



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 664

Bogotá, D. C., martes 2 de noviembre de 2004

EDICION DE 28 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

PONENCIAS

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 10 DE 2004 SENADO

*por la cual se reforma la Ley 581 de 2000 para extender
su aplicación en el sector privado –Ley de Cuotas
para el Sector Privado–.*

Bogotá, D. C., 28 de octubre de 2004

Doctor

JUAN FERNANDO CRISTO BUSTOS

Presidente Comisión Primera Constitucional

Honorable Senado de la República

Ciudad

Referencia: Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 10 de 2004 Senado, por la cual se reforma la Ley 581 de 2000 para extender su aplicación en el sector privado –Ley de Cuotas para el Sector Privado–.

Atendiendo la honrosa designación de la Mesa Directiva de la Comisión Primera del honorable Senado de la República, de rendir ponencia para primer debate al informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 10 de 2004 Senado, *por la cual se reforma la Ley 581 de 2000 para extender su aplicación en el sector privado –Ley de Cuotas para el Sector Privado–*, presentado por la honorable Senadora *Alexandra Moreno Piraquive*, solicitando de antemano el archivo de la iniciativa.

Este informe consta de tres partes. En la primera se presenta de manera general el contenido de la iniciativa legislativa. En la segunda, la finalidad del proyecto de ley y las razones en las que se basa su autora para presentarlo. En la tercera parte se señalarán las razones que llevan al ponente de esta iniciativa para solicitar el archivo de la misma.

1. CONTENIDO DE LA PROPUESTA

El proyecto de ley presentado por la Senadora Alexandra Moreno Piraquive tiene cuatro artículos. El primero establece la modificación del artículo 9° de la Ley 581 de 2000 estableciendo la promoción de la participación femenina en el sector privado. Para ello, el artículo señala que el Gobierno establecerá estímulos especiales para el sector privado que acoja en lo que sea aplicable, lo establecido en las disposiciones de la ley de cuotas.

El artículo 2° propone la modificación del artículo 14 de la Ley 581 de 2000 que enuncia el principio de igualdad salarial para trabajo igual

entre hombres y mujeres. La norma establece que este principio debe hacerse efectivo tanto en el sector público como en el privado, constituyéndose esta parte de la disposición en la principal modificación del artículo 14 de la Ley 581.

Finalmente, el artículo 3° del proyecto establece que el Gobierno Nacional en el término de seis meses, contados a partir de la promulgación de la ley, deberá expedir la reglamentación correspondiente a los estímulos que se crean con la modificación del artículo 9° de la ley.

2. OBJETIVO DEL PROYECTO

De acuerdo con la exposición de motivos del proyecto, este tiene como propósito perfeccionar los contenidos de la Ley 581 de 2000 extendiendo su cumplimiento al sector privado a través de la creación de estímulos especiales –por parte del Gobierno Nacional– para las empresas que se acojan a lo preceptuado por la ley de cuotas.

El proyecto es un desarrollo del principio constitucional de la igualdad de géneros y del tratamiento especial que, de acuerdo con el artículo 43 de la Constitución, merece la mujer. En este orden de ideas el principio de la igualdad debe traducirse en que el trabajo de la mujer tenga una incidencia en la vida social y el mercado del trabajo. Debido a que las medidas consagradas en el proyecto de ley no son de obligatorio cumplimiento, sino simples incentivos, no contraría la libertad de empresa, es más, refuerza la función social de la propiedad.

En la Sentencia C-371 de 2000, la Corte se refirió al artículo 9° de la Ley 581 de 2000 en el que se asigna a varios entes públicos el desarrollo de medidas tendientes a promover la participación de las mujeres en todas las instancias de la sociedad civil, haciéndose especial énfasis en el sector privado¹.

La Corte consideró que esta norma era constitucional y justificó por qué no se extendía de forma obligatoria la ley de cuotas al sector privado. Para la Corte la fuerza del principio de igualdad es mucho mayor cuando regula las relaciones entre las autoridades y las personas, que cuando se trata de vínculos privados entre particulares. Sin que esto signifique que el legislador no pueda consagrar pautas indicativas encaminadas a

¹ El artículo 9° actual de la Ley 581 de 2000 establece “PROMOCION DE LA PARTICIPACION FEMENINA EN EL SECTOR PRIVADO”. La Presidencia de la República, en cabeza de la Dirección Nacional para la Equidad de la Mujer, el Ministerio de Educación Nacional, los gobernadores, alcaldes y demás autoridades del orden nacional, departamental, regional, provincial, municipal y distrital, desarrollarán medidas tendientes a promover la participación de las mujeres en todas las instancias de decisión de la sociedad civil”.

promover la participación de ciertos grupos incluso en el sector privado. Sin embargo, dichas pautas no pueden ser obligatorias².

En el proyecto de ley la lógica de la promoción de la participación femenina en el sector privado continúa, simplemente se establece la forma específica en la que el Gobierno Nacional puede llevar a cabo esa promoción a través de estímulos a las empresas del sector que extiendan la aplicación de la ley de cuotas en sus compañías.

3. CONSIDERACIONES

3.1 La necesidad y relevancia de las disposiciones contenidas en el proyecto

El proyecto presentado por la honorable Senadora Moreno Piraquive es innecesario debido a que no agrega nada sustancial a la Ley 581 de 2000 y tiene el riesgo de ser usado para alegar que se han hecho esfuerzos para lograr la igualdad de las mujeres cuando en realidad poco se ha hecho. En efecto, el Proyecto de ley 10 de 2004, Senado, se limita a modificar el artículo 9° de la Ley 581 de 2000 para incluir junto a la expresión “instancias de decisión de la sociedad civil”, la expresión “sector privado” y prever que el Gobierno creará estímulos para la participación de la mujer en el sector privado; a concretar en el artículo 14 de la misma ley que la igualdad de remuneración es entre hombres y mujeres y en el sector público al igual que el privado; y a señalarle al Gobierno Nacional un plazo de seis meses para producir la reglamentación a la que la ley se refiere.

