario final que es la población colombiana.

6. Se debe garantizar a todas las organizaciones e instituciones que participan del sistema de seguridad social que cumplan adecuadamente sus roles, de una forma eficiente y especializada, dedicándose a la misión que les corresponde.

7. El sistema de salud debe conducir a la calidad.

8. Proteger a las instituciones públicas y en general a las instituciones de la salud que los colombianos hemos construido con nuestro esfuerzo durante muchos años, de una forma progresista, mejorando su capacidad de gestión y desempeño.

Principios que se harán realidad profundizando el aseguramiento, y consiguiendo la cobertura universal rápidamente. Objetivo que solo puede lograrse con la participación constructiva de todas las instituciones del sector, resolviendo de tajo los problemas presentados. Medidas y objetivos que se harán realidad con esta ley para hacer realidad los objetivos constitucionales. Las metas son las siguientes:

1. Se ordena la cobertura universal. Todos los colombianos tendrán que estar afiliados al sistema de acuerdo con su capacidad de pago, de manera que aquellos con capacidad de pago podrán autofinanciarla y quienes carezcan de recursos podrán obtener subsidios totales o parciales suficientes para obtener el plan de beneficios. Esta es una decisión fundamental que permitirá:

a) Eliminar el clientelismo y la corrupción, porque nadie tendrá que pedir el "favor" de ser atendido;

b) Se elimina el principal incentivo que hoy existe para el riesgo moral y la selección de riesgo;

c) Se lograrán mejores estándares de vida;

d) Se ampliarán los recursos para la salud, mejorando con ello el mercado disponible para los profesionales y técnicos de la salud y para los hospitales públicos;

e) Se habilitan nuevas posibilidades de reordenación y modernización de los hospitales públicos y privados;

f) Se crean mecanismos ciertos y eficaces para asegurar a las poblaciones pobres y vulnerables migrantes, desplazadas o que por alguna razón de movilidad no vienen obteniendo el servicio a pesar de estar subsidiados.

2. Se fortalece el aseguramiento y se crean verdaderas entidades aseguradoras, con la modernización y reestructuración de las ARS, la especialización de las EPS.

3. Se prohíbe la integración vertical garantizando que las EPS se dediquen a lo que deben hacer y que los hospitales puedan presentarse a la competencia con eficiencia, renovando sus inversiones.

4. Se protegen los hospitales con la fijación de tarifas mínimas obligatorias, y con la prohibición de la integración vertical.

5. Se crean mecanismos para proteger a los profesionales como los protocolos y la prohibición de la integración vertical y adicionalmente se fortalece el financiamiento del sector, medida que redundará en una mayor demanda de sus servicios.

6. Se crea un nuevo plan de beneficios: Más racional sin rupturas ilógicas para la continuidad de los servicios y de acuerdo con las necesidades de los colombianos, el perfil epidemiológico y la situación real de la oferta.

7. Se establece la salud pública como el elemento principal que rige la salud y se dota a todas las instituciones de herramientas financieras operativas y técnicas para hacer planes, programas y proyectos de una forma coherente. En vista de los siguientes:

8. Se crea una subcuenta específica de salud pública, que concentra todos los recursos nacionales, complementados con los dineros de la

UPC, que permitirán a cada nivel territorial cubrir las necesidades del país con una orientación estratégica y lógica.

9. Se fortalece al INS y los laboratorios departamentales. El INS encabezaré la salud pública como ente operativo y estratégico y el Ministerio de la Protección Social desde la política de salud pública.

10. Se crean medidas definitivas contra la corrupción, la cultura del no pago y el embotellamiento de recursos.

1. Se fortalece la capacidad de vigilancia y control territorial, dándole capacidad de sanción a las secretarías departamentales y distritales.

a) Se crea la central única de recaudo que permitirá controlar los dineros que ingresan al régimen contributivo;

b) Se fortalece la superintendencia Nacional de Salud y se crea un mecanismo de elección transparente de las EPS que operen el régimen subsidiado;

c) Se mejora el sistema de información con el registro único de recaudo.

2. Se crea una fiducia privada el FOCO, como mayor capacidad de ejecución, que concentra la mayoría de los recursos de salud pública y régimen subsidiado eliminando todos los pasos y retenes innecesarios para los recursos.

3. Se crea un fondo de garantías que protege a los prestadores y los acreedores de las EPS y EPS del riesgo de la quiebra, obligando a las instancias de vigilancia y al ejecutivo a extremar las medidas de vigilancia, protección y garantía financiera que deben tener estas entidades.

4. Se especializan las tareas de los alcaldes, los departamentos, los hospitales y de cada uno de los actores del sistema, de manera que este se desarrolle de una manera eficiente y ...

Medidas que deberán se complementadas con una revisión posterior del código sanitario o Ley 9ª de 1979, la discusión de una reforma estatutaria que permita establecer un plan obligatorio de salud universal íntegro y sobre todo viable, correspondiente con la capacidad y las necesidades de los colombianos. Medidas todas que comienzan con el contenido de la siguiente ley.

Autores, los honorables Senadores:

Rafael Pardo Rueda, Mauricio Pimiento Barrera, Dilian Francisca Toro, Eduardo Benítez,

Dief Maloof, Gustavo Enrique Sosa, Ramiro Luna, Rafael Medina.

Honorable Representante, *Carlos Ignacio Cuervo.*

SENADO DE LA REPUBLICA

SECRETARIA GENERAL

Tramitació de Leyes

Bogotá, D. C., 22 de julio de 2004

Señor Presidente:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de ley número 31 de 2004 Senado, *por la cual se realizan modificaciones al sistema de Seguridad Social en Salud*, me permito pasar a su Despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General. La materia de que trata el mencionado proyecto de ley, es competencia de la Comisión Séptima Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., 22 de julio de 2004

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

Cúmplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Luis Humberto Gómez Gallo.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

SENADO DE LA REPUBLICA

Secretaría General

(artículos 139 y ss. Ley 5ª de 1992)

El día 22 del mes de julio del año 2004, se radicó en este despacho el Proyecto de ley número 31, con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales por los honorables Senadores *Dilian Francisca Toro*, y otros.

El Secretario General,

Emilio Otero Dajud.

* * *

PROYECTO DE LEY NUMERO 33 DE 2004 SENADO

por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Sgsss) y se dictan otras disposiciones respecto al fortalecimiento del ejercicio de las profesiones de la salud.

El Congreso de la República de Colombia, con base en los artículos 48, 49, 356 y 365 de la Constitución Nacional,

DECRETA:

CAPITULO I

TITULO I

NORMAS GENERALES

Artículo 1º. *Reestructuración y objetivo.* La presente ley reestructura el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Sgsss) como un servicio público esencial de carácter obligatorio, el cual se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, encargado de desarrollar en forma armónica y coherente los principios establecidos en la Constitución Nacional, a través de los siguientes objetivos específicos:

a) Fundamentar el Sgsss en los principios de universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia, centralizado políticamente y descentralizado administrativamente y financieramente hasta el nivel departamental, distrital y de las ciudades capitales. Esto con el fin de ampliar la cobertura, pero no sólo en términos de carnetización sino de real prestación de servicios en todos los niveles de atención;

b) Asegurar la óptima calidad científica, técnica y ética de la atención de la salud fortaleciendo el profesionalismo médico y promoviendo su enriquecimiento intelectual y científico;

c) Crear el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud para simplificar, reunir y actualizar todas las normas existentes en materia de Seguridad Social en Salud;

d) Crear un Sistema de Información del Sgsss y el Registro Unico de Aportantes (RUA) al Sistema General de Seguridad Social en pensiones, salud y protección laboral;

e) Crear la Comisión Reguladora de la Seguridad Social en Salud, en reemplazo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para que cumpla su función de ser el organismo rector y director del Sistema;

f) Garantizar la atención de la salud como un servicio público a cargo del Estado, asegurar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, mediante la superación de la crisis hospitalaria nacional y garantizando el flujo oportuno y equitativo de recursos en el régimen subsidiado, mediante el giro directo de los mismos;

g) Otorgar al Ministerio de la Protección Social y las Direcciones Seccionales el liderazgo y la responsabilidad de la administración y financiación de los programas de fomento, promoción de la salud, prevención de la enfermedad crónica y degenerativa, de las enfermedades laborales, de los accidentes y de los programas de control de Fiebre Amarilla, Dengue, TBC, Malaria, Cólera, Lepra, Leishmaniasis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades emergentes y reemergentes, programas de vacunación y los contenidos del Plan de Atención Básica (PAB), sin perjuicio de las actividades obligatorias que les correspondan a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC);

h) Crear el Fondo de Educación Médica de Posgrado e Investigación para dar soporte a la capacitación del personal de salud y a la investigación

científica, como actividades fundamentales para incrementar el capital intelectual y la generación del conocimiento, lo cual es garantía de calidad en cualquier sistema de salud;

i) Crear el Fondo Nacional de Aseguramiento de las Enfermedades Catastróficas o de Alto costo (FEAC);

j) Crear mecanismos para agilizar el pronto y equitativo pago de los servicios que prestan las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los profesionales de la salud;

k) Crear un período de transición para el Instituto de Seguros Sociales (ISS) con objetivos específicos;

l) Establecer normas generales tendientes a fortalecer el ejercicio de las profesiones de la salud y respetar su autonomía para incentivar la calidad y la humanización en la prestación de los servicios;

m) Fortalecer la Superintendencia Nacional de Salud como instrumento principal de vigilancia y control del Sgsss;

n) Controlar el monopolio derivado de la integración vertical;

o) Racionalizar los costos administrativos de las entidades aseguradoras;

p) Definir que los recursos que ingresan a las empresas administradoras de planes de beneficios, tanto en el sector contributivo como en el subsidiado y los que se generen por concepto de intereses, dividendos o cualquier otro ingreso derivado de ellos, constituyen un patrimonio autónomo, propiedad del Sgss que sólo puede ser reinvertido en mejoramiento y ampliación de los servicios, bajo el control de la Superintendencia Bancaria.

Artículo 2°. *Facultades al Ejecutivo.* Facúltase al Presidente de la República y al Ministerio de la Protección Social (MPS), para que en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la fecha de publicación en el **Diario Oficial** de la presente ley, previa revisión en todos los casos y concepto favorable del Cnsss:

a) Exponga el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud que unifique, simplifique y compile todas las normas existentes en materia de Seguridad Social en Salud;

b) Cree el Sistema de Información con el Registro Único de Afiliación al Sgsss, al cual se afiliarán tanto los usuarios del régimen contributivo, como los del subsidiado. Una vez afiliados, respetando el núcleo familiar, los cotizantes al régimen contributivo escogerán libremente entre el ISS o una cualquiera de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Los afiliados al régimen subsidiado quedarán inscritos en la Secretaría de Salud que le corresponda;

c) Cree el Registro Único de Aportantes (RUA) al Sistema General de Seguridad Social en pensiones, salud y protección laboral;

d) Ordene al administrador Fiduciario del Fosyga que una vez termine el último período de contratación vigente con las actuales Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), posterior a la publicación en el **Diario Oficial** de la presente ley, gire los recursos de la Subcuenta de Solidaridad directamente a los prestadores públicos o privados, de acuerdo con los contratos realizados entre estos y las Secretarías de Salud que en adelante asumirán las funciones administrativas que hasta su liquidación desempeñaban las ARS, incluida la contratación de prestación de servicios de salud a la población afiliada al régimen subsidiado. En adelante esta contratación de servicios con la red pública no será inferior al 60% en cada Secretaría de Salud;

e) Cree el Fondo Nacional de Aseguramiento de las Enfermedades Catastróficas o de Alto costo (FEAC). Una vez definidas por el Cnsss cada una de las patologías reconocidas como de alto costo y con base en estudios técnicos que correlacionen el costo relativo de estas patologías, su frecuencia y riesgo, el Ministerio de la Protección Social pondrá en funcionamiento el Fondo Nacional de Enfermedades de Alto Costo del Sgsss (FEAC), como una quinta subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.

TITULO II

ORGANIZACION Y ADMINISTRACION

Artículo 4°. *Dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* La dirección, coordinación, control y administración del Sgsss corresponden al Estado a través del Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación de la Seguridad Social en Salud (Crsss), las Secretarías de Salud y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (Ctrsss).

Parágrafo. Todo el Sistema así constituido está bajo la inspección, vigilancia y control de la Comisión de Regulación de la Seguridad Social en Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de las funciones delegadas a los entes territoriales.

Artículo 5°. *Organización y niveles de operación del Sgsss.* El Ministerio de la Protección Social es el nivel administrativo y ejecutivo de las políticas públicas de salud orientadas por la Crsss. Acorde con lo establecido en la presente ley, la organización y el funcionamiento del Sistema se desarrollará a través de los siguientes niveles:

– **Nivel Nacional:** Ministerio de la Protección Social, la Crsss y la Superintendencia Nacional de Salud.

– **Nivel Departamental:** Gobernadores, Secretarios Departamentales de Salud, Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

– **Nivel Distrital:** Alcaldes Distritales, Secretarios Distritales de Salud, Consejos Distritales de Seguridad Social en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

– **Nivel Capital:** Alcaldes Municipales de las ciudades capitales, Secretarios Municipales de Salud, Consejos Municipales de Seguridad Social en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

– **Nivel Municipal:** No serán descentralizados para los efectos de la presente ley y dependerán del nivel departamental respectivo, con excepción de aquellos que quedaron certificados al tenor de la Ley 715 de 2001.

Artículo 6°. *Integración de la Comisión de Regulación de Seguridad Social en Salud (Crsss).* A partir de la vigencia de la presente ley se estructura la Crsss que reemplaza al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y se le asignan funciones en desarrollo a lo que establece la Ley 142 de 1994, como el órgano regulador del Sgsss, encargada de definir las políticas de la Nación Colombiana en materia de Salud Pública y Seguridad Social en Salud.

La composición de la Crsss estará constituida por:

- El Ministro de la Protección Social.
- El Ministro de Hacienda o el Director del Departamento Nacional de Planeación.
- Cinco (5) miembros procedentes de los actores principales del Sgsss: Usuarios, instituciones prestadoras de servicios, profesionales de la salud, aseguradores y empresarios.

Parágrafo 1°. *Asesores permanentes.* Serán asesores de la Crsss: Un (1) representante de la Academia Nacional de Medicina, un (1) representante del Colegio Médico Colombiano, un (1) representante de las Facultades, Escuelas o Departamentos de Salud Pública, un (1) representante de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, un (1) representante de la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales y un (1) representante de la Confederación de Profesionales de la Salud (Copsa). En caso de requerirlo, el Cnsss podrá citar a las organizaciones científicas, sindicales o técnicas necesarias para el soporte de sus debates.

Parágrafo 2°. *Secretaría de la Crsss.* La Secretaría de la Crsss será ejercida por un profesional de la más alta calidad técnica, quien contará con todas las facilidades necesarias para el buen desempeño de sus funciones.

Parágrafo 3°. *Selección y período de los miembros de la Crsss.* Los miembros no gubernamentales tendrán un período de cuatro (4) años y podrán ser reelegidos por un período adicional.

Artículo 7°. *Presupuesto de la Comisión de Regulación de la Seguridad Social en Salud.* Para garantizar la operación y realización de sus funciones a partir de la vigencia de la presente ley, la Crsss dispondrá de presupuesto propio, el cual se obtendrá de las subcuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), en la proporción que defina la Crsss.

El monto del presupuesto será fijado por la Crsss en la misma reunión que apruebe el Presupuesto del Fosyga; incluirá la remuneración de los Comisionados y del Secretario Técnico de la Crsss y los costos de su funcionamiento.

Artículo 8°. *Funciones de la Comisión de Regulación de la Seguridad Social en Salud.* Además de las funciones establecidas en el artículo 172 de la Ley 100 de 1993, el Cnsss tendrá las siguientes funciones:

1. Dar concepto al Congreso de la República sobre el Plan de Salud para cada cuatrienio incluido en el Proyecto del Plan Nacional de Desarrollo dirigido a formular, adoptar, dirigir y coordinar la política nacional sobre Salud y Seguridad Social en Salud, estableciendo metas de cobertura y reducción de tasas de morbilidad y mortalidad.

2. Revisar, estudiar y dar concepto favorable al Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Sistema Unico de Afiliación, Registro Unico de Aportantes, Fondo para la Educación Médica de Posgrado y la Investigación y Fondo de Enfermedades de Alto Costo (FEAC), presentado por el Gobierno Nacional.