Esta modificación es innecesaria porque no se puede argumentar que la sociedad civil no incluya al “sector privado”. Si bien ambas expresiones se utilizan últimamente de modo diferente, la sociedad civil tiene una connotación más política y la expresión “sector privado” una connotación más económica, sería inaceptable que la ley se interpretara de modo tan estricto que le estuviera impedido al Gobierno establecer estímulos en la “sociedad civil” y no en el “sector privado”. Más aún, el inciso que se introduce en el artículo 9° sobre los estímulos que el Gobierno podrá establecer para promover la participación de la mujer en el sector privado no hace sino repetir lo previsto en el artículo 10 de la Ley 581 de 2000, según el cual, el Gobierno debía establecer “acciones positivas orientadas a la comprensión y superación de los obstáculos que dificultan la participación de las mujeres en los niveles de decisión del sector privado”.

3.2 ¿Por qué consagrar el principio de igual trabajo igual salario si ya lo está en la ley 581 de 2000 y en la jurisprudencia laboral y constitucional?

La consagración de este principio es innecesaria si se tiene en cuenta que es un principio del derecho laboral reconocido por la jurisprudencia laboral y constitucional, y establecido también en el artículo 14 vigente de la Ley 581 de 2000 en el que se establece la obligación del Gobierno y en general de las autoridades públicas de vigilar el cumplimiento de la legislación que establece igualdad de condiciones laborales, con especial cuidado a que se haga efectivo el principio de igual remuneración para trabajo igual, sin poner ninguna restricción del sector del que se trate, es decir, sin importar que sea el sector público o privado³. Así las cosas, y para no expedir normas innecesarias, la disposición resulta innecesaria dentro del ordenamiento jurídico colombiano.

3.3 No se habla del tipo de estímulos que pueden ser otorgados, ni el marco de acción sobre el cual deba actuar el Gobierno para reglamentar la ley, ni las consecuencias del incumplimiento del Gobierno en reglamentar los estímulos

Finalmente, cabe señalar que el proyecto de ley presentado deja un marco de acción muy amplio al Gobierno Nacional para la concesión de los estímulos derivados de la aplicación de la ley de cuotas al sector privado, y no existe claridad en cuanto a los estímulos que pueden ser otorgados, el tipo de empresas que pueden ser beneficiarias de los estímulos, ni qué pasa con las empresas que antes de la eventual entrada en vigencia de esta ley ya tenían mujeres empleadas. Todo lo anterior, me lleva a afirmar que el marco de acción del gobierno para expedir la reglamentación concerniente a los estímulos creados en virtud de este proyecto de ley es demasiado amplio.

Teniendo en cuenta que las disposiciones contenidas en el proyecto de ley son innecesarias; que por el contrario tienen el riesgo de ser usadas

para alegar que se han hecho esfuerzos para lograr la igualdad de las mujeres cuando en realidad poco se ha hecho; que en el proyecto no se habla del tipo de estímulos que pueden ser otorgados al sector privado; ni el marco de acción sobre el cual deba actuar el gobierno para reglamentar la ley, ni las consecuencias del incumplimiento del gobierno en reglamentar dichos estímulos, solicito el archivo del proyecto por las anteriores consideraciones.

4. PROPOSICION

Archívese el Proyecto de ley número 10 de 2004 Senado, *por la cual se reforma la Ley 581 de 2000 para extender su aplicación en el sector privado –Ley de Cuotas para el Sector Privado–*, presentado por la honorable Senadora Alexandra Moreno Piraquive.

Carlos Gaviria Díaz,

Honorable Senador de la República.

* * *

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 52 DE 2004 SENADO

por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151-288-356 y 357 de la Constitución Política.

Bogotá, D. C., 27 de octubre de 2004

Doctora

FLOR GNECCO ARREGOCES

Presidenta honorable Comisión Séptima

Senado de la República

E. S. M.

Apreciada doctora Gnecco:

Cumplimos con el deber de presentar ponencia para el primer debate al Proyecto de ley número 52 de 2004, de origen gubernamental, que se tramitará como ley orgánica, *por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151-288-356 y 357 de la Constitución Política*, el proyecto tiene acumulados los Proyectos de ley números 19-31-33-38-54-57-58-98-105-115-122/2004 Senado, estos últimos de origen parlamentario, relacionados con cambios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Objeto de los proyectos

Los proyectos enunciados tienen como objeto reestructurar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) especialmente en lo relacionado en materia de recursos y competencias, aseguramiento, prestación de servicios, financiación, flujo de recursos, sistemas de información, control y vigilancia, salud para algunos grupos especiales

² Este argumento fue sostenido por la Corte desde la Sentencia C-112 de 2000 que a su vez es citada por la Sentencia C-371 de 2000 cuando la Corte respondió al interrogante de por qué no aplicar la ley de cuotas al sector privado. La Corte contestó este interrogante afirmando que “si bien los derechos fundamentales tienen una eficacia horizontal, y por ende se proyectan a las relaciones entre particulares, tal y como esta Corte lo ha indicado, es obvio que la fuerza del principio de igualdad es mucho mayor cuando regula las relaciones entre las autoridades y las personas, que cuando se trata de vínculos privados entre particulares. La razón es tan sencilla como poderosa: la Constitución no solo protege el pluralismo (C. P., artículo 7°) sino que, además, las personas son autónomas, tienen derecho al libre desarrollo de la personalidad y gozan de libertad de asociación (C. P., artículos 16 y 38), por lo cual los individuos pueden expresar ciertas preferencias que le están vedadas a las autoridades. Por ejemplo, una persona puede escoger sus amistades exclusivamente entre aquellas personas que profesan ciertas opiniones políticas o convicciones religiosas, mientras que está prohibido a las autoridades realizar ese tipo de diferenciaciones”. (C. P., artículo 13 Corte Constitucional. Sentencia C-112 de 2000. M. P. Alejandro Martínez Caballero).

³ El artículo 14 vigente de la Ley 581 de 2000 establece que “El Gobierno, el Ministro de Trabajo y Seguridad Social, el Departamento Administrativo de la Función Pública y demás autoridades vigilarán el cumplimiento de la legislación que establece igualdad de condiciones laborales, con especial cuidado a que se haga efectivo el principio de igual remuneración para trabajo igual”.

tales como: indígenas, artistas, jueces de paz y los jueces de reconsideración, residentes en el exterior. Para lo anterior modifica especialmente normas de la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001.