3. Regular los monopolios en la prestación de los servicios de salud.

4. Promover la competencia entre las empresas aseguradoras a fin de ofrecer los mayores beneficios a la población asegurada.

5. Impedir la posición dominante de cualquiera de los sectores que conforman el Sgsss.

6. Preparar proyectos de ley para someter a la consideración del Gobierno.

7. Definir criterios de eficiencia y desarrollar indicadores y modelos para evaluar la gestión técnica, administrativa y financiera de las empresas que conforman el Sgsss.

8. Fijar normas de calidad para el Sgsss.

9. Establecer normas para la fijación de tarifas equitativas acordes con la idoneidad de los profesionales y la eficiencia y calidad de los servicios que presten las instituciones.

10. Ordenar la fusión de empresas cuando se demuestre que ello es indispensable para extender la cobertura o mejorar los servicios.

11. Ordenar la liquidación de empresas monopolísticas y otorgar a terceros el desarrollo de su actividad.

12. Impedir que las empresas que captan dineros del Sgsss adopten pactos contrarios a la libre competencia en perjuicio de los usuarios o de los prestadores de servicios.

13. Impedir la utilización de los recursos captados por el Sgsss para fines distintos a la ampliación de cobertura y superación de la calidad.

14. Señalar, de acuerdo con la ley, criterios generales sobre abuso de posición dominante en los contratos entre las empresas aseguradoras y las personas e instituciones prestadoras de servicios.

15. Discutir, analizar y aprobar o no los proyectos de Acuerdo presentados por el Gobierno Nacional o por iniciativa de los miembros de la Crsss.

16. Aprobar los proyectos de ampliación de cobertura del Sgsss, así como su ampliación a nuevas contingencias.

17. Definir las medidas para evitar la selección adversa de los usuarios del Sgsss por parte de las empresas administradoras de planes de beneficios y una distribución equitativa de los costos de los diferentes tipos de atención.

18. Velar por el cumplimiento de la prohibición de integración vertical, la limitación a la ampliación de la integración vertical que ya existe y la obligación para las IPS que pertenezcan directa o indirectamente a EPS, ARS y otras empresas administradoras de planes de beneficios, a

contratar no menos del 50% de los servicios con IPS de redes externas (diferentes de sus propias redes).

19. Definir las tarifas de los servicios que prestan las IPS y los profesionales de la salud acordes con la idoneidad, eficiencia, calidad y disponibilidad de recursos tecnológicos.

20. Presentar al Gobierno Nacional proyectos de desarrollo legal y reglamentario de la presente ley.

21. Aprobar el proyecto de presupuesto anual de funcionamiento de la Crsss.

22. Aprobar el reglamento interno de honorarios y viáticos de la Crsss.

23. Asignar y delegar funciones a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (Ctrsss).

24. Establecer cada año los criterios de distribución de los excedentes de la Subcuenta ECAT del Fosyga.

25. Contratar estudios que sirvan de soporte técnico para las decisiones de la Crsss.

26. Presentar ante el Congreso de la República, a través del Ministro de la Protección Social, un informe anual sobre el estado del Sgsss.

27. Constituir comisiones técnicas permanentes o temporales que generen la información necesaria para la definición de políticas y la toma de decisiones por la Crsss.

28. Las demás que le asignen la ley y los reglamentos.

Artículo 9°. *Secretaría Técnica de la Crsss.* La Crsss dispondrá de una Secretaría Técnica a cargo del presupuesto de la Crsss, independiente de las Direcciones del Ministerio, con funciones específicas, la cual se encargará de obtener, preparar, clasificar, procesar y archivar la información y documentación requerida para las deliberaciones y funciones de la Crsss. Así mismo, servirá de enlace entre el Ministerio y los miembros de la Crsss, de apoyo técnico y logístico a los miembros de la Crsss y será el encargado de la publicación de sus decisiones.

TITULO III

DE LOS CONSEJOS TERRITORIALES

Artículo 10. *Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (Ctrsss).* A partir de la fecha de la vigencia la presente ley, las Ctrsss en salud serán obligatorias en los niveles departamental, distrital y en las ciudades capitales; por tanto, las entidades territoriales de estos niveles que no lo hayan hecho. Estos Consejos Territoriales tendrán, en lo posible, análoga composición a la de la Crsss, pero con la participación de las entidades o asociaciones del orden departamental, distrital o capital.

La Crsss definirá las funciones de los Consejos Territoriales, tomando en cuenta que a los Consejos Territoriales les corresponde en el nivel territorial de su zona de influencia, adoptar y adaptar a su región las políticas nacionales e implementar las propias que consideren necesarias para la buena marcha de las instituciones y el desarrollo adecuado de las políticas públicas de salud, en armonía con el Plan Nacional de Salud.

Artículo 11. *Selección, periodo, carácter, honorarios y funciones de los representantes a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.* La selección, período, carácter, honorarios y funciones de los Ctrsss, serán definidos por la Crsss en forma semejante a los establecidos para la Crsss, aplicados al nivel seccional.

TITULO IV

VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Artículo 12. La Superintendencia Nacional de Salud será un organismo adscrito a la Presidencia de la República, con personería jurídica, autonomía administrativa, patrimonio independiente y funcionamiento descentralizado.

Parágrafo. Sus funciones serán las que define el artículo 233 de la Ley 100 de 1993.

CAPITULO II
TITULO V
SALUD PUBLICA

Artículo 13. *Responsabilidad del Estado y elemento de seguridad humana y seguridad nacional.* El Plan de Atención Básica de que trata el artículo 49 de la Constitución Nacional (la salud pública, los planes de vacunación masiva, el saneamiento ambiental, la atención de enfermedades como la fiebre amarilla, el dengue, el cólera, la lepra, la tuberculosis, el paludismo, las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA y en general las enfermedades emergentes y reemergentes), será responsabilidad directa del Ministerio de la Protección Social y de las Secretarías de Salud Territoriales en cuanto a promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento.

Para su financiación se contará con recursos propios del Ministerio de la Protección Social y los de la Subcuenta respectiva del Fosyga, así como el porcentaje de la UPC subsidiada que defina el Cnsss.

La Crsss definirá con precisión las actividades obligatorias de promoción y prevención no incluidas en el Plan de Atención Básica (PAB), que deben realizar las entidades administradoras de planes de beneficios, dirigidas a los afiliados como individuos, las cuales están comprendidas dentro del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Parágrafo 1°. *Actividades de promoción y prevención.* Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y todas aquellas establecidas en el PAB, serán prestadas a través de la red pública; a manera de excepción podrán ser contratadas con otras instituciones de reconocida idoneidad, previo concepto favorable del Consejo Territorial de Salud respectivo.

CAPITULO III
TITULO VI
RED PUBLICA DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 14. *Financiación de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas del primer nivel de atención.* A partir de la vigencia de la presente ley, los hospitales, puestos y centros de salud que formen parte de la red pública de servicios que se dediquen exclusivamente a la atención del primer nivel de complejidad o a las acciones de promoción y prevención y las contenidas en el Plan de Atención Básica, recibirán las asignaciones correspondientes a sus presupuestos de gastos por el sistema de subsidios de oferta con los recursos del Sistema General de Participaciones. Para el efecto, se establecerán planes de desempeño con la respectiva Secretaría de Salud que faciliten el control de gestión.

Los ingresos por venta de servicios que realicen estas instituciones por atención de pacientes del régimen contributivo o del subsidiado o por cualquier otro concepto, formarán parte de su presupuesto. Cada presupuesto establecerá metas en este sentido, según reglamentación del Ministerio de la Protección Social.

Artículo 15. *Financiación de las instituciones prestadoras de servicios de salud de II y III nivel.* A partir de la vigencia de la presente ley los hospitales de II y III nivel que formen parte de la red pública de servicios, no contemplados en el artículo anterior, se financiarán con recursos del Sistema General de Participaciones y recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga, por el Sistema de pagos fijos globales prospectivos por atención de actividades finales en salud tanto para la población afiliada al régimen subsidiado, como para la población no afiliada al Sistema.

Los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga serán girados directamente por el administrador fiduciario a los prestadores públicos o privados, de acuerdo con los contratos realizados entre estos y las Secretarías de Salud que en adelante asumirán las funciones administrativas que hasta su liquidación desempeñaban las ARS, incluida la contratación de prestación de servicios de salud a la población afiliada al régimen subsidiado.

Artículo 16. *Recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga.* Los recursos destinados para la atención en salud en el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, no podrán ser congelados, retenidos, demorados ni modificada su destinación.

El Fosyga no hará parte del presupuesto general de la Nación, pero sí estará incluido en la contabilidad del gasto público social a que hace referencia el artículo 350 de la Constitución Política.

Parágrafo 1°. *Financiación de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga.* Harán parte de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga con destino a la financiación del régimen subsidiado, los siguientes recursos:

a) El punto de la cotización obligatoria que deben aportar los trabajadores afiliados al Régimen Contributivo, según lo dispuesto en los artículos 203 y 221 de la Ley 100 de 1993;

b) El aporte de las Cajas de Compensación de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993. Estos recursos serán ejecutados directamente por las Cajas de Compensación, sin situación de fondos, cuando dicha entidad sea contratada para la administración del régimen subsidiado, de acuerdo con lo dispuesto en el parágrafo del artículo 20 de la presente ley;

c) Un aporte del Presupuesto Nacional que será equivalente al monto que generan los recursos de que tratan los literales a) y b) del presente artículo;

d) Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la atención de la población pobre que no es elegible para pertenecer al Régimen Contributivo;

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

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

Parágrafo 2°. Anualmente, en el Presupuesto General de la Nación, se incluirá la partida correspondiente a los aportes que debe hacer el Gobierno Nacional a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga en la vigencia inmediatamente anterior al de preparación y aprobación de la Ley de Presupuesto ajustados con base en la variación del índice de precios al consumidor, certificado por el DANE. El Congreso de la República se abstendrá de dar trámite al proyecto de presupuesto que no incluya las partidas correspondientes.

Los funcionarios que no dispongan las apropiaciones y los giros oportunos incurrirán en causal de mala conducta que será sancionada con arreglo al régimen disciplinario vigente.

Parágrafo 3°. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, dentro de los tres (3) meses siguientes a la vigencia de la presente ley, preparará un plan de pagos a 5 años de los recursos del Régimen Subsidiado vigente, en cumplimiento de las sentencias de la Corte Constitucional sobre la materia.

Artículo 17. *Recursos para hospitales públicos.* En cada vigencia se destinará el 60% de los excedentes de las Subcuenta de ECAT del Fosyga, para fortalecer la red nacional de urgencias y la red pública de servicios, con énfasis en los hospitales universitarios y docentes, de acuerdo con los criterios de distribución que establezca la Crsss. De estos recursos, como mínimo, el 20% se destinará a inversión, modernización y actualización tecnológica.

TITULO VII
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO

Artículo 18. *Contenido del plan de salud subsidiado.* Con base en estudios técnicos realizados por el Ministerio de la Protección Social y con los nuevos recursos establecidos en la presente ley, la Crsss establecerá las medidas necesarias para garantizar la sostenibilidad de la población afiliada al régimen subsidiado y para ampliar progresivamente el contenido del POS subsidiado. Se incluirán actividades, intervenciones y

procedimientos que correspondan al II y III nivel de complejidad, en tal forma que se dé pronto cumplimiento al propósito de un solo Plan de Beneficios en el Sistema. La Crsss reajustará proporcionalmente el valor de la UPC respectiva.

Artículo 19. *Subsidios parciales.* La Crsss reglamentará los subsidios parciales para trabajadores independientes nivel III y nivel IV del Sisbén, financiando un porcentaje no inferior al 40% de la UPC en el primer caso y al 20% en el segundo.

A los entes territoriales que alcancen coberturas mayores al 90% de la población con NBI, se les podrá cofinanciar programas de subsidios parciales.

TITULO VIII

FUNCIONES ADMINISTRATIVAS DE LAS SECRETARIAS DE SALUD EN EL REGIMEN SUBSIDIADO

Artículo 20. *Nuevas funciones de las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Capitales.* A partir de la vigencia de la presente ley, las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Capital asumirán las funciones de administradoras del régimen subsidiado en su zona geográfica.

Las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Capital se encargarán de la "Sisbenización" y carnetización de los beneficiarios del régimen subsidiado. Una vez cumplan con el requisito de afiliación, garantizarán a sus afiliados el plan de beneficios establecidos en el POS subsidiado, mediante contratación directa con la red pública de servicios en un porcentaje no inferior al 60% o con la red privada.

Las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Capital podrán disponer por costos de administración hasta del 7% del valor de las Unidades de Pago por Capitación Subsidiada que le correspondan, según lo establezca la Crsss, tomando en cuenta el desarrollo desigual de las regiones.

Una vez perfeccionados los contratos entre las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Capital y los hospitales o los prestadores privados, el administrador fiduciario del Fosyga girará un anticipo no inferior al 60% del valor del contrato y continuará girando en doceavas partes mensuales hasta su terminación, previa constancia de cumplimiento por parte de la Secretaría de Salud respectiva.

Los períodos de contratación serán de un año a partir del 1° de abril de cada año, salvo permiso expreso de la Crsss en casos excepcionales.

Parágrafo 1°. En aquellos casos cuando a juicio de la Crsss la Secretaría de Salud no esté capacitada para administrar el régimen subsidiado, se podrá delegar la administración en una Caja de Compensación Familiar de reconocida eficiencia, dentro de los mismos términos establecidos en la presente ley.

Artículo 21. *Traspaso de los actuales afiliados a las ARS.* Previo concepto favorable de la Crsss, el Ministerio de la Protección Social establecerá el traspaso de los afiliados actuales de las ARS a las Cajas de Compensación Familiar y a las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Capital, tomando en cuenta los períodos de contratación y, en todo caso, garantizando la continuidad de la atención de los usuarios.

Artículo 22. *Proceso de liquidación de las ARS.* La Superintendencia Nacional de Salud se encargará del proceso de liquidación de las actuales ARS, tomando en cuenta los períodos de contratación y reconociendo el valor proporcional de las Unidades de Pago hasta el día del traslado a las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Capital. El traslado de estos afiliados no podrá exceder del término del período de contratación correspondiente al año 2004. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las medidas correspondientes.

En el proceso de liquidación de las ARS, el Ministerio de la Protección Social establecerá por decreto medidas tendientes a excluir de la masa de liquidación y honrar las deudas del régimen subsidiado correspondientes a servicios de salud prestados por IPS o por profesionales de la salud.

CAPITULO IV

TITULO IX

REGIMEN CONTRIBUTIVO

Artículo 23. *Período de transición para el ISS.* Durante un período de tiempo transitorio y definido de tres (3) años, la EPS del ISS podrá utilizar el recaudo total de los aportes, con el fin de lograr la liquidez suficiente y adecuar su funcionamiento hacia la compensación plena. Esta circunstancia no excluirá la responsabilidad de compensar. Durante el tiempo previsto como transitorio, se adecuarán los procesos para modernizar el sistema de información. El período de transición cumplirá el doble propósito de: (1) favorecer la liquidez operativa para garantizar la prestación de los servicios, el pago oportuno a las ESE y a los proveedores, y (2) corregir los problemas del sistema de información y compensación.

Parágrafo 1°. Durante el período de transición definido en el presente artículo, el ISS presentará informes semestrales a la Crsss y a la Superintendencia Nacional de Salud sobre los avances obtenidos en los objetivos propuestos.

Artículo 24. *Fondo Nacional de Aseguramiento de las Enfermedades de alto costo (FEAC).* Una vez definidas por el Cnsss cada una de las patologías reconocidas como de alto costo, dentro del término de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley. El Ministerio de la Protección Social pondrá en funcionamiento el Fondo Nacional de Enfermedades de Alto Costo (FEAC), como una quinta Subcuenta del Fosyga, que se encargará de asegurar el valor de los tratamientos de dichas patologías a todos los afiliados al Sgsss. La Subcuenta de Aseguramiento de Enfermedades de Alto Costo contará con los siguientes recursos:

1. El porcentaje de la UPC del régimen contributivo determinado por el Cnsss en la misma reunión que se establezca el valor de la UPC para cada vigencia. Porcentaje que se descontará mensualmente por el administrador fiduciario de la Subcuenta de Compensación.

2. El porcentaje de la UPC del régimen subsidiado determinado por el Cnsss en la misma reunión que se establezca el valor de la UPC respectiva para cada vigencia. Porcentaje que se descontará mensualmente por el administrador fiduciario de la Subcuenta de Solidaridad.