Ratifican la dirección, coordinación y control del Estado quien está a cargo del desarrollo armónico y coherente de la implementación del Sistema.

Antecedentes

Los proyectos acumulados que buscan reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud son los siguientes:

1. El Proyecto de ley 52 de 2004 Senado es de origen gubernamental y orgánico, *por el cual se modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48-49-356-357 de la Constitución Política.*

2. El Proyecto de ley 19 de 2004 Senado fue presentado por los honorables Senadores: Doctores Luis Carlos Avellaneda y Bernardo Alejandro Guerra, *por la cual se reforma el Libro Segundo de la Ley 100 de 1993 y se constituye El Sistema de Seguridad Social en Salud Integral.*

3. El Proyecto de ley 31 de 2004 fue presentado por los honorables Senadores: Doctores Eduardo Benítez, Dieb Maloof, Dilian Francisca Toro, Rafael Pardo, Mauricio Pimiento, Ramiro Luna, Carlos Ignacio Cuervo, *por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

4. El Proyecto de ley 33 de 2004 Senado fue presentado por el honorable Senador doctor Germán Vargas Lleras, *por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones respecto al fortalecimiento de el ejercicio de las profesiones de salud.*

5. El Proyecto de ley 38 de 2004 fue presentado por el honorable Senador, doctor José María Villanueva Ramírez, *por la cual se adiciona el artículo 157, de la Ley 100 de 1993, para permitir el pago en el exterior de aportes en salud, para la vinculación y atención de nacionales al plan obligatorio de salud, y se dictan otras disposiciones.*

6. El Proyecto de ley 54 de 2004 fue presentado por la honorable Senadora Angela Victoria Cogollos, *por medio de la cual se modifican algunos artículos de la Ley 100 de 1993.*

7. El Proyecto de ley 57 de 2004 presentado por el honorable Senador Hernán Francisco Andrade Serrano y los honorables Representantes José Gonzalo Gutiérrez y Germán Navas Talero, *por medio de la cual se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión para los jueces de paz y los jueces de reconsideración y se dictan otras disposiciones.*

8. El Proyecto de ley 58 de 2004 presentado por el honorable Senador Jesús Enrique Piñacué A., *por la cual se modifica el Sistema General de Seguridad Social y se adicionan normas especiales a favor de los pueblos indígenas.*

9. El Proyecto de ley 98 de 2004 presentado por los honorables Congresistas Gustavo Petro Urrego, Samuel Moreno Rojas, Antonio Navarro Wolff, Francisco Rojas Birry, Wilson Alfonso Borja, Jesús Bernal Amorochó, Joaquín José Vives, Germán Navas Talero, Venus Albeiro Silva, Germán Parra, *por la cual se reforman los Libros Segundo y Tercero de la Ley 100 de 1993 y se crea el Sistema Integrado de Seguridad Social en Salud (SISESA).*

10. El Proyecto de ley 105 de 2004 presentado por el honorable Congresista Venus Albeiro Silva, *por la cual se implementa el Sistema General de Seguridad Social en Salud a los Trabajadores del Arte y Gestores y Gestoras Culturales.*

11. El Proyecto de ley 115 de 2004 presentado por el honorable Congresista Venus Albeiro Silva, *por la cual se amplía la cobertura en la prestación de servicios de salud a los estratos 1, 2, 3.*

12. El Proyecto de ley 122 de 2004 presentado por los honorables congresistas Omar Yepes Alzate, Juan Martín Hoyos Villegas, *por medio de la cual se modifica la Ley 715 de 2001.*

Consideraciones constitucionales y legales

Constitución Nacional.

El artículo 48 de la C. N., determina el concepto de seguridad social e introduce la participación de los particulares en la presentación 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 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 presentación 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 de la C. N., 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. Asimismo, establecer las competencias de la Nación las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados por 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”.

El artículo 365 de la C. N., se debe destacar del mandato constitucional, la finalidad social del Estado y de los servicios públicos, *“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”.

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.

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) 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.

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 Terrorismos (ECAT). Las personas de mayor capacidad económica pueden adquirir con cargo a sus propios recursos, los Planes Adicionales de Salud (PAS) que puede cubrir todo o parte de aquello que no está incluido en el POS.

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

EXPOSICION DE MOTIVOS

Desde el año 1993 se promulgó en Colombia una reforma ambiciosa al sector de la salud, que cumple 10 años de implementación 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, en el Congreso de la República y en el seno de comisiones creadas para analizar el desarrollo de la Ley 100. Luego de escuchar y conocer estas dificultades, con participación del Gobierno y diferentes actores que concurren a ella, incluyendo, las universidades, los investigadores, los gremios, y representantes de la sociedad civil, se puede concluir que existen obstáculos significativos en la operativización de la reforma y en el cumplimiento del espíritu constitucional por el que se rige. Por su seriedad y magnitud estos obstáculos requieren una reforma de la legislación vigente.

DIAGNOSTICO

Financiación:

A pesar de la diversidad de la problemática financiera, puede resumirse señalando que:

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. 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.

No obstante lo anterior un punto importante que es necesario evaluar, es el incumplimiento de los supuestos macroeconómicos que daban viabilidad a la Ley 100, entre otros el crecimiento económico, el empleo, la temporalidad y el subempleo, supuestos que al fallar han dificultado el desarrollo y la sostenibilidad del sistema.

Adicionalmente a lo anterior, 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 de Solidaridad y Garantía, como también las continuas modificaciones presupuestales (recortes, aplazamientos, traslados, etc.) ha 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 República presentando el incremento de inversiones en TES y otros títulos con los dineros del régimen subsidiado.

Igualmente el país no ha logrado transformar el subsidio de oferta en subsidio a la demanda.

Otro aspecto a considerar es la ingeniería financiera del sistema, la cual se considera demasiado compleja imponiendo pasos y retenes innecesarios a los recursos; trámites que no agregan valor, y que facilitan prácticas especulativas con los dineros de la salud, haciendo sensible e indefenso ante la corrupción.

No existe una garantía financiera en el Sistema, pues la quiebra de varias 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 la creación de un Fondo de Garantías que proteja de las quiebras a los prestadores y otros acreedores.