3. Los rendimientos financieros de la subcuenta de compensación provenientes del recaudo nacional de los aportes de los afiliados del régimen contributivo.

4. Los rendimientos financieros que produzca la administración de los citados recursos.

La Crsss hará los ajustes correspondientes del valor de la UPC y del POS. En todo caso las entidades administradoras de planes de beneficios responderán por el aseguramiento de las patologías de alto costo y cobrarán al FEAC los costos de los tratamientos, según las tarifas definidas por la Crsss de proyecto presentado por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 25. El Ministerio de la Protección Social reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley los criterios de habilitación o acreditación de las entidades administradoras de planes de beneficios. Los criterios para su habilitación o acreditación incluirán los mínimos de capital, solidez, solvencia proporcional al número de afiliados, reservas, patrimonio, sistema de información, red de servicios y comportamiento de la cartera con los prestadores de servicios.

Artículo 26. Las entidades administradoras de planes de beneficios no podrán prestar en forma directa, ni a través de terceros, servicios de salud para sus afiliados por medio de IPS propias.

Las EPS que presten servicios a través de IPS de su propiedad, tendrán un plazo de dos años para ajustarse a este requerimiento.

CAPITULO V
TITULO X
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 27. *Naturaleza de la medicina.* La medicina es la ciencia, arte y profesión que reúne el conjunto de conocimientos científicos y procedimientos técnicos para aplicarlos en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, en la terapéutica y rehabilitación del ser humano y procurar el mejoramiento de la salud individual y colectiva, sin distingo alguno de razas o credos religiosos o políticos.

Es de su esencia el respeto a la dignidad de la persona humana, en la vida y en la muerte. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones éticas, humanísticas y humanitarias que le son inherentes.

Artículo 28. *Del acto médico.* El acto médico es el conjunto de acciones producto de los conocimientos propios de la medicina que, aplicados por el médico debidamente autorizado para ejercer la profesión, se orientan a la promoción de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la enfermedad y readaptación laboral del ser humano, en actividad interdisciplinaria con todos los profesionales del área de la salud y ciencias afines.

El acto médico es una actividad intelectual y autónoma, de aplicación del conocimiento y del buen juicio clínico, en un marco de estricto profesionalismo y compromiso ético, para la recuperación del enfermo. Es una forma especial de relación entre personas en la cual se concreta la relación médico-paciente. Por lo tanto, es una forma especial de contrato denominado de asistencia médica, el cual genera obligaciones de medios, mas no de resultados.

Artículo 29. *Autonomía en el ejercicio de los profesionales de la salud.* Las EPS, IPS públicas o privadas, las Secretarías Territoriales de Salud y todos los componentes del Sgsss, respetarán la autonomía de los profesionales de la salud respecto a su ejercicio. La Crsss y la Superintendencia Nacional de Salud velarán con especial interés por el cumplimiento de esta norma.

Serán prácticas prohibidas: constreñir el criterio profesional, coartar la solicitud de exámenes necesarios para el diagnóstico oportuno, impedir la libre remisión de pacientes al especialista o a otras instituciones de igual o superior nivel, cuando las circunstancias médicas lo ameriten y no exista conflicto de intereses, limitar la prescripción de medicamentos necesarios, establecidos o no en el manual aprobado por el Cnsss y demorar el pago de servicios prestados.

Parágrafo 1º. *El tiempo necesario para las actividades, intervenciones y procedimientos en salud.* Los tiempos de la actividad asistencial de los profesionales de la salud estarán sujetos a estándares internacionales y pueden ser contextualizados racionalmente sin constreñir la autonomía del profesional, según concepto de los respectivos Tribunales Nacional y Seccionales de Ética.

En todo caso, el profesional de la salud dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su estado de salud e indicar los exámenes e interconsultas indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente. Para ello dispondrá, como mínimo, en los servicios de consulta externa programada, de veinte (20) minutos por cada paciente o más en casos especiales como las consultas de Psiquiatría y Psicología y de otras especialidades. Dispondrá de por lo menos una (1) hora cuando se trate de pacientes que acuden por primera vez.

Artículo 30. *Del ejercicio de la medicina.* Entiéndase como tal la aplicación del conjunto de medios orientados por el conocimiento y el buen juicio clínico del profesional, cuyo fin es la promoción de la salud, el diagnóstico precoz, la terapéutica y rehabilitación del ser humano y el mejoramiento de la salud individual y colectiva, sin distingo alguno. El profesional pondrá el empeño, diligencia, pericia, conocimiento, prudencia y cuidado para una correcta ejecución del acto médico, conforme a las

normas de excelencia evaluadas de acuerdo con las circunstancias de modo, tiempo y lugar y a la disponibilidad de recursos (estado del arte o "lex artis").

Las entidades administradoras de planes de beneficios no podrán tener directorios cerrados de médicos y profesionales de la salud, sino que brindarán al asegurado la libre escogencia del médico, profesional de la salud o de la IPS.

Artículo 31. *Consentimiento informado.* Excepto en los casos de urgencias o en los que no fuere posible la realización de procedimientos quirúrgicos o tratamientos médicos convencionales por las condiciones clínicas del paciente, el profesional de la salud tratante deberá informar al enfermo o a sus familiares más cercanos o a sus representantes legales, acerca de los riesgos y eventuales complicaciones previstas, de acuerdo con el estado del paciente y los medios disponibles para su atención; información que quedará consignada en documento firmado por las partes ante testigos.

Cuando el procedimiento se deba realizar en un menor, el consentimiento otorgado por sus padres o representantes legales, será válido siempre y cuando se trate de consentimiento cualificado y persistente (libre, consciente, expreso, claro y con comprensión de posibilidades, límites y riesgos) y que se respete la garantía de los derechos a la vida, la integridad personal, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad.

Será válido el consentimiento informado otorgado por el menor adulto, siempre que su decisión no comprometa de manera grave su vida o integridad personal.

Parágrafo. Del consentimiento informado debe quedar constancia escrita y debidamente firmada por las partes.

Artículo 32. *De las condiciones para el ejercicio.* El profesional de la salud deberá disponer de las condiciones mínimas humanas, técnicas y de bioseguridad que le permitan actuar con autonomía profesional, independencia y garantía de calidad. En caso de que no se cumplan esas condiciones mínimas, podrá abstenerse de prestar el servicio, siempre y cuando no se trate de un caso de urgencia médica o quirúrgica e informar de ello a las instancias de control interno de las instituciones correspondientes, sin que por ello se le pueda menoscabar en sus derechos o imponer sanciones.

Artículo 33. *Investigación científica y producción de biológicos.* Estas acciones, de capital importancia en la salud pública, continuarán primordialmente a cargo del Instituto Nacional de Salud, que será fortalecido mediante suficientes asignaciones presupuestales y el mantenimiento de su autonomía científica y administrativa que garanticen la más alta idoneidad de sus profesionales.

Parágrafo. El Sgsss creará un Fondo de Educación Médica de Posgrado e Investigación a modo de Subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), bajo la dirección de la Comisión de Regulación de la Seguridad Social en Salud, con la contribución económica pero sin interferencia de las entidades administradoras de planes de beneficios, con la asesoría y colaboración de la Academia Nacional de Medicina, Ascofame, Icetex y Colciencias.

Artículo 34. *Patrimonios autónomos.* Los recursos que ingresan a las EPS, ARS y ARP y los que se generen por concepto de intereses, dividendos o cualquier otro ingreso derivado de ellos, constituyen un patrimonio autónomo, propiedad del SGSS que solo puede ser reinvertido en mejoramiento y ampliación de los servicios, actualización tecnológica, capacitación o investigación. Los patrimonios autónomos estarán bajo el control de la Superintendencia Bancaria.

Artículo 35. *Libre escogencia por parte del usuario.* Los usuarios del Sgsss tendrán absoluta libertad para escoger su afiliación a una entidad administradora de planes de beneficios. La libre escogencia es un elemento fundamental en el ejercicio de las profesiones liberales, como lo es la medicina y un factor determinante para estimular la calidad de la atención. Por esta razón, las entidades administradoras de planes de

beneficios mantendrán directorios abiertos de profesionales y de instituciones prestadoras de servicios.

TITULO XI RECONOCIMIENTO ECONOMICO

Artículo 36. *De la remuneración.* Los profesionales de la salud tienen derecho a recibir remuneración por su trabajo, la cual constituye su medio normal de subsistencia. Es entendido que el trabajo o servicio de estos profesionales solo lo beneficiarán a él o ella y a quien reciba la atención, pero nunca a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente. Siendo la retribución económica de los servicios profesionales un derecho, el profesional de la salud recibirá una remuneración u honorarios dignos y equitativos, acordes con su formación curricular, conocimientos científicos y la importancia y circunstancias de cada uno de los actos que le corresponda cumplir.

El valor de la remuneración del profesional de la salud no incluye los costos de la infraestructura física y técnica, administrativos o gerenciales, los cuales deberán ser asumidos y pagados de manera adicional por quien corresponda.

Parágrafo 1°. *De las tarifas mínimas.* Las tarifas de honorarios mínimos producto del ejercicio de la medicina serán presentadas para su aprobación a la Crsss, previa elaboración de un proyecto entre el Gobierno Nacional, el Colegio Médico Colombiano, la Federación Médica Colombiana, las Asociaciones Científicas de Especialidades y la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi). Para las demás profesiones de la salud, las tarifas se acordarán entre los dos primeros y la Confederación de Profesionales de la Salud (Copsa).

Estas tarifas mínimas son de cumplimiento obligatorio por parte de los aseguradores y entidades que contraten servicios de salud, bajo la veeduría de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2°. *Relación privada.* Si se trata de relación contractual privada o particular, los honorarios profesionales se fijarán de común acuerdo entre el profesional de la salud y el paciente, sus familiares o representantes legales.

TITULO XII Racionalización del número de facultades de medicina y de ciencias de la salud

Artículo 37. *Racionalización del número de facultades de medicina y ciencias de la salud.* En lo sucesivo para abrir nuevos programas o facultades de las ciencias de la salud, además de los requisitos legales existentes, deberá demostrarse ante el Ministerio de Educación, el Ministerio de la Protección Social y Ascofame, la necesidad del programa o facultad en la región, las posibilidades de mercado laboral de sus egresados y la garantía de los escenarios educativos y de práctica idóneos para los estudiantes, incluido un convenio docencia-servicio con un hospital de III nivel en funcionamiento.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Educación reforzarán en forma estricta el cumplimiento de las condiciones mínimas de calidad de que trata el Decreto 2566 de 2003 en todas las facultades de medicina que funcionan en el país y el Gobierno Nacional procederá a clausurar aquellas que no cumplan la totalidad de tales requisitos.

Artículo 38. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación, deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, reforma en lo pertinente las normas sobre los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en particular las Leyes 14 de 1962 y 100 de 1993.

Cordialmente,

Germán Vargas Lleras,
honorable Senador de la República.

EXPOSICION DE MOTIVOS

1. Preámbulo

La Constitución de la República de Colombia en su artículo 49 consagra como un derecho social la atención de la salud para todos los colombianos y establece la responsabilidad del Estado para su provisión como un servicio público y la potestad de regular su prestación por entidades privadas. La salud pública, además de ser una responsabilidad del Estado, es un elemento de seguridad humana y de seguridad nacional.

La Ley 100 de 1993 define los principios de universalidad, equidad, solidaridad y eficiencia en la atención de la salud y la seguridad social, pero deja la organización de la prestación de los servicios sujeta a las fuerzas del mercado, al institucionalizar las empresas intermediarias con ánimo de lucro, lo cual ha conducido a una discrepancia entre el marco filosófico enunciado y la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Sgsss). De esta manera, la reforma ha sido implementada con un enfoque basado en un libre mercado imperfecto, asimétrico y precariamente controlado.

Las consecuencias de esta contradicción entre los loables principios sociales en que se inspira la Ley 100 y su ejecución a través de un sistema administrativo que impide su ejercicio pleno, por introducir elementos que mercantilizan el derecho a la atención de la salud, han sido muy graves en términos de baja cobertura y calidad de la atención médica y en una elevada acumulación de recursos financieros en las empresas intermediarias.

El organismo que debe regular y controlar las distorsiones de la ley, la Superintendencia Nacional de Salud, no cuenta con los recursos suficientes ni con la autonomía ni la capacidad para ejercer un adecuado control y una efectiva regulación que pueda garantizar la equidad y evitar las marcadas distorsiones en el Sgsss.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (Crsss) ha funcionado en forma inadecuada y ha fallado en cuanto a abordar y corregir los serios problemas que se han presentado con la implementación de la Ley 100 de 1993. Conviene contemplar la creación de una **Comisión de Regulación de la Seguridad Social en Salud** (Crsss) que reemplace al Cnsss, adscrita al Ministerio de la Protección Social pero que tenga autonomía e independencia administrativa, técnica y patrimonial, tal como lo establece la Ley 142 de 1994. La Ley 142 de 1994 establece que la función principal de las Comisiones de Regulación es impedir los monopolios en la prestación de los servicios públicos, fijar normas de calidad, establecer normas para la fijación de tarifas, ordenar la liquidación de empresas monopolísticas y señalar criterios generales sobre abuso de posición dominante, la protección de los derechos del usuario y demás asuntos relativos a la relación de la empresa con el usuario. La Crsss velará por corregir la perniciosa posición dominante de los intermediarios aseguradores frente a las instituciones y personas que prestan servicios de salud.

Para el debido cumplimiento de lo anterior, el presente proyecto de ley contempla la profesionalización de la función rectora del Sgsss, para lo cual propone la conformación de la Crsss con un número racional de miembros provenientes del Gobierno y de los sectores que conforman el Sgsss.

Al cumplirse la primera década de la Reforma de la Salud en Colombia, es oportuno realizar su balance político, social y económico, para introducir los ajustes estructurales necesarios. Aun cuando el gran reto de la Reforma fue la universalización de la cobertura, hoy, diez años después, hay cerca de veinte millones de compatriotas que carecen de protección. Este segmento de la población, denominado de los “vinculados”, debe buscar su atención en la red pública hospitalaria, red que se encuentra casi paralizada por una crisis sin precedentes.

También se estableció en 1993 que el mercado y la competencia generarían calidad y eficiencia, pero la práctica ha demostrado, con dolorosas evidencias, que nadie compite por atender al que no tiene con

qué pagar, ni por los consumidores crónicos de servicios de salud como hoy, peyorativamente, se denomina a los enfermos con padecimientos degenerativos o enfermedades que demanden altos costos en su tratamiento. Paradójicamente, ellos son quienes más necesitan los servicios.

Al lado de los logros de potencial impacto social en términos de ampliación de la cobertura y facilidad de acceso, aparece evidente una debilidad en los aspectos técnicos y científicos de la atención, lo cual se traduce en deterioro de la calidad, como lo han demostrado estudios realizados por la Academia Nacional de Medicina.

Además, en el Régimen Subsidiado se encuentra una gran dificultad en la atención por parte de los hospitales públicos, los cuales afrontan una crisis sin antecedentes en la historia del país.

Como consecuencia de la inadecuada implementación de la Ley 100, el acto terapéutico, que es la actividad central en la prestación de la atención de la salud, ha perdido su calidad profesional y ética, puesto que se ha reducido a ser un insumo más, equiparable al gasto en materiales de curación o a otro cualquiera de naturaleza puramente administrativa. En este sentido, el acto terapéutico ha quedado bajo el control gerencial de la empresa que presta el servicio y se rige únicamente por estrechas metas de contención de costos.

Existe creciente malestar en el cuerpo médico y en el personal de la salud, que va más allá del aspecto económico individual, en cuanto a la emergencia de un claro fenómeno de desprofesionalización de la medicina, con pérdida de la autonomía en la toma de decisiones clínicas y la carencia de programas de capacitación, de investigación y de soporte bibliográfico y documental para el profesional de la salud. El resultado de este proceso es un ominoso panorama de destrucción de la medicina como profesión y como ciencia para convertirla en un oficio al servicio de las entidades intermediarias que administran los planes de beneficios.

Un sistema de salud necesariamente debe invertir en la formación y capacitación de su recurso humano. Colombia es tal vez el único país del mundo donde los médicos internos y residentes, que con su trabajo ahorran grandes sumas a los hospitales, tienen que pagar matrícula durante su capacitación de posgrado. El Sgsss debe apropiarse recursos de inversión para el adiestramiento y capacitación del personal que luego va a tener a su cargo la atención de sus afiliados.

La medicina es fundamentalmente una actividad intelectual y posee un creciente cuerpo de conocimiento científico. Este es el capital intelectual de la medicina. El Sgsss ha desconocido en forma absoluta la necesidad de fortalecer y enriquecer el capital intelectual de la medicina como un factor determinante principal de la calidad de la atención. Por el contrario, la actual operación del Sgsss causa hondo perjuicio a la medicina, minando su estructura como ciencia y como profesión. La medicina colombiana se enfrenta a un oscuro panorama de deterioro de sus valores y de su capital científico e intelectual.

Increíblemente, al cumplirse diez años de promulgada la Ley 100 de diciembre de 1993, el Sgsss carece, como lo ha denunciado la Academia Nacional de Medicina, de un sistema de información. El acto médico y el del profesional de la salud son la esencia de la labor en cualquier servicio de salud: Son un encuentro de carácter científico y humanitario entre el paciente y el médico y sobre ellos se construye el proceso de diagnóstico y de toma de decisiones terapéuticas. Dichos actos médicos se fundamentan en el manejo adecuado de la información. Un servicio de salud, así como un programa de medicina preventiva y de salud pública, son también, en esencia, sistemas de información. La calidad y la efectividad del acto médico dependen en gran parte de la disponibilidad inmediata y de fácil acceso a documentación científica pertinente, la cual es inexistente en la actualidad. Ciertamente, el desarrollo de la reforma no se ha acompañado de esfuerzos proporcionales por estimular la investigación, las publicaciones científicas, ni el desarrollo de sistemas de información clínica y estadística para determinar niveles de calidad y planear la innovación de las estructuras y los servicios.

Son muy diversas las voces e interpretaciones acerca del sentido, los alcances y los aciertos y desaciertos de la Ley 100 de seguridad social en Colombia. Ellas expresan desde la posición de defensores a ultranza^{1 2} o defensores con observaciones críticas³, pasando por informes de diferentes comisiones de análisis y evaluación^{4 5}, por las expresiones de académicos y profesionales⁶, hasta la posición francamente crítica de diferentes analistas, gremios y salubristas^{7 8 9}.

Mirando el panorama en conjunto, se puede concluir que la Ley 100 de 1993 no parece ser un modelo a copiar ni tampoco un proyecto a satanizar. En lugar de apostar a su fracaso, en este proyecto de ley se pretende retomar sus principios y construir nuevas propuestas en la medida de las necesidades y posibilidades del país.

El presente proyecto de ley propone la corrección de las contradicciones y fallas en la ejecución de la Ley 100 de 1993 y busca restablecer la función irrenunciable del Estado en la organización de un sistema de provisión de la atención de la salud que sea compatible con lo establecido en la Constitución y con los principios democráticos que la inspiran.

2. Marco jurídico

2.1 Constitución Nacional

El artículo 48 de la Constitución Nacional determina el concepto de seguridad social e introduce la participación de los particulares en la prestación de los servicios:

“La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los colombianos el derecho irrenunciable a la seguridad social. El Estado con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que lo determine la ley. La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley”.

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

El artículo 49 de la Constitución Nacional establece:

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

¹ Londoño, Juan Luis. *¿Qué sigue después de la Ley 100?* En: Franco S. (editor). *La Salud Pública Hoy*. 435-448. Universidad Nacional de Colombia, marzo 2003.

² Londoño, J.L., Frenk, J. “Structured Pluralism: towards an innovative model for Health System Reform in Latin America”. *Health Policy*, vol. 41. ps: 1-36. 1997.

³ Castaño, R.A., Arbeláez J.J., Giedion U., Morales L.G., *Evolución de la equidad en el Sistema Colombiano de Salud*. CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo, CEPAL-ECLAC, Santiago de Chile, mayo de 2001.

⁴ República de Colombia, Ministerio de Salud, Programa Universidad de Harvard. La reforma de salud en Colombia y el Plan Maestro de implementación. Informe Final. Santa Fe de Bogotá, abril de 1996.

⁵ ASALUD, Fundación Corona, FES, FESCOL. *Ley Cien: cuatro años de implementación*. Santa Fe de Bogotá, septiembre de 1998.

⁶ Academia Nacional de Medicina. *Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud, I y II*. Santa Fe de Bogotá, febrero de 1999 y 2002.

⁷ Franco, S. *La reforma a la seguridad social en salud en Colombia: una Mirada desde la salud pública*. Documento presentado en la X Conferencia Nacional de Salud de Brasil. Brasilia, septiembre de 1996.

⁸ De Currea, V. Hernández, M. Paredes, N. Provea. La salud está grave: una visión desde los derechos humanos. Ediciones Ántropos, Santa Fe de Bogotá, mayo, 2000.

⁹ Restrepo, Z.J. “El seguro de salud en Colombia: cobertura universal?”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. V. 1, N° 2: 25-40, Pontificia Universidad Javeriana, septiembre 2002.

Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

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

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

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

Se debe destacar del mandato constitucional, el capítulo sobre la finalidad social del Estado y de los servicios públicos como dice el artículo 365:

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

Y el artículo 366:

“El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son las finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.”

“Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.”

2.2 Ley 100 de 1993

La Ley 100 de 1993 creó el Sistema de Seguridad Social, conformado por el Sistema General de Pensiones, el Sistema de Seguridad Social en Salud (Sgsss), el Sistema de Riesgos Profesionales y los Servicios Sociales Complementarios.

El Sgsss incluye el Plan de Atención Básica (PAB), el Plan Obligatorio de Salud (POS) con sus dos regímenes, Subsidiado y Contributivo y la protección frente a los Accidentes de Tránsito, Desastres Naturales y Terrorismo (ECAT). Las personas de mayor capacidad económica pueden adquirir con cargo a sus propios recursos, los Planes Adicionales de Salud (PAS) que pueden cubrir todo o parte de aquello que no está incluido en el POS.

El Sgsss es administrado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para el Régimen Contributivo y por las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), quienes contratan la prestación directa de los servicios con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), propias o externas, públicas o privadas y con los hospitales públicos, hoy convertidos en Empresas Sociales del Estado (ESE).

Dentro de los objetivos del Sgsss estaba la cobertura universal de todos los colombianos para el año 2001 en todos los niveles de complejidad (artículo 151 de la Ley 100, subrayado). Este objetivo fundamental, es la razón de ser del Sgsss, que aún está lejos de cumplirse, porque en la actualidad existen cerca de 20 millones de compatriotas sin protección específica en salud, como lo demuestra el siguiente cuadro de cobertura¹⁰. Por ello, se hace necesario impulsar las medidas expuestas en el presente proyecto para lograr tal objetivo.

COBERTURA DEL SGSSS PARA DICIEMBRE DE 2002

Poblacion	Habitantes
Población Total	44.500.000
Afiliada Régimen Contributivo	13.165.463
Afiliada Régimen Subsidiado.	11.444.003
Sin Seguridad Social (45%)	19.890.534
Población NBI 2003	16.680.692
Población pobre sin aseguramiento	5.236.689
Población a cargo de entidades territoriales. Entre:	5.236.689 – 19.890.534

Lo verdaderamente preocupante es la población no afiliada, cerca de 20 millones de colombianos, que no tienen empleo ni recursos suficientes para afiliarse a una EPS, sin llegar a ser tan extremadamente pobres como

para merecer el subsidio que les permita afiliarse a una ARS. Los no afiliados carecen de un sistema específico de protección en salud y se han convertido en sujetos de discriminación por parte del Sgsss.

La Ley 100 de 1993, ratificada en el Plan Nacional de Desarrollo (Ley 812 de 2003), ordenó el cambio total del financiamiento de los hospitales públicos al suprimir progresivamente los recursos de oferta y transformarlos en recursos de demanda. Es decir, en lo sucesivo los hospitales públicos no dispondrán de un presupuesto propio, sino que dependerán de la facturación y compraventa de servicios. Sin embargo, conservan la obligación constitucional de garantizar la atención de los no afiliados (19.890.534 habitantes) y de los eventos no incluidos en el POS, sin que para ello dispongan de recursos específicos. El proyecto busca fuentes de recursos para garantizar este propósito.

3. Otras señales de alarma en el Sgsss

3.1 Salud Pública

Si existe un indicador que mida la eficacia de un sistema de salud, lo es por excelencia la incidencia de las enfermedades de interés en salud pública: Si el sistema es bueno, estas enfermedades deberán disminuir y si al contrario, la salud pública desmejora, el sistema de salud debería ser reevaluado. Esto es lo que debe hacerse en nuestro país. Veamos los principales indicadores, que hablan por sí solos¹¹:

DINAMICA DE LA POBLACIÓN (Estimaciones para el 2002)		
Tasa global de fecundidad por mujer	2,6	
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad	79,5	
Media anual de nacimientos	979,260	
Tasa bruta de natalidad (nacidos vivos por 1000 habitantes)	22,4	
Media anual de defunciones	239,903	
Tasa bruta de mortalidad por 1000 habitantes	4,44	
Tasa de mortalidad infantil estimada por 1000 nacidos vivos	25,6	
Esperanza de vida al nacer (años)	TOTAL	72,2
	Hombres	69,2
	Mujeres	75,3
Numero de personas desplazadas por la violencia en el 2001	341.925	

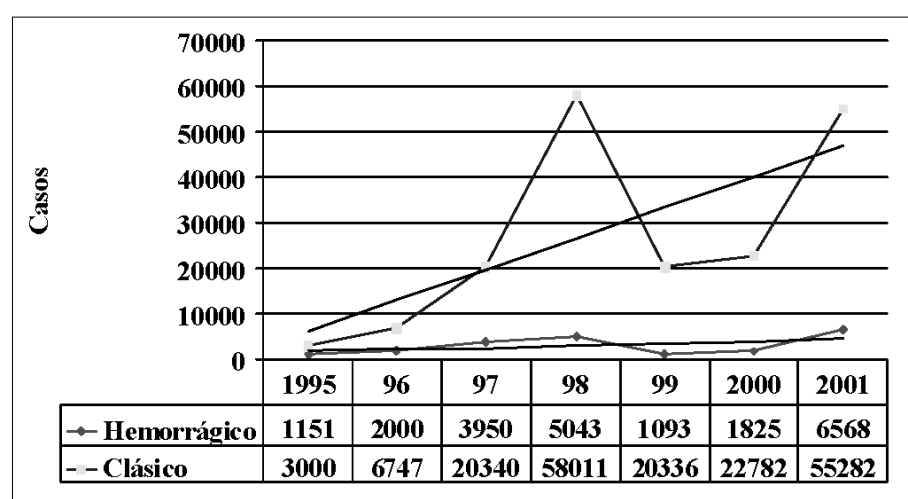
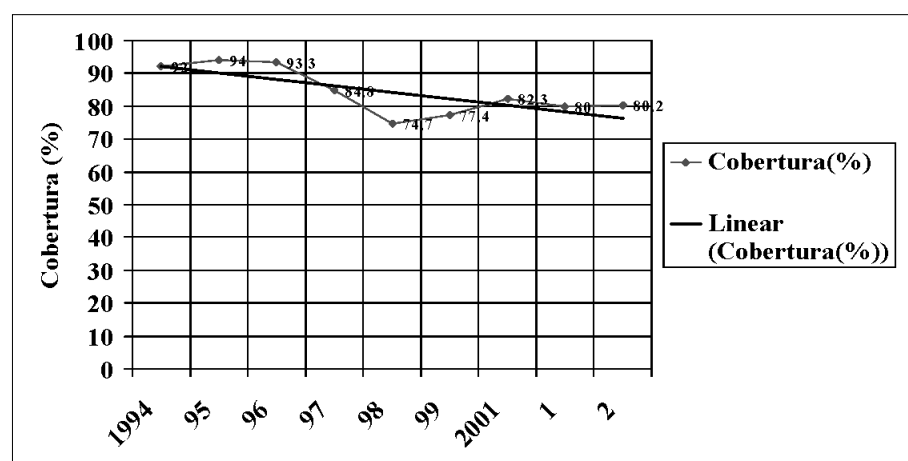
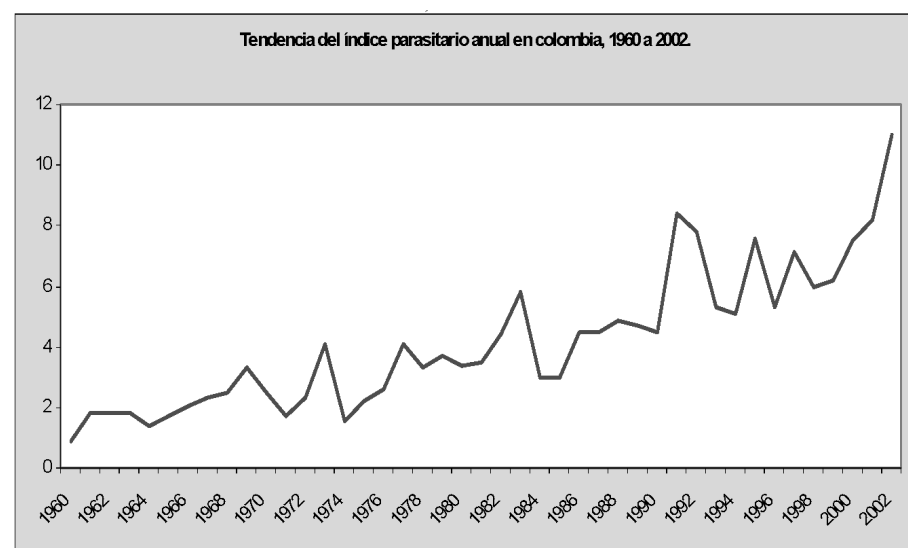
FACTORES DE RIESGO		
Proporción de niños con bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos)	7,0%	
Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años	Total	6,7%
	Hombres	6,6%
	Mujeres	6,9%
Prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses	11,6%	
Índice de dientes cariados, perdidos y obturados a los 12 años	2,3	
Prevalencia de hipertensión arterial	12,3%	
Prevalencia de diabetes mellitus tipo II	2,0%	
Prevalencia de sobrepeso en la población según índice de Masa Corporal	Total	5,5%
	Hombres	4,6%
	Mujeres	6,4%
Prevalencia de tabaquismo	Total	18,9%
	Hombres	26,8%
	Mujeres	11,3%
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil	52,8%	
Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con citología cervicouterina en los últimos tres años	68,4%	

ACCESO A SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS	
Proporción de población con cobertura de acueducto en el 2000	94,8%
Población urbana beneficiada con conexión a acueducto	96,5%
Población rural beneficiada con conexión a acueducto	27,3%
Proporción de población con agua de buena calidad en 1998	70,0%
Proporción de población con acceso a servicios de eliminación de excretas en el 2000	87,3
Cobertura de alcantarillado en cabeceras municipales	89,8%
Proporción de población urbana con servicio de recolección basura en 1998	84,2%

¹⁰ CNSSS. Informe a las Comisiones VII del Congreso de la República, 2002-2003.

¹¹ OPS/OMS/Ministerio de Salud. Indicadores Básicos 2000.

COBERTURAS DE VACUNACIÓN 2001		
Niños menores de 1 año con esquema completo de vacunación	DPT	77,6%
	Anti poliomefítica	80,5%
	BCG	84,8%
	Anti hepatitis B	78,1%
	Anti haemophilus influenzae tipo B	53,6%
Niños de 1 año con esquema completo de Triple Viral		85,5%



Varias patologías infecciosas se han expandido de manera preocupante. Revisando fuentes oficiales¹² se obtienen datos como los siguientes, para el quinquenio 1996–2000: Se registró un promedio anual en el quinquenio de 30.232 casos de Dengue Clásico, con una tasa a mitad de período de 75.6 por 100.000 habitantes. Más preocupante aún, mientras antes de la Reforma el número de casos de Dengue había permanecido relativamente constante, después de 1994 se ha mostrado una tendencia ascendente, en parte debido a la disminución de actividades de control de vectores. Esta es una actividad de de Salud Pública que se debe ejecutar como actividad primordial y prioritaria (ver gráfico 1).