Por último, la corrupción y la especulación con los recursos de la salud se han vuelto recurrentes, los escándalos en diferentes puntos e instituciones del sistema de salud, además de que son inadmisibles, generan costos, desprestigio e ilegitimidad al Sistema.

Aseguramiento

Según estableció el artículo 162 de la Ley 100, “El Sistema General de Seguridad Social en 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 y que constituye un problema sustantivo que se expresa en diversos niveles.

No se está garantizando un trato equitativo a todos los colombianos, por cuanto no se ha incluido a toda la población 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 millones de personas afiliadas a regímenes especiales, que existirían cerca de 18.5 millones de Colombianos que no disponen de ninguna afiliación: Tampoco ha sido posible igualar el contenido del plan obligatorio de salud (POS) contributivo y subsidiado.

La falta de cobertura de servicios de salud conlleva a agravar y prolongar la enfermedad y los bajos estándares de bienestar para muchos colombianos de las diversas regiones del país. No ha sido posible ofrecerles a todos los colombianos el “derecho a un seguro” bajo relaciones contractuales modernas, diferentes de la caridad y las vinculaciones clientelistas que subsisten gracias a la existencia de fracciones de la población marginada, careciendo de los servicios públicos a que tienen derecho.

La falta de asegurar población sin capacidad de pago se ha aprovechado para que estas cuando se enferman o incluso cuando tienen padecimientos o enfermedades catastróficas, logren afiliaciones al sistema empañadas por prácticas de selección de riesgo y efectos de selección adversa facilitadas por intermediarios y personas inescrupulosas, de manera que ponen en peligro la estabilidad financiera del sistema.

Se mantiene un sistema de salud fragmentado, integrado por dos componentes fundamentales: de oferta y el de demanda, cada uno con su lógica y organización; dualidad que multiplica los costos administrativos que debe asumir el país. Así lo señala, por ejemplo, el Conpes 3233 de 2003 que trata del balance macroeconómico, presupuesto y plan financiero para el 2004. Lo cual requiere reducir el mecanismo financiero de subsidio a la oferta a una proporción no mayor del 10% del total de los recursos financieros del SGSSS.

También es de anotar los efectos que en materia de cobertura, tiene el cumplimiento de los periodos de carencia. Como se sabe, para tener derecho a todos los servicios del POS Contributivo es preciso cumplir 100 semanas continuas de aporte, condición que cumple solo una parte de los 13.2 millones de afiliados al Régimen Contributivo.

Prestación de servicios de salud

A lo largo del desarrollo del actual Sistema de Seguridad Social en Salud las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se han tenido que enfrentar a un modelo de competencia que las ha impulsado a adelantar procesos de empresarización y modernización de su gestión pero por regulación más centrada en la expedición de normas que en el correctivo del funcionamiento del mercado les ha causado serios inconvenientes especialmente desde el punto de vista financiero lo cual ha impedido la resolución del problema crónico conocido como crisis hospitalaria.

Entre los aspectos problemáticos derivados de la aplicación del actual modelo de salud se destaca el tema de flujo de recursos y agentes deudores morosos del Sistema. Según datos extractados de los estudios de cartera de la ACHC el porcentaje de deuda morosa representa cerca del 50 % en la información de los dos últimos años, de igual forma los promedios de cartera por entidad hospitalaria se acercan a los \$10 mil millones. Las entidades que reiteradamente aparecen como principales generadores de las deudas son las EPS públicas, las entidades territoriales, el pagador del Fosyga y las entidades privadas.

De igual forma el tema tarifario ha impactado a las entidades tanto públicas como privadas debido a la coexistencia de dos manuales tarifarios que se consideran oficiales y que tiene diferencias significativas en sus valores. La aplicación mayoritaria que hacen los compradores de las cifras es especialmente del manual ISS que no se relacionan con la inflación o índice de precios del consumidor; esto ha hecho que pierda

capacidad adquisitiva ese manual y que deteriore las finanzas de las entidades que se ven obligadas a vender a estos precios, especialmente las IPS públicas.

Las modalidades de contratación diferentes al pago por evento han ido paulatinamente aumentando en su frecuencia y en la práctica ha significado ahorros para las entidades compradoras de servicios con el consiguiente desahorro para los prestadores. De igual manera la irrupción de formas contractuales como la capitación han desnaturalizado el papel del asegurador y han trasladado esa función de gestión y administración de riesgos a Entidades como las IPS que no están diseñadas técnica ni financieramente para hacer un manejo juicioso de esa variable.

A los problemas anteriores se suma la falta de regulaciones precisas al crecimiento indiscriminado de la oferta de servicios especialmente de infraestructura tanto desde el sector público como desde el sector privado. El fenómeno de la integración vertical que permite a las empresas administradoras de planes de beneficios prestar directamente los servicios no fue utilizado para ofrecer instalaciones y facilidades a los usuarios en sitios sin existencia de oferta sino que se dedicó a la creación de gran número de instituciones en centros urbanos bien equipados con instituciones prestadoras de servicios, lo cual ha derivado en duplicación de recursos y ha coadyuvado a la crisis de parte de la oferta ya existente.

De manera general puede observarse que respecto a las IPS ha habido libertad para el funcionamiento del mercado y los efectos adversos de esa falta de regulación han sido especialmente críticos para la red hospitalaria que se ve obligada a atender a toda la población sin la corresponsabilidad mínima en cuestiones de pago y flujo efectivo de recursos. La existencia de una gran franja de la población sin aseguramiento o con una cobertura parcial ha sido aspecto clave para la no resolución de la crisis hospitalaria.

Atención gestionada y administración por niveles

Con la reforma de la seguridad social el país adoptó como modelo de organización 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.

El papel de las empresas como las EPS, capacitadas para ubicar los pacientes, seleccionar servicios de calidad y garantizar el acceso a una red íntegra de servicios, cuidando la continuidad del servicio, viene presentando enormes dificultades que comienzan por la incapacidad de muchas ARS e incluso EPS, para constituirse en empresas de ese nivel de tecnología solvencia y respaldo.

Salud pública

La reforma de la seguridad social se estableció sin tratar exhaustiva y adecuadamente los aspectos de la salud pública. Sus contenidos y la institucionalidad que estableció carecen de instrumentos y conceptos indispensables para garantizarla. Así puede verificarse en el artículo 152 de la Ley 100 de 1993, que excluye de su ámbito la salud pública, dejándola a cargo de las Leyes 60 de 1993 y la Ley 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 colectividad.