De Dengue Hemorrágico se registra un promedio anual de 2.758 casos. En Colombia hacía cerca de 30 años que no se presentaban brotes de fiebre amarilla; sin embargo, en el presente año se han presentado un total de 21 casos de sarampión: 3672 casos sospechosos. La tasa promedio de Tuberculosis Pulmonar fue de 12 por 100.000. El promedio número anual de casos de Malaria ya llega a los 150.000-200.000, con una marcada tendencia al ascenso desde 1994 (ver gráfico 2). La mitad de los casos por Plasmodium falciparum, siendo también una consecuencia de la disminución de actividades de salud pública, tales como control del vector, acciones de diagnóstico precoz y tratamiento en el primer nivel de atención, en particular en áreas rurales.

Según informe de la Organización Panamericana de la Salud¹³ del año 2001, las coberturas nacionales de inmunización en niños menores de un año sólo aventajan en la región a las de Haití y Paraguay. Todos los demás países tienen una situación de vacunación mejor que la de Colombia. Para 1999, según la misma Organización, en sarampión sólo se tenía cubierto al 76% de los niños, con BCG al 79% y con la triple DPT al 81%. Diez años antes, en 1989 la cobertura antituberculosa había llegado hasta el 94% de la población, mientras las dos restantes inmunizaciones tenían cifras similares¹⁴.

Es evidente que la vacunación en el país ha disminuido a niveles preocupantes y que de continuar descendiendo se podrían presentar situaciones alarmantes de salud pública por la susceptibilidad de la población que conduce a brotes epidémicos de consecuencias lamentables, como es el caso de la poliomefítica, enfermedad erradicada en Colombia desde 1989 y en el continente desde 1991 (ver gráfico 3), que desde el punto de vista de nivel de cobertura que no debería ser inferior al 95%, como lo señala el Plan Nacional de Desarrollo¹⁵.

Un hecho fehaciente que confirma el abandono de las acciones preventivas en salud con la implementación de la Ley 100 de 1993 es la epidemia de fiebre amarilla, que ha cobrado 48 muertes en 2003 y lo que va corrido de 2004.

En este campo el proyecto propone que el Ministerio de la Protección Social y las Secretarías Seccionales retomen el manejo de la salud pública por ser de interés general y no sea limitado a los afiliados al Sgsss. Esto, sin perjuicio de las acciones individuales de promoción y prevención que corresponden a las ARS y EPS y que han sido extremadamente defectuosas.

También ha sido motivo de honda preocupación la carencia de sueros antiofidicos de especies nativas, que hasta hace poco, como en el caso de la vacuna contra la fiebre amarilla, eran producidos con reconocimiento internacional de alta calidad por el Instituto Nacional de Salud.

El Instituto Nacional de Salud ha sufrido un grave deterioro en su estructura financiera, lo cual incide negativamente sobre el desarrollo de la investigación científica, la producción de biológicos y su capacidad de control de la calidad de los laboratorios clínicos del país.

3.2 Operación del Régimen Subsidiado

Actualmente los recursos del régimen subsidiado son girados desde el Ministerio de la Protección Social (Fosyga, Fisalud) a los gobernadores, estos a los alcaldes, quienes a su vez contratan con las Administradoras (ARS) y ellas contratan los servicios con las IPS (clínicas privadas u hospitales). En este proceso tan complejo se pierden o se desvían los recursos de la salud: en el mejor de los casos los pagos demoran hasta 180 días en promedio nacional¹⁶.

Lo anterior, incluyendo perversos mecanismos de glosas arbitrarias de las cuentas ha dado lugar a la instauración de una “cultura de no pago” en el Sgsss que explica, principalmente, el colapso de la red hospitalaria.

Este proyecto propone simplificar el proceso por el giro directo de los recursos sin situación de fondos, desde el Fosyga a las clínicas y hospitales,

¹² Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. *Informe epidemiológico nacional*. Bogotá. Revisión de los números correspondientes a la primera quincena de enero de 1997, 1998, 1999, 2000 y 2001.

¹³ Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. *Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2000*. Washington, 2001.

¹⁴ Ministerio de Salud. *La salud en Colombia: diez años de información*. Bogotá, 1994, p: SS-81.

¹⁵ Ley 812 de 2003. Plan Nacional de Desarrollo.

¹⁶ Asociación Médica Colombiana. Documentos Técnicos, Reunión de Consenso. Chinata, 2001.

sin ninguna intermediación. Los contratos los realizarán y vigilarán directamente las entidades territoriales, sin manejar el recurso. El proyecto deja la posibilidad de intermediación por parte de las Cajas de Compensación Familiar que hayan demostrado eficiencia, en aquellos departamentos que carezcan de los medios para realizar una buena gestión, según criterio de la Comisión Reguladora de la Seguridad Social en Salud.

3.3 Colapso Hospitalario

La red pública de hospitales de Colombia requiere con urgencia medidas que aseguren el flujo permanente, oportuno, adecuado y equitativo de los recursos. Definitivamente los hospitales de primer nivel de complejidad y los centros y puestos de salud requieren recursos de oferta, so pena de desaparecer, con consecuencias impensables para la comunidad más pobre y vulnerable que es la que acude a ellos.

Los hospitales públicos están seriamente amenazados. Los departamentos y municipios pueden contratar con ellos hasta cierto tope presupuestal; sin embargo, deben continuar atendiendo pacientes no afiliados al Sgsss, los más pobres, con los escasos recursos de oferta de los hospitales aumentando, inevitablemente, su situación deficitaria. Carecen de liquidez que les permita comprar medicamentos y suministros para la atención de los pacientes, lo cual representa una amenaza a la calidad de la atención y en un riesgo para los pacientes. Adicionalmente, la reestructuración que se ha adelantado en algunos de ellos ha sido orientada solamente a la disminución de las plantas de personal sin dirigirse a resolver problemas estructurales como mejorar la liquidez, disminuir el tiempo de recuperación de recursos o evitar el creciente endeudamiento, como lo demuestra el estudio realizado por la Academia Nacional de Medicina¹⁷.

El Proyecto propone un sistema de financiación con control de gestión, establece el sistema de pagos fijos globales prospectivos comprobados por su eficiencia en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y define cuáles serán los recursos para los hospitales de II, III y IV nivel de atención.

Por otra parte, los hospitales y clínicas privados y públicos se ven seriamente amenazados en cuanto a su misma subsistencia por el fenómeno de la “integración vertical” que permite a las EPS y ARS crear sus propias IPS. El resultado es un creciente monopolio que distorsiona todavía más el ya imperfecto mercado y aumenta el poder dominante del sector asegurador.

3.4 Régimen Contributivo

Los dineros que recauden las entidades administradoras de planes de beneficios deben constituir patrimonios autónomos, a la manera de los patrimonios autónomos que existen en los Fondos Privados de Pensiones (artículo 97 de la Ley 100 de 1993), independientes del patrimonio de la Administradora y bajo el control de la Superintendencia Bancaria.

La totalidad de las EPS públicas están intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud. Por tanto, no pueden afiliarse, lo que propicia el marchitamiento de las Empresas Públicas de Seguridad Social como el ISS, Caprecom y Cajanal. El país requiere la presencia del Estado en la Seguridad Social Pública para garantizar la regulación del sistema.

El caso del ISS es lamentable porque este es uno de los principales patrimonios de Colombia. Es la entidad de seguridad social más grande del país por su amplia cobertura de la geografía nacional, la magnitud del recurso humano propio y contratado, el gran volumen de recursos financieros que maneja en los negocios de salud, pensiones y riesgos profesionales, las instalaciones administrativas y de servicios que posee en todo el territorio nacional y la cantidad de población que cubre. Así mismo, es una de las empresas más complejas del Estado dada la diversidad de servicios que ofrece a la población y la heterogeneidad de estamentos políticos, sociales, laborales, sindicales, técnicos, científicos, financieros, administrativos y de control con los cuales tiene relación.

A raíz de los cambios introducidos en el país con la estructuración del Sgss implantado por la Ley 100 de 1993, se produjeron importantes modificaciones que han obligado al ISS a cambiar sus modelos de operación y a repensar su quehacer para responder adecuadamente a los nuevos retos. El Seguro Social no ha tenido un verdadero período de transición que le permita adaptarse al Sistema. El proyecto busca subsanar esta situación creando un período de transición para el ISS, con objetivos específicos.

Durante el período de transición el ISS utilizará el recaudo de la cotización, descontado el punto de solidaridad, como su principal fuente de recursos. Hará el proceso de compensación a manera de ejercicio de tal forma que le permita efectuar las acciones necesarias para modernizar y actualizar plenamente su base de datos acorde con las exigencias del Sgsss.

3.5 Vigilancia y control

Un aspecto protuberante en la falla del Sgsss es su debilidad en vigilancia y control.

Estas acciones solo pueden desarrollarse en forma efectiva a partir de un sólido sistema de información y un registro único de aportantes. Ninguno existe y es difícil de entender la razón por la cual en los 10 años de ejecución de la Ley 100 no se hayan podido estructurar, a pesar de los reclamos que en este sentido han hecho numerosas instituciones, entre ellas la Academia Nacional de Medicina¹⁸.

Por otra parte, la Superintendencia Nacional de Salud es un organismo débil, carente de recursos y de instrumentos adecuados para el cumplimiento de su delicada labor.

Además, la Superintendencia está adscrita al Ministerio de la Protección de Salud, en cuyas dependencias funciona, lo cual le resta independencia y autonomía.

Conclusión

Para terminar esta Exposición de Motivos, conviene citar a dos eminentes Profesores de Políticas de Salud y de Economía Médica de la Universidad de Harvard, quienes, refiriéndose a la “atención gerenciada de la salud” (managed care), que es el modelo impuesto en Colombia por la Ley 100, en un reciente Editorial en la prestigiosa revista *Science*¹⁹ dicen:

“Al apoderarse de la financiación y del manejo de los servicios de salud, los intermediarios financieros se han convertido en fuerzas políticas poderosas en cuanto a mantener el actual caótico, pero altamente rentable, sistema de salud. Tanto los médicos como los pacientes son rehenes en cuanto a las decisiones de los aseguradores que operan con ánimo de lucro.”

Cordialmente.

Germán Vargas Lleras,
honorable Senador de la República.

SENADO DE LA REPUBLICA

Secretaría General (Artículos 139 y ss., Ley 5ª de 1992)

El día 27 del mes de julio del año 2004, se radicó en este Despacho el Proyecto de ley número 33 con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales, por el honorable Senador *Germán Vargas Lleras*.

El Secretario General,

Emilio Otero Dajud.

SENADO DE LA REPUBLICA

SECRETARIA GENERAL

Tramitación de Leyes

Bogotá, D. C., julio 27 de 2004

Señor Presidente:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de ley número 33 de 2004 Senado, *por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Sgsss) y se dictan otras disposiciones respecto al fortalecimiento del ejercicio de las profesiones de salud*, me permito pasar a su Despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General. La materia de que trata el mencionado proyecto de ley es competencia de la Comisión Séptima Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

¹⁷ Academia Nacional de Medicina, Comisión de Salud. Diagnóstico financiero de los hospitales públicos de tercer nivel. Bogotá, 2004.

¹⁸ Academia Nacional de Medicina. Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud. I y II, Santafé de Bogotá, febrero de 1999 y 2002.

¹⁹ Richmond JB, Fein R. Health insurance in the USA. Editorial Science, Vol. 301, Sept. 2003.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., julio 27 de 2004

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

Cumplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Luis Humberto Gómez Gallo.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

* * *

PROYECTO DE LEY NUMERO 34 DE 2004 SENADO

*por la cual se tipifica el delito de inasistencia alimentaria entre
compañeros permanentes.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Adiciónese el artículo 233 de la Ley 599 de 2000 en el siguiente sentido:

Artículo 1°. El artículo 233 de la Ley 599 de 2000 quedará así:

Artículo 233. *Inasistencia alimentaria.* El que se sustraiga sin justa causa a la prestación de alimentos legalmente debidos a sus ascendientes, descendientes, adoptante, adoptivo, cónyuge o compañero o compañera permanente, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años y multa de diez (10) a veinte (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

La pena será de prisión de dos (2) a cuatro (4) años y multa de quince (15) a veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes cuando la inasistencia alimentaria se cometa contra un menor de catorce (14) años.

Parágrafo. Para efectos del presente artículo, se tendrá por compañero y compañera permanente únicamente al hombre y la mujer que forman parte de la Unión Marital de Hecho durante un lapso no inferior a dos años en los términos de la Ley 54 de 1990.

Artículo 2°. La presente ley rige a partir de su sanción y promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Piedad Zuccardi,

Senadora de la República.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Someto a consideración de los honorables Miembros del Congreso de la República el presente proyecto de ley, que consagra el amparo de disposiciones constitucionales, tales como el derecho fundamental a la igualdad y la protección de la familia, preceptos que demandan el mayor reconocimiento y respeto por parte del Estado y de la sociedad.

El objetivo es amparar el derecho a la igualdad de los compañeros permanentes que conforman una unión marital de hecho, adicionando el artículo 233 de la Ley 599 de 2000, “por la cual se expide el Código Penal”, toda vez que esta disposición consagra el delito de Inasistencia Alimentaria entre cónyuges, pero excluye en forma discriminatoria de la posibilidad de ejercer la acción penal por dicho delito a los compañeros permanentes a pesar de que la Constitución y la ley establecen la protección de la familia independientemente de la naturaleza del vínculo que lo crea, bien sea natural o jurídico.

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad, se encuentra amparada por la Constitución colombiana y tiene su fundamento en los artículos 2° (fines del Estado) y 5° (reconocimiento y amparo de la familia). Así mismo, se desarrolla, en el artículo 42, la familia, la cual se constituye por vínculos naturales o jurídicos, en virtud del cual se entiende que el mandato superior consagró la plena libertad para constituir la familia, sin ninguna modalidad específica diferente a la establecida en este artículo y sin crear ninguna barrera a la cambiante realidad familiar.

Cuando se hace un análisis acerca de la estructura familiar y de la ayuda que se deben mutuamente los miembros que la conforman, conviene tener en cuenta distintas circunstancias, aclarando que son muy pocos los estudios que sobre este tema se han adelantado en nuestro país.

Dentro de ellos se encuentra el realizado por Virginia Gutiérrez de Pineda, quien es pionera en la investigación sobre la familia en Colombia¹, donde se hace evidente que en la actualidad es poca la ayuda que se prestan entre sí los miembros de la familia.

Este fenómeno obedece a diferentes causas, una de ellas provocada en las unidades familiares que se hallan distantes, ocasionando que las ayudas menores no puedan darse y solo se presten en los casos de emergencia mayor, bien sea por enfermedad grave o por muerte.

Otra de las causas, es el nivel económico similar que hace imposible las condiciones óptimas para apoyar a los consanguíneos que solicitan este tipo de ayuda, ocurre con las familias extensas en donde se refleja la poca ayuda de unos hacia otros, de lo que se deduce que la solidaridad familiar se ha visto afectada trascendentalmente menoscabando las necesidades fundamentales de quien no puede procurarse por sus propios medios lo necesario para su subsistencia.

En el Estudio en referencia, también se evidencia el surgimiento de un modelo familiar caracterizado por concebirse en las sociedades rurales y los estratos más bajos de las poblaciones (la unión de hecho), el cual, a mediados del siglo XX, dejó de ser exclusivo de las sociedades rurales y de las clases de bajo nivel socio-económico para ser adoptado también por otras clases sociales de más alto nivel.

No obstante, la convivencia de una pareja no formalizada por el rito religioso o civil del matrimonio, no producía efecto alguno para los convivientes. Algunas legislaciones del mundo se habían empeñado en ignorar este fenómeno social. De ahí que la evolución de la unión marital de hecho se concibió en la existencia de una sociedad irregular entre “concubinos”, cuya protección era necesaria para garantizar ciertos derechos, cuyos avances en Colombia se dieron con la Ley 54 de 1990.

Así las cosas, es importante recalcar que el mayor grado de responsabilidad debe recaer sobre la pareja (hombre y mujer), que de forma libre y espontánea constituyen un vínculo familiar, en el cual se tengan la obligación de prestar ayuda, auxilio o socorro mutuo, teniendo en cuenta que en la actualidad la forma de constituir la familia ha ampliado su caracterización al inclinarse en algunos sectores por las uniones consensuales.

La Ley 54 de 1990 define las uniones maritales de hecho y reconoce el régimen patrimonial entre compañeros permanentes como: “*La formada entre un hombre y una mujer, que sin estar casados, hacen una comunidad de vida permanente y singular. Igualmente y para todos los efectos civiles, se denominan compañero y compañera permanente, al hombre y la mujer que forman parte de la unión marital de hecho*”.