Como resultado de estas incongruencias se encuentra que no existe una política explícita de salud pública que fije claramente la responsabilidad del Estado y determine la salud como un derecho. El desarrollo reglamentario y 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 la salud pública, el Plan de Atención Básica, la promoción y prevención y las acciones y servicios a los individuos con actividades dirigidas a la colectividad.

La investigación en temas como políticas saludables, 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.

La información existente, explica que existe un control deficiente de infestación de vectores trasmisores de enfermedades tales como el dengue, la fiebre amarilla, la malaria, entre otros. El avance no es significativo en algunos indicadores de salud pública, tales como la

tuberculosis, la mortalidad materna y prenatal en donde nos hemos rezagado en comparación con otros países.

No existe una ordenación adecuada de acciones de salud pública, que corresponda a criterios claros y uniformes que identifiquen las necesidades de la población tanto desde el punto de vista del individuo como de la colectividad, razón por la cual el desarrollo del plan de atención básica (PAB.) es insatisfactorio en sus contenidos. Asimismo presenta ineficiencia en su ejecución y en su institucionalización y coherencia debido en gran parte a que se han reducido y desmontado equipos con recursos físicos, financieros, logísticos y con talento humano capacitado en el área.

Se suma a lo anterior el desarrollo de la implementación de la descentralización, pues los objetivos de eficiencia y efectividad que se pretendían conseguir no se han observado, en muchos casos la capacidad de los municipios es muy pequeña frente a la capacidad que deben atender, especialmente en los municipios de niveles 4,5 y 6, en otros se agrega el problema de la corrupción.

La desarticulación entre la Nación, los departamentos y los municipios ha producido ineficiencia, al igual que la ejecución de los dineros lo que ha conllevado a que los resultados no sean adecuados.

Existe una proliferación de normas que dificulta la ejecución de recursos de promoción y prevención, al mismo tiempo que están vigentes normas contradictorias y obsoletas como la Ley 60 y la Ley 9ª de 1979.

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 son diferentes a las necesidades del país, dispone de un presupuesto mínimo, carece de infraestructura adecuada, y en general no está capacitada para asumir las exigencias, necesidades y problemas de salud de los colombianos.

Vigilancia y control

Actualmente el Sistema General de Seguridad Social en Salud, no cuenta con un Sistema de Vigilancia, Inspección y Control, con agentes, funciones, procesos, escala de sanciones, mecanismos de articulación intra e intersectoriales ni con normas claramente definidas, lo que ha incidido en la pérdida de incontables recursos destinados a la atención de la salud individual y colectiva, en la precaria calidad de los servicios y en el desorden de la oferta.

Además, la ausencia de un Sistema de información, la centralización y baja capacidad operativa de la Superintendencia Nacional de Salud, la escasa capacidad de las entidades territoriales para asumir las funciones propias de vigilancia, inspección y control, y la inestabilidad jurídica de las disposiciones legales, han hecho del control un proceso tardío, complejo y de bajo impacto en el sistema.

Asimismo la Superintendencia Nacional de Salud como institución de inspección, vigilancia y control no tiene capacidad ni desarrolla adecuadamente los mecanismos de control en la corrupción que presenta el Sistema, no garantiza el cumplimiento de los requisitos y condiciones óptimas de funcionamiento de las instituciones del sector, esto ha generado la insuficiente implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sistema de información

Una década después de haber sido sancionada la Ley 100 de 1993, el Sistema General de Seguridad Social en Salud aún no cuenta con un Sistema de Información que le permita a los organismos de dirección el establecimiento racional y sólido de políticas, normas, planes, programas y proyectos, ni a los de vigilancia, inspección y control desarrollar oportunamente acciones preventivas y correctivas frente a las realidades en el aseguramiento, financiamiento, oferta y prestación de servicios de salud de carácter individual y colectivo.

Además el ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos y el control social, se ha visto seriamente afectado por la asimetría de la información entre los diferentes agentes del Sistema. Las multifiliaciones a un régimen o inter-regímenes, la cancelación de Unidades de Pago por Capitación- UPC por personas inexistentes, el no-flujo oportuno de recursos, la negación de servicios a los afiliados y beneficiarios, la evasión y elusión de aportes, son entre otros, problemas facilitados por la ausencia de un sistema de información.

A pesar que se han estandarizado flujos y datos de algunos de los procesos esenciales en cada uno de los niveles de operación no existen las condiciones necesarias para alcanzar niveles mínimos de integración. Los datos compilados tienen bajo nivel de análisis y uso en las decisiones estratégicas y gerenciales.

CONCLUSION

Por todas las anteriores consideraciones se hace necesario hacer correcciones que permitan una mejor aplicación y desarrollo del Sistema de Seguridad Social En Salud (SGSSS).

Anexamos el Pliego de Modificaciones.

PROPOSICION

Con las anteriores consideraciones y teniendo en cuenta el pliego de modificaciones anexo, dese primer debate al Proyecto de ley número 052 Senado, *por la cual se realiza modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materias de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48-49-356 y 357 de la Constitución Política* y sus acumulados Proyectos de ley números 019 de 2004, 031-04, 033-04, 038-04, 054-04, 057-04, 058-04, 098-04, 105-04, 115-04 y 122-04 Senado.

Atentamente,

Eduardo Benítez Maldonado, Dieb Maloof Cusé, Alfonso Angarita Baracaldo, Jesús Puello Chamí, Angela Cogollos Amaya, Gustavo Sosa Pacheco, Senadores ponentes.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE

HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los veintiocho (28) días del mes de octubre del año dos mil cuatro (2004).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República.

La Presidenta,

Flor Modesta Gnecco Arregocés.

El Secretario,

Germán Arroyo Mora.

PLIEGO DE MODIFICACIONES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 052 DE 2004 SENADO

por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política, y sus proyectos acumulados 19, 31, 33, 38, 54, 57, 58, 98, 105, 115 y 122-04 Senado.

El articulado propuesto por los ponentes es el siguiente:

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. *Objeto.* Reordenar el Sistema General de Seguridad Social en Salud con los siguientes objetivos específicos.

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

b) Fortalecer la capacidad de rectoría, regulación y seguimiento del Ministerio de la Protección Social;

c) Fortalecer el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como organismo de concertación entre los diversos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

d) Reestructurar e implementar un sistema efectivo y desconcentrado de Inspección, Vigilancia y Control;

e) Reestructurar y aumentar el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mejorar su eficiencia y procurar el uso adecuado de sus recursos;

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

g) Procurar la calidad en la prestación de los servicios de salud y de aseguramiento en salud;

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

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

j) Fortalecer y facilitar el sistema de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2°. *De la salud pública.* La salud pública es el conjunto de políticas públicas, acciones y servicios, que buscan mejorar las condiciones de vida y bienestar del individuo y las colectividades bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de la comunidad, los particulares y todos los sectores relacionados con el bienestar.

La salud pública brinda la atención integral a la población y al individuo en las fases de educación, información, fomento de la salud, promoción de los factores protectores, vigilancia epidemiológica, control de los factores de riesgo biológicos, del comportamiento, del consumo y del ambiente, así como, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades que afecten la salud, mediante acciones de carácter individual y acciones de carácter colectivo.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está dirigido a satisfacer integralmente los propósitos de la salud pública.

Artículo 3°. *De la organización en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Para cumplir la misión de mejorar las condiciones de salud de los habitantes del territorio colombiano y propiciar la satisfacción de la demanda de servicios de salud, el sistema general de Seguridad Social en Salud tendrá la siguiente organización.

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

b) Financiamiento a cargo de las contribuciones parafiscales de empleadores y trabajadores, recursos fiscales de la nación, departamentos, distritos y municipios mediante el Sistema general de participaciones SGP, otros recursos del Presupuesto General de la Nación, rentas cedidas, ingresos propios de los entes territoriales, transferencias de Etesa, el Fosyga y el Focos;

c) Aseguramiento a cargo de las Entidades Promotoras de Salud tanto en el Régimen contributivo como en el régimen subsidiado;

d) Prestación de servicios de salud a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, IPS tanto públicas –Empresas Sociales del Estado– como privadas o mixtas, incluidos los profesionales de la salud independientes;

e) Salud pública colectiva a cargo de la Nación, Departamentos, Distritos y Municipios los cuales deberán contratar su ejecución con las Empresas Sociales del Estado o con entidades especializadas, previamente autorizadas por el Ministerio de la Protección Social para las diferentes acciones definidas en el Plan Colectivo de Salud.

Artículo 4°. *De los recursos de la Seguridad Social en Salud.* Los recursos de la seguridad social en salud, sean de origen fiscal o parafiscal, constituyen una bolsa común de propiedad de todos los afiliados al sistema que se distribuye entre ellos mediante la UPC y que otorga en consecuencia unas garantías explícitamente definidas en los planes de beneficios que por su carácter obligatorio se constituyen en derecho irrenunciable de los afiliados y en deber ineludible de los aseguradores. No podrá exigirse con cargo a los recursos de las subcuentas de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga o de la subcuentas del Régimen Subsidiado del Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, beneficios diferentes a los previamente establecidos en los Planes Obligatorios de Salud.

Artículo 5°. *Cobertura Universal y subsidios estatales a la demanda y a la oferta.* En adelante el sistema general de seguridad social en salud tendrá, entre otras, las siguientes características.

a) A partir del año 2006 el Sistema de Seguridad Social en Salud incorporará, además de los afiliados al régimen contributivo, al menos al 50% del total de la población colombiana, con prioridad en los más pobres clasificados en niveles 1, 2 y 3 del Sisbén o del instrumento que lo sustituya, identificados con cédula de ciudadanía o registro civil de nacimiento, mediante subsidios en salud;

b) Mientras se cuenta con los recursos suficientes para lograr integralidad y universalidad de coberturas, además de los subsidios por el total de la UPC, podrán otorgarse subsidios parciales para garantizar una determinada porción del plan o subsidios parciales para cofinanciar con el mismo beneficiario o su gremio la UPC correspondiente al régimen contributivo o la del régimen subsidiado según las disponibilidades;

c) La Nación y las entidades territoriales, a través de las instituciones hospitalarias públicas o privadas en todos los niveles de atención que tengan contrato de prestación de servicios para este efecto, propiciarán el acceso a los servicios que ellas tengan disponibles a quienes no estén amparados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta cuando este logre la cobertura universal, o cuyas demandas en salud no estén amparadas en el correspondiente plan de beneficios hasta que se logre igualar la integralidad del Plan Obligatorio del régimen contributivo. Estos servicios se prestarán a las tarifas subsidiadas que establecerá el CNSSS.

Artículo 6°. *De las excepciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Los regímenes exceptuados, de que trata la Ley 100 de 1993, quedan obligados a efectuar los aportes de solidaridad previstos en esta Ley y en consecuencia una doceava parte de los recursos presupuestados para su sistema de salud deberá transferirse a la subcuenta de Régimen subsidiado del Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos.

CAPITULO II

De la Dirección, regulación y control del sistema

Artículo 7°. *Del Ministerio de la Protección Social.* Sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de la Protección Social tendrá a su cargo la rectoría, dirección, regulación, supervisión, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para ello deberá:

- a) Formular, dirigir y coordinar las estrategias, programas y planes del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- b) Dirigir y coordinar la operación del Sistema General de Seguridad Social en todo el territorio nacional;
- c) 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;
- d) Definir las políticas de Salud Pública Colectiva y establecer las acciones prioritarias;
- e) 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;
- f) Ejercer a través de la Superintendencia Nacional de Salud la coordinación de las acciones de inspección vigilancia y control de conformidad con lo establecido en el capítulo séptimo de la presente ley.

Artículo 8°. *Del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.* El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es el organismo de dirección y concertación entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sus decisiones serán obligatorias y podrán ser revisadas periódicamente por el mismo Consejo.