Del mismo modo, la Ley 294 de 1996 estableció: “*La familia se constituye por vínculos naturales o jurídicos por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla*”.

La Ley 54 de 1990 otorgó la legitimidad a la unión marital de hecho elevándola a un estatus jurídico, como lo es su conformación por vínculos naturales. La Ley 294 de 1996 estableció que el compañero o compañera permanente es miembro integral del núcleo familiar, razón por la cual este, al igual que otros miembros de la familia es también beneficiario de la obligación alimentaria.

Los compañeros permanentes han sido objeto de reconocimiento en otros escenarios del mundo jurídico, como en la Seguridad Social, donde se establece el derecho a los compañeros permanentes para acceder como beneficiarios al Plan Obligatorio de Salud (POS). En el aspecto pensional se estableció de igual manera, que son beneficiarios de la pensión de sobreviviente en forma vitalicia, al igual que en forma temporal, el cónyuge o compañera o compañero permanente, sin hacer discriminación alguna en razón de la naturaleza del vínculo.

Así mismo, también a través de la Ley 311 de 1996 se crea el Registro Nacional de Protección Familiar que consiste en la elaboración por parte del Departamento Administrativo de Seguridad, DAS, de una lista en la que se incluyen los nombres, documentos de identidad y lugar de residencia de quien sin justa causa se sustraiga de la prestación de los alimentos debidos por ley.

¹ Estructura, función y cambio de la familia Colombiana, Editorial Universidad de Antioquia.

Por tal razón, resulta de vital importancia reiterar que los compañeros permanentes han sido reconocidos en Colombia constitucional y legalmente, al conformar la familia por vínculo natural y por lo tanto adquieren determinados derechos (consagrados en la Ley 54 de 1990) y contraer ciertas obligaciones, al igual que la familia unida por vínculo jurídico.

Precisamente, dentro de estas obligaciones se encuentra la de prestar alimentos a quien legalmente se deban y el derecho de este a reclamarlos. “Esta obligación enclaustra un profundo sentido ético-social, ya que significa la preservación de la vida como valor primario reconocido y tutelado Constitucionalmente. Por tal razón, este es un deber de solidaridad familiar que se impone de acuerdo con la necesidad del que debe recibir y en la posibilidad de quien debe darlos”².

Corolario con lo anterior, la obligación alimentaria, tal como lo ha señalado reiteradamente la Corte Constitucional, tiene su fundamento en el principio constitucional de la Solidaridad, el cual se fundamenta en que los miembros de la familia tienen la obligación de suministrar lo necesario para subsistir a aquellos integrantes de la misma que no estén en la capacidad de suministrárselo por sus propios medios.

En el campo internacional, se ha reconocido la necesidad de sancionar a quien se sustraiga de la obligación de prestar alimentos a quien legalmente los deba, como se expone en La Convención Americana sobre Derechos Humanos o “Pacto de San José de Costa Rica”, en el artículo 7°, numeral 7, determina:

“Nadie será detenido por deudas. Este principio no limita a los mandatos de autoridad judicial competente dictados por incumplimiento de deberes alimentarios”.

El delito de inasistencia alimentaria constituye un detonante de las manifestaciones de causal de violencia intrafamiliar. Actualmente ocupa el segundo lugar dentro de los delitos más cometidos en Colombia después del hurto calificado. Según información del diario *El Tiempo*, durante el 2003 el Call Center del ICBF registró un total de 3.576 consultas sobre alimentos, consolidándose como el motivo de mayor número de llamadas, con un total de 15.48% recibido durante el año.

La Fiscalía General de la Nación reportó un alto número de casos denunciados de inasistencia alimentaria en el período comprendido entre mayo de 2000 a noviembre de 2003, con un total de 425.493 casos recibidos en esta entidad, sin poder determinar al menos sucintamente el número de casos que se presentan entre compañeros permanentes, cuyas uniones equivalen hoy en día a un 23% de la población colombiana, frente a un 25% de las uniones contraídas por el vínculo del matrimonio.

Los alimentos no constituyen solo un derecho sino una obligación originada de la ley que aseguran la vida y la subsistencia humana, lo cual comprende todo aquello que es indispensable para el sustento, habitación, vestido, recreación, educación, cultura y asistencia médica, así como la obligación de suministrar a la madre los gastos de embarazo y parto³. Lo que significa una protección, no solo a la madre en su estado pre y post natal, sino también al *nasciturus*, al cual se le garantiza su vida, salud, sano desarrollo físico y mental. Advirtiendo que la mujer abandonada por su compañero y se encuentre en indigencia, el Estado asume su protección, como así lo concibe el artículo 43 de la Constitución Nacional. Y si esta vela por su familia, se le ha denominado como Mujer Cabeza de Familia. Actualmente la mujer casada está debidamente protegida no solo por la Ley Civil, sino por la Ley Penal, mientras que la mujer que ha convivido con un hombre carece de esa protección (penal).

En el Código Civil los alimentos son: Congruos y Necesarios. Los congruos, habilitan al alimentado para subsistir modestamente de un modo correspondiente a su posición social. Los necesarios son los que bastan para sustentar la vida⁴.

El artículo 411 del Código Civil señala a las personas a las cuales por ley se les debe alimentos, otorgándoles así la calidad de sujeto pasivo de la obligación alimentaria al cónyuge, entre otros; sin embargo, este derecho no fue establecido para los integrantes de la familia conformada por vínculos naturales; es decir, para los compañeros permanentes, (hombre y mujer). Ello se debe principalmente a la fecha en que se instituyó esta normativa.

La Corte Constitucional se pronunció al respecto en la Sentencia C-1033/02, en donde profirió Sentencia Integradora declarando la exequibilidad del numeral 1° del artículo 411 del Código Civil, siempre y cuando dicha norma también se aplique a los compañeros permanentes, supliendo de esta forma el vacío existente en este estatuto y reconociendo la igualdad de estos derechos para las parejas que han conformado la unión marital de hecho, frente a quienes lo tienen por el vínculo del matrimonio. Se entiende que en virtud de este pronunciamiento también se debe hacer extensivo a los compañeros permanentes el Registro de Protección Familiar establecido en la Ley 311 de 1996.

Infelizmente no ocurre lo mismo con el artículo 233 del Código Penal que contempla el delito de Inasistencia Alimentaria, donde se excluyó tanto de la conducta punible, como de la posibilidad de reclamar alimentos mediante denuncia a los compañeros permanentes, lo cual a la luz de la igualdad pregonada por la Constitución respecto de las parejas o familias conformadas por vínculos jurídicos o naturales, configura una discriminación.

El artículo 233 de la Ley 599 de 2000, hace parte del Capítulo IV sobre delitos contra la asistencia alimentaria, del Título IV, delitos contra la familia, que tipifica el delito de inasistencia alimentaria en los siguientes términos:

“Artículo 233. Inasistencia Alimentaria. El que se sustraiga sin justa causa a la prestación de alimentos legalmente debidos a sus ascendientes, descendientes, adoptante, adoptivo o **cónyuge**, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años y multa de diez (10) a veinte (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes. (negrilla fuera del texto).

La pena será de prisión de dos (2) a cuatro (4) años y multa de quince (15) a veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes cuando la inasistencia alimentaria se cometa contra un menor de catorce (14) años”.

Esta disposición legal es contentiva de un vacío jurídico que resulta contrario a normas de rango constitucional, tales como el artículo 5° a través del cual el Estado reconoce a la familia como núcleo fundamental de la sociedad y reclama para ella una protección integral sin tener en cuenta si se constituyó por vínculos naturales o jurídicos.

“Artículo 5°. El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad”.

De igual forma, el artículo 42 superior establece que el derecho de formar una familia no surge exclusivamente del contrato matrimonial. Por lo tanto, no diferencia la familia constituida por vínculos naturales de la conformada por el matrimonio.

“Artículo 42. La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla”.

Igualmente, va en contravía del derecho a la Igualdad establecido en el artículo 13 Constitucional, el cual se traduce en “el derecho a que no se consagren excepciones o privilegios que ‘exceptúen’ a unos individuos de lo que se concede a otros en idénticas circunstancias, de donde se infiere que la real y efectiva igualdad consiste en aplicar la ley en cada uno de los acontecimientos según las diferencias constitutivas de ellos”⁵.

“Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.”

En virtud del anterior precepto resulta desproporcional e inconstitucional, al desconocer un derecho fundamental, que el artículo 233 de la Ley 599 de 2000, otorgue tratamiento desigual en materia de alimentos a los compañeros permanentes (hombre y mujer) que conforman unión marital de hecho frente a quienes contraen matrimonio.

² Sentencia T-212/1993, Corte Constitucional. M.P. Alejandro Martínez Caballero.

³ Constitución Política de Colombia, artículo 44, Código del Menor, artículo 113.

⁴ Código Civil, artículo 413.

⁵ Sentencia C-082/1999 Corte Constitucional. MP Carlos Gaviria Díaz.

Sobre el particular, también la honorable Corte Constitucional se pronunció en reciente fallo de una demanda de inconstitucionalidad promovida contra el artículo 233 de la Ley 599 de 2000, que contó con acertada ponencia del doctor Alvaro Tafur Galviz⁶, en donde exhortó al Congreso para que expida una ley que tipifique el delito de inasistencia alimentaria para los compañeros permanentes.

Dijo la Corte:

“Así las cosas, resulta claro para la Corte que en este caso el legislador en la tipificación del delito de inasistencia alimentaria a que alude el artículo 233 de la Ley 599 de 2000, contrarió a la Constitución al no establecer para los compañeros permanentes que conforman una unión marital de hecho el mismo tratamiento dado a los cónyuges en relación con la protección penal de la obligación de prestar alimentos, sin que para ello exista una causa constitucionalmente legítima.

En este sentido dentro del marco fijado por el artículo 42 de la Constitución y tomando en cuenta la omisión que se evidencia en este caso, el Congreso de la República determinará las modificaciones a introducir en el tipo penal de inasistencia alimentaria que aseguren la plena vigencia del ordenamiento constitucional en lo referente a la protección integral de la familia, así como al respeto del principio de legalidad penal.

En consecuencia, dado que como ya se explicó, la declaratoria de inexecutable de la expresión acusada, ni la posibilidad de dictar una sentencia integradora que adicione el texto legal resultan procedentes, la Corte declarará la constitucionalidad pura y simple de la expresión acusada contenida en el artículo 233 de la Ley 599 de 2000 que tipifica el delito de inasistencia alimentaria, al tiempo que, por evidenciarse una omisión por parte del legislador, así lo declarará y exhortará al Congreso para que en el marco del artículo 42 superior se adicione el tipo penal de inasistencia alimentaria para adecuarlo a los mandatos constitucionales”.

El anterior pronunciamiento proferido por la Corte Constitucional, a quien la Carta Magna confió la guarda y protección de sus principios y derechos constitucionales fundamentales, coincide con la necesidad de brindar una cabal protección a los compañeros permanentes, no sería apropiado que el legislador mantenga en el ordenamiento jurídico tal y como está consagrado el artículo 233 de la Ley 599 de 2000, el hecho de desconocer a los integrantes que han conformado la Unión Marital de Hecho, como sujetos pasivos de la inasistencia alimentaria y por ende los priva de la posibilidad de iniciar la acción penal, para que se indague la conducta que ha motivado el delito de inasistencia alimentaria, en contra de quien tenga el deber legal de prestarlos.

Por tal razón, acogiendo el principio de tipicidad, según el cual corresponde a la ley definir de manera inequívoca, expresa y clara las características básicas del tipo penal y teniendo en cuenta que las circunstancias establecen idéntico verbo rector y modelo descriptivo del tipo penal, tanto en la conducta del cónyuge, como en la de los compañeros permanentes que conforman una unión marital de hecho, las consecuencias punitivas pueden ser las mismas acorde a las circunstancias.

Se concluye que el artículo 233 de la Ley 599 de 2000 constituye una violación por omisión de los artículos 5º, 13 y 42 Superiores, por establecer un tratamiento desigual al tipificar el delito de inasistencia alimentaria para los cónyuges y no así para los compañeros permanentes.

Por lo tanto, en aras de proteger y equiparar los derechos familiares, el derecho fundamental de la igualdad y el principio de solidaridad, todos ellos establecidos por el mandato constitucional, se propone:

Crear para la familia constituida por vínculos naturales, una protección integral que se traduce en tipificar la conducta de inasistencia alimentaria entre compañeros permanentes, cuando estos incurran en el incumplimiento injustificado de la obligación alimentaria, adecuando el artículo 233 de la Ley 599 de 2000 o Código Penal, de acuerdo a las circunstancias actuales; es decir, respetando el reconocimiento otorgado a las uniones maritales de hecho a través de la ley y concediendo a los compañeros permanentes (hombre y mujer) la misma oportunidad y el mismo derecho, brindado a los cónyuges mediante esta disposición,

extendiendo idénticos derechos y sanciones, para poner fin a la discriminación que afecta a un grupo desprotegido, en debilidad manifiesta y con necesidad de amparo y protección como son los compañeros permanentes.

En virtud de los argumentos expuestos, el contenido social del presente proyecto, la obligación de proteger los preceptos consagrados en el mandato constitucional y considerando que es en cabeza del legislador en quien recae la responsabilidad de establecer la Política Criminal del Estado, solicito a los señores miembros de esta Célula Congresual, impartir su aprobación al proyecto de ley materia de estudio, eliminar la discriminación del Ordenamiento Penal Colombiano frente a quien actualmente no le es posible obtener protección alguna conforme a las circunstancias expuestas.

Piedad Zuccardi,

Senadora de la República.

SENADO DE LA REPUBLICA

Secretaría General

(Art. 139 y ss. Ley 5ª de 1992)

El día 27 del mes de julio del año 2004, se radicó en este Despacho el Proyecto de ley número 34 con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales, por la honorable Senadora *Piedad Zuccardi*.

El Secretario General,

Emilio Otero Dajud.

SENADO DE LA REPUBLICA

SECRETARIA GENERAL

Tramitación de Leyes

Bogotá, D. C., julio 27 de 2004

Señor Presidente:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de ley número 34 de 2004 Senado, por la cual se tipifica el delito de inasistencia alimentaria entre compañeros permanentes, me permito pasar a su Despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General. La materia de que trata el mencionado proyecto de ley es competencia de la Comisión Primera Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., julio 27 de 2004

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

Cúmplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Luis Humberto Gómez Gallo.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

* * *

PROYECTO DE LEY NUMERO 35 DE 2004 SENADO

por la cual se expide la Ley de Seguridad en eventos deportivos.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Objeto, ámbito de aplicación y contravenciones de policía.

Artículo 1º. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto la creación y unificación a nivel nacional, de un sistema de educación y prevención de los hechos de violencia en eventos deportivos.

Artículo 2º. *Contravenciones especiales de policía.* Adiciónase un Capítulo al Título II de las Contravenciones del Código Nacional de Policía, así:

⁶ Sentencia C-016/2004 Corte Constitucional. MP Alvaro Tafur Galvis.

“CAPITULO XV

De las contravenciones especiales que afectan la tranquilidad pública y la seguridad con ocasión de los eventos deportivos

Artículo 218 A. El que con motivo o con ocasión de un evento deportivo, antes, durante o después de él, impida o entorpezca el normal funcionamiento de los transportes, incurrirá en prohibición de concurrir a eventos deportivos hasta por un (1) año.

Si la perturbación ocurriere antes del evento, el miembro de la Policía Nacional que se halle en el lugar, previa comprobación del hecho, podrá impedir que el responsable ingrese al escenario si por la naturaleza y gravedad de su conducta puede inferirse la comisión inminente de infracciones a la ley penal o de policía.

Artículo 218 B. El que con motivo o con ocasión de un evento deportivo, antes, durante o después de él, ejerciere actos de violencia contra un medio de transporte u ocasionare daños en vías o lugares públicos, se le impedirá el ingreso al escenario en los términos previstos en el artículo anterior e incurrirá en prohibición de concurrir a eventos deportivos hasta por cinco (5) años y multa de uno (1) a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, sin perjuicio de las acciones penales y civiles que se deriven de tal comportamiento.

Artículo 218 C. El que con motivo o con ocasión de un evento deportivo, antes, durante o después de él, porte armas blancas o elementos inequívocamente destinados a ejercer violencia, se le impedirá el ingreso al escenario en los términos previstos en el artículo 218 A e incurrirá en prohibición de concurrir a eventos deportivos hasta por cinco (5) años.