Artículo 9°. *Composición del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.* La composición del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estará constituida por trece miembros, así:

1. El Ministro de la Protección Social quien lo presidirá y tendrá poder de veto.
2. El Ministro de Hacienda.
3. Un representante de las entidades territoriales.
4. Un representante del Instituto de los Seguros Sociales.
5. Un representante de las EPS del régimen Contributivo.
6. Un representante de las EPS del régimen Subsidiado.
7. Un representante de las IPS Privadas o Mixtas.
8. Un representante de las Empresas Sociales del Estado.
9. Un representante de los profesionales de la salud.

10. Un representante de los trabajadores.
11. Un representante de los pensionados.
12. Un representante de los empleadores.
13. Un representante de los usuarios.

Parágrafo. El Gobierno reglamentará los mecanismos de selección y el periodo de los representantes no gubernamentales.

Artículo 10. *De la Secretaría técnica del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.* El Consejo contará con una Secretaría Técnica, de carácter permanente, escogida por el mismo Consejo entre los funcionarios del nivel directivo del Ministerio de la Protección Social, la cual será responsable de presentar al Consejo sus recomendaciones para la toma de decisiones. El Ministerio de la Protección Social contratará de manera ininterrumpida los siguientes estudios que aseguren el soporte técnico a la Secretaría y al Consejo:

- a) Evaluación de tecnología;
- b) Evaluación financiera;
- c) Evaluación de planes de beneficios.

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

Parágrafo 1°. Serán asesores permanentes del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y coordinados por la Secretaría técnica: un representante de la Academia Nacional de Medicina, uno de la Federación Médica Colombiana, uno de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, uno en representación de las Asociaciones de Profesionales de la Salud diferentes a la medicina y uno en representación de las Facultades de Salud Pública. Estos asesores serán escogidos autónomamente por cada una de estas agremiaciones.

Parágrafo 2°. La contratación de los estudios de que trata el presente artículo, se hará por parte del Ministerio de la Protección Social y se financiará mediante recursos propios del Ministerio.

Artículo 11. *De las 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 los Planes Obligatorios de Salud que las EPS garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado;
- b) Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo;
- c) Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación del régimen Subsidiado;
- d) Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio;
- e) Definir 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 Régimen subsidiado por parte de las entidades territoriales, dando la debida prioridad a los grupos de personas de escasos recursos económicos y vulnerables;
- 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 de 1993, conforme a lo previsto en la presente ley;
- 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) Definir las reglas para el traslado de afiliados entre EPS al interior de cada régimen;

l) Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, a través del Ministro de la Protección Social, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus recomendaciones para mejorarlo.

m) Adoptar su propio reglamento.

n) Las demás que le sean asignadas por ley.

Parágrafo 1°. El valor de pagos compartidos y de la Unidad de Pago por Capitación, (UPC) serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal. Para determinar el valor de la UPC deben existir estudios técnicos previos y solo en casos excepcionales debidamente justificada la ausencia de estudios, se incrementará automáticamente en una proporción igual al aumento del salario mínimo, aprobado por el Gobierno Nacional para esa vigencia.

Artículo 12. *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) Diseñar y ejecutar, conforme a lo previsto en esta Ley, el Plan de Salud Pública Colectiva del Departamento;

b) Supervisar y apoyar los planes locales de salud pública colectiva en su jurisdicción según los lineamientos trazados por el Ministerio de la Protección Social y conforme a las prioridades generadas por la situación de salud departamental;

c) Por delegación de la Superintendencia Nacional de Salud podrán ejercer Inspección, Vigilancia y Control en todo lo relacionado con los aspectos de salud pública;

d) Organizar y administrar los Registros de Habilitación de Instituciones Prestadoras de Salud y de Redes de Servicios en su territorio, de acuerdo con las normas establecidas para tal efecto por el Gobierno Nacional.

Artículo 13. *De los Municipios y Distritos.* 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, conforme lo previsto en esta Ley, 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 Régimen Subsidiado;

c) Remitir al Ministerio de la Protección Social, Sistema Integral de Información en salud, la información de la caracterización socioeconómica de la población, de acuerdo a la normativa vigente para tal fin;

d) Presupuestar y ejecutar sin situación de fondos, los recursos de su propiedad, provenientes del Sistema General de Participaciones, que se les asignen para el aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en virtud de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política en los términos establecidos en la presente ley;

e) Presupuestar y ejecutar sin situación de fondos, los recursos que le asigne el Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, para el aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud;

f) Establecer y difundir los listados de potenciales beneficiarios de los subsidios en su jurisdicción de acuerdo con las normas y con el instrumento que establezca el Gobierno Nacional;

g) Convocar a los beneficiarios del subsidio al proceso de selección y afiliación en las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y su red de servicios y de las personas beneficiarias de la Tarjeta de Registro del Subsidio en Salud, en su jurisdicción.

h) Difundir públicamente los resultados de la selección de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Subsidiado realizada por la población, suscribir los contratos correspondientes y remitir los listados y los contratos debidamente firmados al Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos;

i) Ordenar al Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, la administración de los contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado en los términos establecidos en la presente Ley, y los respectivos pagos a las EPS. Dicha orden se entiende impartida con la remisión del listado de beneficiarios de los subsidios y del contrato debidamente firmado al Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos.

CAPITULO III Financiamiento

Artículo 14. *De las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.* A partir de la vigencia de la presente ley los doce (12) puntos porcentuales de las cotizaciones obligatorias que los afiliados y empleadores aportan al Régimen Contributivo se distribuirán de la siguiente manera:

a) Diez punto veinte (10.20) para financiar la compensación del Fosyga de acuerdo con las normas que la regulan;

b) Uno punto treinta (1.30) para financiar la subcuenta para el Régimen Subsidiado del Focos;

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

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

Artículo 15. *Del Sistema General de Participaciones en Salud.* A partir de la vigencia de la presente ley los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud se distribuirán de la siguiente manera:

a) 65% para la financiación del Régimen Subsidiado, que se asignarán a cada ente territorial responsable de la afiliación al Régimen Subsidiado y se girarán a la subcuenta que a su nombre exista en el Focos;

b) 25% para la financiación de la oferta pública de servicios de salud. Los recursos se transferirán a los Fondos Territoriales de Salud de conformidad con la ley 715 y se deberán contratar con la red pública de prestación de servicios salvo excepciones autorizadas expresamente por el Ministerio de la Protección Social;

c) 10% para los programas de Salud Pública Colectiva, que se girarán a la subcuenta territorial respectiva del Focos.