El que hubiere ingresado al evento deportivo los elementos a que se refiere el presente artículo, será expulsado del escenario e incurrirá además en prohibición de concurrir a eventos públicos y en multa de uno (1) a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, sin perjuicio de las acciones penales que se deriven de tal comportamiento.

Artículo 218 D. El que impidiere temporal o definitivamente la realización de un evento deportivo, incurrirá en prohibición de concurrir a escenarios deportivos hasta por cinco (5) años y multa de uno (1) a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Artículo 218 E. El que sin estar autorizado ingresare al campo de juego, vestuarios, baños o camerinos de los equipos u otros lugares restringidos de similar naturaleza, será expulsado del escenario e incurrirá en prohibición de concurrir a eventos deportivos hasta por cinco (5) años y multa de uno (1) a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Artículo 218 F. El que arroje al área de juego, a las tribunas, a los lugares ocupados o transitados por los espectadores objetos contundentes, envases con líquido o vacíos, papeles encendidos, antorchas, objetos o sustancias que pudieren causar daños o molestias a los jugadores, a los jueces de campo o a terceros, incurrirá en prohibición de concurrir a eventos deportivos hasta por cinco (5) años y multa de uno (1) a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, sin perjuicio de las acciones penales y civiles que se deriven de tal comportamiento.

Artículo 218 G. El que con motivo o con ocasión de un evento deportivo, antes, durante o después de él, participe en una riña, sin perjuicio de la responsabilidad penal que le pudiera acarrear, incurrirá en prohibición de concurrir a escenarios deportivos hasta por cinco (5) años y multa de uno (1) a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Artículo 218 H. El deportista, dirigente, protagonista u organizador de un evento deportivo que con sus expresiones, ademanes o proceder es ocasione alteraciones de orden público o incitare a ello en el marco de la realización de un encuentro deportivo, incurrirá en prohibición de concurrir a escenarios deportivos hasta por cinco (5) años y multa de uno (1) a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, sin perjuicio de las acciones penales y civiles que se deriven de tal comportamiento.

Artículo 218 I. El que sea sorprendido consumiendo, en posesión o tratando de ingresar al evento deportivo bebidas alcohólicas o sustancias que produzcan dependencia psíquica, será expulsado del escenario e incurrirá además en prohibición de concurrir a eventos públicos hasta por cinco (5) años.

Artículo 218 J. Los Comandantes de Estación y de Subestación podrán aplicar la medida de retención transitoria hasta de doce (12) horas cuando con motivo o con ocasión de un evento deportivo, antes, durante o después del mismo, sea necesario prevenir la inminente infracción de la ley penal o de policía en razón de la grave exaltación o excitación de una persona en los términos previstos en el artículo 207 del Código Nacional de Policía.

Parágrafo. La prohibición de concurrir a escenarios públicos y las multas serán de competencia de los alcaldes o de quienes hagan sus veces, conforme al procedimiento previsto en el presente Código, en especial el contenido en las disposiciones generales contenidas en los artículos 60 a 66”.

Artículo 3°. Inhabilidades de deportistas y dirigentes deportivos. El deportista, jugador profesional, técnico, entrenador, preparador físico, colaborador, dirigente, concesionario o miembro de clubes, asociaciones o comisiones deportivas, que participe en la comisión de hechos de violencia, con motivo o con ocasión de un evento deportivo, antes, durante o después de él, será sancionado con multa de veinte (20) a cuarenta (40) salarios mínimos legales mensuales, la multa impuesta deberá ser cancelada o consignada para poder continuar con su actividad.

Artículo 4°. - El Director del Instituto Colombiano del Deporte, mediante acto motivado podrá ordenar la clausura de escenarios deportivos mientras no se cumplan las condiciones de seguridad exigidas en la ley y reglamento.

Dicha medida procederá en todos los casos en que considere que no están dadas las condiciones de seguridad para la realización del evento deportivo y deberá decretarse por providencia motivada.

Artículo 5°. Las entidades o asociaciones participantes y barras con personería jurídica, serán solidariamente responsables por los daños y perjuicios que ocasionen sus miembros y aficionados en los escenarios deportivos y en las inmediaciones de estos, salvo que resultaren de fuerza mayor o hechos totalmente ajenos al riesgo derivado del espectáculo deportivo.

CAPITULO II

Sistema de Información para la Seguridad en Eventos Deportivos (Sised)

Artículo 6°. Créase el **Sistema de Información para la Seguridad en Eventos Deportivos (Sised).**

El **Sised** contendrá la información básica necesaria para proveer la seguridad con ocasión de los eventos deportivos y funcionará bajo la dependencia y organización de la Policía Nacional.

Artículo 7°. Las sanciones, medidas preventivas y anotaciones proferidas en virtud de la presente ley deberán remitirse al **Sised** en los términos que señale el reglamento.

Artículo 8°. Con las comunicaciones y los pedidos de informes remitidos al **Sised**, se acompañará y se indicarán las siguientes circunstancias:

- a) Estación de Policía y número de causa;
- b) Estaciones de Policía que hubieren intervenido con anterioridad y números de causas correspondientes;
- c) Nombres y apellidos, apodos, seudónimos o sobrenombres;
- d) Lugar y fecha de nacimiento;
- e) Nacionalidad;
- f) Estado civil y, en su caso, nombres y apellidos del cónyuge;
- g) Domicilio y residencia;
- h) Profesión, empleo, oficio u otro medio de vida;
- i) Números del documento de identidad;
- j) Nombres y apellidos de los padres;
- k) Sanciones anteriores y estaciones de policía intervinientes;
- l) Fecha y lugar en que se cometió la contravención y de la iniciación del proceso;
- m) Calificación del hecho.

Artículo 9°. Sobre la base de las comunicaciones que se remitan al **Sised**, se confeccionará anualmente la estadística general de las contravenciones en eventos deportivos.

Para la realización de dicho informe, el **Sised** actuará en coordinación con la Comisión Nacional de Seguridad en Eventos Deportivos.

CAPITULO III

Control al ingreso de los escenarios deportivos

Artículo 10. El ingreso a todo escenario deportivo de concurrencia pública será irrestricto y libre, salvo:

a) Para aquellas personas sancionadas con prohibición de concurrencia a escenarios deportivos;

b) Para aquellas personas que fueren sometidas a controles de alcoholemia o psicoactivos durante el ingreso al escenario y el resultado del mismo sea positivo;

c) Para los menores de doce (12) años no acompañados de sus padres o de un adulto responsable de ellos.

Parágrafo. El control del cumplimiento de la prohibición de concurrencia se realizará a través de la consulta al **Sistema de Información para la Seguridad en Eventos Deportivos, Sised**.

El Gobierno Nacional expedirá, dentro del término de seis (6) meses, contados a partir de la vigencia de la presente ley, la reglamentación que establezca los procedimientos que aseguren el control a que se refiere el presente artículo.

CAPITULO IV

Educación para la Paz y la No Violencia

Artículo 11. El Ministerio de Educación, el Ministerio de Cultura, el Instituto Colombiano del Deporte, "Coldeportes", los Institutos Departamentales y Municipales de Recreación y Deporte y las Secretarías Departamentales y Municipales de Educación, así como los demás organismos vinculados al deporte, diseñarán cursos-talleres sobre Educación para la Paz y la No Violencia, programarán la capacitación de docentes, habilitarán el desarrollo de estas actividades y supervisarán su ejecución en ámbitos adecuados y horarios accesibles a los destinatarios a que se refieren los artículos siguientes de la presente ley.

Igualmente, programarán campañas educativas y preventivas tendientes a evitar la violencia en escenarios deportivos a través de la prensa, radio, televisión, así como en escuelas, colegios, universidades y demás centros de enseñanza.

Artículo 12. La sanción de prohibición de concurrencia podrá ser reducida, hasta en la mitad, cuando se acceda voluntariamente a realizar cursos-talleres de Educación para la Paz y la No Violencia en escenarios deportivos y se obtenga su aprobación.

Artículo 13. Los cursos-talleres referidos en los artículos anteriores se organizarán y ejecutarán anualmente, mediante convenios del Instituto Colombiano del Deporte, "Coldeportes", con los organismos equivalentes en las jurisdicciones departamentales y municipales.

Así mismo, se procurará la participación en los cursos de:

1. Organizaciones no gubernamentales.
2. Asociaciones y ligas deportivas.
3. Medios de comunicación.
4. Periodistas deportivos.
5. Deportistas, árbitros, dirigentes, técnicos y clubes deportivos.
6. Integrantes de las fuerzas de seguridad.
7. Personas que han sido víctimas de violencia en el deporte.
8. Público concurrente a eventos deportivos en general.
9. Barras de los equipos.

Parágrafo: El Gobierno Nacional, a través del Instituto Colombiano del Deporte, "Coldeportes", dictará, dentro del término de seis (6) meses, contados a partir de la vigencia de la presente ley, las medidas necesarias para la organización de las campañas de educación y prevención, así como para asegurar que un área razonable de los escenarios deportivos sea destinada a la publicidad de mensajes alusivos al respeto de la paz y a la prevención de la violencia.

CAPITULO V

Requisitos técnicos de los escenarios de concurrencia pública

Artículo 14. Los escenarios deportivos del país deberán reunir todos los requisitos técnicos que las normas correspondientes establezcan y que garanticen las condiciones de seguridad, estabilidad y salubridad para los deportistas, espectadores y el público en general.

De acuerdo con la capacidad de los escenarios deportivos, el Gobierno Nacional establecerá las condiciones operativas para los mismos y que podrán incluir, entre otros, circuito cerrado de televisión, sistema de audio propio, comunicaciones con la policía local, los organismos de emergencia médica y protección civil, adecuada señalización e iluminación, rutas de evacuación, dotación de ambulancias con equipo paramédico y equipos de bomberos suficientes para atender emergencias y las demás que se estimen necesarias.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, a través del Instituto Colombiano del Deporte, "Coldeportes", dentro del término de seis (6) meses, contados a partir de la vigencia de la presente ley, expedirá la reglamentación a que se refiere este artículo.

Artículo 15. Lo dispuesto en los incisos del artículo anterior será aplicable a todos los escenarios de concurrencia pública que queden comprendidos en esta ley, concediéndose un plazo de un (1) año para hacer las adecuaciones técnicas correspondientes, contado a partir de la vigencia de la presente ley.

Artículo 16. Las entidades deportivas comprendidas en la presente ley deberán designar personas responsables para colaborar con la seguridad durante los eventos deportivos bajo la coordinación de las autoridades de policía. Dichas personas tendrán las siguientes funciones:

a) Supervisar el cumplimiento de las medidas de seguridad interna dispuestas por las entidades deportivas;

b) Supervisar durante el ingreso del público al escenario, que no sean introducidos al mismo, elementos que atenten contra la seguridad;

c) Supervisar que no ingresen personas con signos de encontrarse bajo los efectos del consumo de alcohol o sustancias psicoactivas peligrosas.

Artículo 17. Las entidades deportivas comprendidas en la presente ley, deberán adoptar las medidas necesarias para separar adecuadamente en los recintos a los grupos de aficionados de equipos rivales que pudieran enfrentarse violentamente.

Artículo 18. Los estadios o escenarios donde se realicen competencias deportivas oficiales, no podrán permitir el ingreso a sus instalaciones de un número superior al aforo de personas sentadas. La boletería entregada al público no podrá superar dicho aforo.

El incumplimiento de esta disposición hará responsable con sanción de destitución al administrador del recinto deportivo, sin perjuicio de las demás sanciones a que hubiere lugar.

Los responsables de los equipos deportivos que colocaren entre el público un número mayor de boletas a las legalmente autorizadas, según la disposición anterior, serán multados hasta por el 20% del valor de la boletería total vendida para el evento.

CAPITULO VI

De la Comisión Nacional de Seguridad en Eventos Deportivos

Artículo 19. Créase la Comisión Nacional de Seguridad en Eventos Deportivos, la cual actuará bajo la dependencia del Ministerio de Cultura.

Artículo 20. Serán funciones de la Comisión:

1. Asesorar a las autoridades nacionales que así lo requieran en todo lo relativo a la seguridad y la prevención de la violencia en el deporte.

2. Recopilar y publicar anualmente los datos sobre la violencia en los escenarios deportivos, así como realizar encuestas y estadísticas sobre la materia, conforme lo establecido en la presente ley.

3. Elaborar orientaciones y recomendaciones para la organización de aquellos eventos deportivos y particularmente de fútbol en los que razonablemente se prevea la posibilidad de actos violentos.

4. Promover e impulsar acciones de prevención y previsión.

5. Asesorar a las Alcaldías Municipales en todo lo relativo a la seguridad en eventos deportivos.

6. Recomendar a las entidades deportivas la incorporación a sus estatutos de normas sobre seguridad en el deporte.

7. Coordinar sus actividades con organismos públicos y entidades privadas del país y del exterior.

8. Proponer la adopción de medidas mínimas de seguridad en los lugares donde se desarrollen los eventos deportivos.

9. Realizar periódicamente informes y estudios sobre las causas y los efectos de la violencia en el fútbol y otros deportes.

10. Presentarse, si fuere necesario, como denunciante en los procesos sustanciados por comisión de alguna de las contravenciones contempladas en la presente ley.

11. Establecer básicamente las especificaciones técnicas de la infraestructura con que debe contar obligatoriamente un escenario de concurrencia pública, conforme a los lineamientos de la presente ley.

12. Someter a estudio las obras proyectadas por las entidades deportivas con la finalidad de adecuar sus instalaciones a la presente ley y a las resoluciones que en consecuencia se dicten y eventualmente, aprobarlas o, en su defecto, desecharlas.

13. Recibir la acreditación de la realización satisfactoria de los cursos-talleres a que se refiere la presente ley, a objeto de elaborar los informes correspondientes que deberán ser remitidos al comandante de estación de policía competente.

14. Invitar a un representante de la Comisión Directiva y a tres socios del Club o Clubes cuya situación específica en materia de seguridad sea puesta a consideración por el Comité.

Artículo 21. La Comisión estará integrada por:

1. Un representante del Ministerio del Interior y de Justicia.
2. Un representante del Ministerio de Cultura.
3. Un representante del Ministerio de la Protección Social.
4. Dos representantes de las ciudades con escenarios deportivos de más de 15.000 espectadores designados por los alcaldes locales.
5. Un representante de la Policía Nacional.
6. Un representante de las ciudades con escenarios deportivos de menos de 15.000 espectadores designado por los alcaldes locales.
7. Un representante de la Asociación del Fútbol Profesional.
8. Un representante de la Asociación de Fútbol Aficionado.
9. Un representante del Instituto Colombiano del Deporte, "Coldeportes".
10. Un representante de los Institutos Departamentales de Recreación y Deportes.
11. Un representante de los Institutos Municipales de Recreación y Deportes.

Artículo 22. El Comité será presidido por el representante del Ministerio de Cultura y dictará su propio reglamento.

Artículo 23. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación. De los honorables Senadores,

Bernardo Alejandro Guerra Hoyos,
Senador de la República.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Colombia, país ubicado en el extremo nororiental de Suramérica y con una población aproximada de cuarenta y cuatro millones de habitantes, viene padeciendo en los últimos cincuenta años una guerra interna, la cual en este caso no implica solamente a los dos Partidos políticos tradicionales del país, sino a un sinnúmero de grupos armados al margen de la ley, quienes pugnan por el poder que les permita el manejo de los destinos y las riquezas de este territorio.

Aunado a esta crisis interna, Colombia presenta una altísima desigualdad social que implica la inadecuada repartición de las riquezas, posibilitando el crecimiento de la línea de pobreza de la gran mayoría de ciudadanos. Así mismo, Colombia presenta un altísimo nivel de corrupción en los entes estatales, el desempleo va en aumento, las empresas cierran sus puertas a un ritmo acelerado por la falta de competitividad, las posibilidades educativas escasean para muchas personas por falta de recursos.

En resumen, una gran diversidad de problemáticas que imposibilitan alcanzar a la mayoría de los colombianos un bienestar económico y psico-social, generando en cambio sensaciones de desesperanza, desamparo, agresividad, desunión, etc.

En medio de este caos de fragmentación ideológica y cultural, de pérdida de legitimidad en diversas instituciones, tanto privadas como públicas y con la necesidad del ser humano de encontrar elementos

comunes y de cohesión que le permitan sentirse parte de la sociedad, surge el fútbol y los demás espectáculos deportivos como un factor socializante.

El fútbol, ese deporte que en sus inicios era solo practicado por aristócratas y que en la actualidad ha invadido de una forma literal los corazones, mentes y cuerpos de millones y millones de personas alrededor del mundo, sin distingo alguno y que debido a la representación que le da la sociedad crea subjetividades, ya sea como un fenómeno alienante, de competitividad, de escape a lo cotidiano, entre otros. Lamentablemente la situación que ahora ha influido para que la sociedad –en nuestro caso la de Colombia– dirija su mirada hacia el fútbol, son las manifestaciones de violencia que se han venido presentando alrededor del llamado “Rey de los deportes” en los últimos años.

En un país como Colombia, donde otra diversidad de problemáticas se suman y contribuyen a la muerte violenta como una de las principales dificultades nacionales y donde el individuo, debido a estas situaciones, deja de creer y soñar y la desesperanza, el desamparo, el desvalimiento, la angustia y la soledad aparecen como los sentimientos más comunes; es allí donde el fútbol, que era considerado como eminentemente un espacio lúdico y de “relajación” en un fin de semana, ahora se convierte en un espacio de “guerra y combate”, donde “tribus” diferentes se enfrentan.

Esta dinámica grupal se ha incrementado con la aparición en Colombia de las denominadas “**Barras Bravas**”, las cuales se convierten para quienes asisten a las mismas en más que una familia, un espacio donde confluyen ideales en pos de un mismo fin y donde al individuo le es permitido una liberación de sus tensiones, todo en búsqueda de mantener el símbolo de unión y victoria en que se convierte el equipo amado.

Este elemento es a la vez integrador y alienante del individuo hasta el punto de hacerle perder su personalidad individual a favor del grupo. Era este un fenómeno que se consideraba exclusivo de Europa y de Argentina, pero que ha surgido en Colombia con sin igual fuerza.

Durante mucho tiempo en el país se han ido construyendo a partir de los valores propios de lo urbano, de los arraigados valores de lo popular, la marcada idiosincrasia y la manera particular de asumir el entorno y la realidad circundante, toda una manifestación y vivencia personal, colectiva, barrial y social de una compleja cultura que gira en torno al deporte, especialmente al fútbol. Las alegrías, las angustias, el saber, el tener, el poder, la derrota, la victoria, las frustraciones, hasta los deseos y los más utópicos sueños, se han cimentado y tienen un profundo fundamento en esta relación fútbol y vida cotidiana, con ella se manifiesta lo que pasa en las calles, en los barrios, en los hogares e inclusive lo que pasa dentro de aquellos que viven este deporte como una verdadera pasión.

Los grandes estadios se han constituido en el espacio por excelencia donde se manifiestan, durante los partidos, los más complejos fenómenos sociales, representados e interpretados individual y colectivamente por múltiples actores. Es el caso especial de los hinchas quienes unidos de forma grupal conforman lo que se denomina en el argot futbolístico una “**Barra**” rodeando activamente el espectáculo mencionado. Ellos llegan al denominado “máximo templo deportivo” ataviados con las insignias distintivas de su club, lo cual los distingue de los hinchas rivales o de otros grupos de actores como los policías, comunicadores, auxiliares, entre otros, quienes igualmente son partícipes de una u otra forma en la diversidad de manifestaciones que se presentan alrededor del denominado “Rey de los deportes”.

Estos grupos interactúan entre sí, afectando su propia dinámica, posibilitando manifestaciones en el máximo templo deportivo, de violencia, caos y creación, pero haciendo que estas sean más evidentes en el grupo conformado por los hinchas, los cuales imprimen toda la pasión al juego y en su dinámica grupal son afectados por la situación social que les rodea.

El grupo de hinchas, que organizativamente se define como “**barra**”, traspasa tres momentos en torno a un partido de fútbol en los cuales se vivencia su dinámica grupal, desde la conjunción de ideales hasta la fragmentación de ese cuerpo, del aparato psíquico grupal, pasando por procesos de índole psíquico y grupal. Las manifestaciones de violencia que se presentan contra ese otro, hincha rival, policía, periodista, etc.,

quienes igualmente participan en mayor o menor medida en las mismas, surgen como una respuesta frente a los ansiedades persecutorias que se dan al escindir el grupo que protege y libera y que al fragmentarse nuevamente permite sentir el olvido, el vacío, la desesperanza, el desamparo que se “cultivan” a diario en una situación social por la que atraviesa el país actualmente.

Como se ha anotado, hay otros actores que son participes en este fenómeno que se da en los espectáculos deportivos:

- Los policías, quienes actúan desde el discurso racional y como la autoridad de orden al concebir no sólo como inadaptadas las manifestaciones violentas, sino que entran directamente en la situación cumpliendo el rol que les asigna la sociedad para mantener el orden y reprimir el caos.

- La salida de los árbitros solo desenmascara en los aficionados la figura y la representación de la norma, de la ley, el principio de realidad que los enfrenta una vez más con ese mundo afuera que quieren reprimir en su templo, por eso la aparición de la terna arbitral se hace en medio de silbidos, chifladuras y fuertes insultos.

- Los periodistas deportivos hacen su aparición muy importante, ya que las sensaciones que se dan en el campo de juego, son por ellos transmitidas e interpretadas. Es imposible negar que ellos son protagonistas de todo cuanto ocurre en torno a un partido, pues el hecho de permanecer en pequeños cubículos separados por una cabina alrededor del estadio o frente a unas cámaras o a un computador, no implica que estén al margen de todo este fenómeno, hacen parte activa de él y tienen responsabilidades frente a todas las manifestaciones que aparezcan: Integración, unidad y orden. También desintegración, desorden y hasta violencia. Mucho de lo que digan y de cómo lo digan influye en una población proclive a los fanatismos a la aceptación indiscutida de cuanto se le dice en los medios, especialmente los radiales.

La violencia deportiva, si bien es un fenómeno de características internacionales, ha llegado en nuestro país al límite intolerable de la violencia en masa, con pérdidas irreparables en vidas humanas y de heridos graves y daño en los bienes ajenos, ya que las personas en los fenómenos de masas se comportan de un modo diferente a como lo harían aisladamente. El hombre que aparece en una multitud agitada es voluble, crédulo e intolerante. Las barras bravas, en Colombia y en el Mundo, tienen la tendencia a unos rasgos muy marcados como lo son: Nacionalismo, xenofobia, exaltación de la fuerza física, virilidad agresiva, sentido del honor asociado con la capacidad de pelear y la demostración del más fuerte, haciendo que estos grupos sean de pensamientos radicales. Históricamente las barras bravas se han relacionado con el alcohol y las drogas, aunque se da el consumo, no siempre son así, ya que si miramos la sociedad actual, en realidad encontramos que la juventud en general se relaciona con esas dos variables. En medio de todo existe la marcada incapacidad para aceptar “la pérdida” o “la derrota” del equipo de sus preferencias volcando esta frustración contra personas y bienes ubicados dentro de las Unidades Deportivas o cercanos a ellas.

En nuestro país las “barras bravas” son conformadas por jóvenes entre los 13 y 26 años, ya que son muy recientes. En otros países, en las barras bravas hay personas de 50 y más años, ya que es una tradición más arraigada y el fanatismo es mayor. Es decir, en Colombia todavía podemos encontrar las causas de ese rencor y rabia reprimidos entre estos hinchas. En primer lugar, se presenta una situación social, en donde un núcleo familiar violento genera más violencia. En segundo lugar, un factor económico y social que hace que el hincha desahogue sus problemas en un estadio de fútbol. Y en tercer lugar, una carencia de educación en el comportamiento y en la tolerancia a la pérdida.

Aunque es este un fenómeno de ocurrencia más reciente en nuestro país, sí podemos identificar eventos que generaron muertes y heridos en los estadios colombianos hace ya algunos años:

El 1º de noviembre de 1982, en Cali, Partido América-Deportivo Cali: El partido había terminado y la estampida fatal se originó cuando los de arriba comenzaron a orinar en la cabeza a los que salían.

El 18 de mayo de 1989: Nacional-Danubio, Estadio Atanasio Girardot, en Medellín: El desenfreno por haber derrotado a los uruguayos por 6 a 0 y pasar a las finales de la Copa Libertadores desató la ordalía en la

multitud, la que sobrepasó los límites del Estadio y afectó la zona vecina. La enfermería de estas instalaciones y los hospitales cercanos no tardaron en empezar a verse abarrotados con los cadáveres y los heridos de consideración.

Al final de esta década, se obtiene la Copa Libertadores por un equipo antioqueño, dándose una celebración con muchos muertos e inaugurando una “rivalidad” que se mantiene con las demás regiones, situación que se traslada a los estadios del fútbol colombiano especialmente cuando se enfrentan equipos de las ciudades de Medellín, Bogotá y Cali o con equipos de la misma región que tengan un significado representativo para las personas. Y el famoso partido con Argentina: Colombia 5, Argentina 0, resultado final en Colombia: 70 muertos, 180 heridos.

Pero ahora la situación ha cambiado dramáticamente, para empeorar, ya que han venido apareciendo barras bravas, copia fiel, hasta en sus cánticos, de las barras bravas argentinas, las cuales inclusive han logrado conformar sucursales en las principales ciudades del país, lo que les garantiza una gran afluencia de hinchas independiente de la ciudad donde juegue el equipo de sus simpatías. Lamentablemente este fenómeno ha garantizado también que la violencia no solo la ejerzan en los estadios y sitios aledaños a estos, sino a que se desarrollen enfrentamientos a muerte en carreteras donde se encuentren en sus desplazamientos.

En conclusión, es este un problema que en nuestro país está adquiriendo el tinte de grave, porque la fiesta del fútbol se ha convertido en un espectáculo macabro al que se asiste en búsqueda de pelea y, en el peor de los casos, de la muerte. Ya no es extraño ver apuñalamientos, apedreamientos y hasta asesinatos en vivo y en directo por la televisión. Los encuentros entre hinchas en las carreteras se convirtieron en un grave problema por los destrozos ocasionados y la dificultad de atención de los heridos y los desplazamientos de fuerza pública para la atención de la emergencia y los enfrentamientos en zonas aledañas a los escenarios deportivos están lastimando de manera grave la asistencia al estadio por el temor de verse envuelto en una pedrea. Ya el fútbol no es un espectáculo familiar.

Sin embargo, no es solo en nuestro entorno cercano ni es un fenómeno exclusivo en Colombia, ya que durante la historia del fútbol mundial se han presentado hechos violentos entre diferentes hinchadas de los equipos que ocasionan un cambio dentro y fuera de los estadios, convirtiéndose inclusive en “campos de batalla”, en donde expertos al observar y analizar el fenómeno consideran que el individuo dentro de la masa adquiere una nueva identidad y quien lleva un símbolo distinto es un enemigo, es alguien que trata de destruirnos y cuestionar nuestra identidad y nuestra supremacía. Por tanto, hay que destruirle a él antes de que lo consiga conmigo.

Pero si bien hay países que se han caracterizado por los altos niveles de violencia en los espectáculos deportivos, caso de Inglaterra, Italia y Argentina, todos estos con muchos años de experiencia en el manejo de barras bravas, también hay que reconocerles los adelantos en materia de prevención, en seguridad, que han logrado por medio de iniciativas parlamentarias de similares características a esta. Inglaterra, por ejemplo, ha logrado que sus partidas de fútbol de primera división sean vigiladas por no más de cincuenta agentes de policía, cuando en Colombia una partida de fútbol en una ciudad grande requiere alrededor de mil doscientos agentes. O en el caso específico de Italia, la aplicación de una ley de seguridad en espectáculos deportivos, redujo en más de un 80% los índices de violencia tanto en los estadios como en las inmediaciones.

Ahora bien, nuestro vecino más cercano que recoge experiencia en estos aspectos es Argentina, el cual se encuentra en estos momentos reformando una ley para acomodarla a las circunstancias de violencia que en los últimos tiempos ha padecido. Ellos, para elaborar el proyecto de ley, analizaron las medidas adoptadas en la organización de las Olimpiadas de Atlanta de 1996 y las experiencias de Francia durante 1997, con motivo de las Jornadas Mundiales de la Juventud y así también las medidas preventivas que adoptaron los órganos responsables de la seguridad deportiva, con motivo del Campeonato Mundial de Fútbol Francia 1998, donde se tuvieron en cuenta nuevas doctrinas para evitar el peligro de la violencia ante una visita en territorio francés de más de 2.500.000 espectadores.

Es de este país de donde hemos recogido experiencias, por ser del cono sur, donde también se ubica Colombia, para la elaboración de este proyecto de “Ley de seguridad en espectáculos deportivos” para ser presentado ante el Honorable Congreso de la República de Colombia.

Este proyecto, de convertirse en Ley, contribuirá, a manera de intervención, con una posible propuesta de redimensionamiento del concepto y vivencia social del fútbol, con el fin de que este espacio cultural no sea cada vez más violento y hostil.

Entre los puntos más importantes la ley contempla castigos para hechos de violencia que tengan lugar en las canchas y también para los que ocurran en el trayecto de los hinchas desde y hacia los estadios. La aplicación de la ley a los episodios de violencia *in itinere*.

Con este proyecto de ley pretendemos finalmente alcanzar los estándares internacionales, que hoy se aplican en los estadios deportivos, tanto de Europa como de Estados Unidos de América, por ejemplo, el retiro de las rejas que separan al público del campo de práctica deportiva como una forma de integración de los espectadores con el espectáculo, que no deben ser extraños y ajenos, sino parte de él y por lo tanto responsables de su cabal realización.

Además, nos han impulsado a la propuesta legal que aquí presentamos, principios estratégicos con el objetivo de lograr “estadios seguros”, implementando una intensiva campaña de difusión sobre las ventajas de participación en espectáculos comunitarios, logrando así una nueva visión del espectáculo, es especial del fútbol, para rescatar este espacio para las familias, para las personas de edad y para los niños y jóvenes y para que los actuales asistentes entiendan que el fútbol es una fiesta y no un espectáculo de depravación y de muerte.

Creemos arribado el momento de legislar en forma eficaz, eficiente y rápida en la prevención de la violencia en espectáculos deportivos. Esta ley dará mayores posibilidades para combatir a quienes, fecha tras fecha, empañan un espectáculo tan arraigado entre los colombianos y alejan a los espectadores de las canchas. Es necesario tener en cuenta además que las medidas no pueden ser solo represivas, sino preventivas y dentro de la prevención nada mejor que la educación. Por ello propongo adelantar campañas en los medios y en los propios estadios para eliminar la violencia en los escenarios deportivos.

Es hora de combatir a los violentos y a quienes los incitan. Este es un reclamo de la sociedad al cual debemos dar respuestas. Pensamos que el presente proyecto de ley puede ser el primer paso hacia ese objetivo. Por eso solicito su aprobación.

Bogotá, D. C., julio 26 de 2004.

De los honorables Senadores,

Bernardo Alejandro Guerra Hoyos,
Senador de la República.

SENADO DE LA REPUBLICA

Secretaría General

(Artículos 139 y ss., Ley 5ª de 1992)

El día 27 del mes de julio del año 2004, se radicó en este Despacho el Proyecto de ley número 35 con cada uno de los requisitos

constitucionales y legales, por el honorable Senador *Bernardo Alejandro Guerra Hoyos*.

El Secretario General,

Emilio Otero Dajud.

SENADO DE LA REPUBLICA

SECRETARIA GENERAL

Tramitación de Leyes

Bogotá, D. C., julio 27 de 2004

Señor Presidente:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de ley número 35 de 2004 Senado, *por la cual se expide la Ley de Seguridad en Eventos Deportivos*, me permito pasar a su Despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General. La materia de que trata el mencionado proyecto de ley es competencia de la Comisión Primera Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE SENADO

DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., julio 27 de 2004

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

Cúmplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Luis Humberto Gómez Gallo.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

CONTENIDO

Gaceta número 416 - Lunes 9 de agosto de 2004
SENADO DE LA REPUBLICA

	Págs.
PROYECTOS DE LEY	
Proyecto de ley número 31 de 2004 Senado, por el cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud. ..	1
Proyecto de ley número 33 de 2004 Senado, por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Sgsss) y se dictan otras disposiciones respecto al fortalecimiento del ejercicio de las profesiones de la salud.	18
Proyecto de ley número 34 de 2004 Senado, por la cual se tipifica el delito de inasistencia alimentaria entre compañeros permanentes.	29
Proyecto de ley número 35 de 2004 Senado, por la cual se expide la Ley de Seguridad en eventos deportivos.	31