Artículo 16. *Distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones Destinados a la Financiación de los Subsidios en Salud.* Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud destinados a financiar los subsidios a la demanda se distribuirán por el Conpes dividiendo el monto de los recursos disponibles entre el número total de personas pobres en el país que recibirán efectivamente el subsidio, identificadas y seleccionadas en cada entidad territorial de acuerdo con el sistema de identificación de beneficiarios que señale el Conpes.

En la subcuenta individual de cada entidad territorial se registrará una suma igual al número de personas pobres que recibirán efectivamente el subsidio en cada entidad territorial, identificadas y seleccionadas de acuerdo con el sistema de identificación de beneficiarios que señale el Conpes, multiplicado por el valor per cápita obtenido conforme a la operación definida en el inciso anterior.

Aprobado el monto del Sistema General de Participaciones para una vigencia fiscal y antes de que se inicien los términos para la presentación de los presupuestos en las entidades territoriales, se deberá celebrar el Conpes mediante el cual se distribuyen los recursos del Sistema General de Participaciones para salud destinados a financiar los subsidios a la demanda.

Los recursos de que trata el presente artículo, una vez distribuidos, se presupuestarán y contabilizarán sin situación de fondos, por parte de las entidades territoriales.

Artículo 17. *Financiamiento del Régimen Subsidiado.* El Régimen Subsidiado estará financiado con los siguientes recursos:

a) Uno punto treinta (1.30) de la cotización obligatoria que deben aportar como solidaridad los afiliados al Régimen Contributivo y los aportes de los regímenes exceptuados;

b) El aporte de las Cajas de Compensación de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993;

c) Un aporte progresivo anual del Presupuesto Nacional, que para el año 2006 será igual a cuatrocientos veinte mil millones de pesos (\$420.000.000.000) y que se incrementará anualmente en un 20% real hasta que se logre igualar el monto que generen anualmente los recursos de que trata el literal a) del presente artículo;

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

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

f) Un porcentaje de los recursos del monopolio de los juegos de suerte y azar que conforme a la Ley 643 de 2001 explota y distribuye a los municipios la Empresa Territorial para la Salud, Etesa, que se hayan destinado al aseguramiento en salud a la vigencia de la presente ley;

g) El 65% del total del Sistema General de Participaciones en Salud;

h) El 40% de las rentas cedidas a los departamentos destinadas a salud;

i) Los recursos propios de las entidades territoriales que estas de forma permanente destinen a la financiación del aseguramiento de la población pobre, conforme a lo previsto en la presente ley;

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

Artículo 18. *Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos*. Créase el Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos como una cuenta sin personería jurídica y sin planta de personal propia, la cual administrará mediante encargo fiduciario los recursos públicos destinados al financiamiento del régimen subsidiado en todo el territorio nacional, y las acciones de Salud Pública Colectiva del orden Nacional.

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 y sus recursos no podrán destinarse a actividad alguna diferente a la fijada en esta ley, como lo ordena el artículo 48 de la Carta Magna.

Para su operación, el Focos estará adscrito al Ministerio de la Protección Social. En todo caso, la entidad fiduciaria será la responsable de la administración de los recursos.

Artículo 19. *Funciones del Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos*. El Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, tendrá las siguientes funciones:

a) Recibir, por cuenta y nombre de las entidades territoriales, los recursos del Sistema General de Participaciones para salud que financian los subsidios a la demanda y otros recursos destinados al mismo fin;

b) Recaudar los recursos de que trata el artículo 17 de la presente ley;

c) Distribuir los recursos de rentas cedidas de cada departamento en las subcuentas individuales de los municipios del respectivo departamento en proporción al número de beneficiarios de los subsidios;

d) Registrar financiera y contablemente en la subcuenta individual de cada entidad territorial los recursos discriminando por fuente;

e) Administrar los contratos de aseguramiento con las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, atendiendo el mandato de las entidades territoriales, el cual se entenderá otorgado al remitir el contrato y el listado de la población de su jurisdicción que ha solicitado ser afiliada a la respectiva Entidad Promotora de Salud;

f) Efectuar los pagos de los contratos de aseguramiento a las EPS del régimen subsidiado y excepcionalmente los pagos a las IPS cuando existan las causales en materia de flujo de recursos que señale el reglamento;

g) Compilar y hacer pública la información sobre la selección de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado por parte de la población, con su correspondiente red de prestadores suministrada por los entes territoriales;

h) Publicar el monto de los recursos asignados a cada entidad territorial y el resultado de las contrataciones realizadas para el aseguramiento de la población pobre en cada jurisdicción;

i) Celebrar los contratos de interventoría para el control y vigilancia de los recursos y la prestación de los servicios en la ejecución de los contratos del Régimen Subsidiado;

j) Las demás que sean necesarias para cumplir su objeto y aquellas que le sean atribuidas por el reglamento.

Artículo 20. *Estructura del Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos*. El Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos es una cuenta que tendrá cuatro subcuentas denominadas:

a) Subcuenta global para la Salud Pública Colectiva;

b) Subcuenta global para el Régimen Subsidiado;

c) Subcuentas territoriales individuales para el régimen subsidiado;

d) Subcuentas territoriales individuales para la salud pública colectiva.

Parágrafo 1°. Todos los activos y pasivos de las subcuentas de solidaridad y promoción de la salud del Fosyga pasarán a formar parte de las subcuentas para el régimen Subsidiado y para la salud pública colectiva del Focos respectivamente.

Artículo 21. *Subcuenta global para la Salud Pública Colectiva*. A esta cuenta concurrirán los recursos de:

a) El Impuesto social a las armas de fuego y municiones de que trata el artículo 224 de la Ley 100 de 1993. El cual a partir de la vigencia de la presente ley será para armas de fuego equivalente al 20% de un salario mínimo mensual legal vigente, mientras que para las municiones y explosivos se cobrará como impuesto ad valorem una tasa del 10%;

b) El Aporte del Régimen Contributivo para las acciones colectivas de Salud Pública, equivalente a 0.25% de la cotización de que trata el artículo 14 de la presente ley;

c) Recursos del Presupuesto Nacional para programas como el Plan Ampliado de Inmunizaciones PAI, y los programas de Tuberculosis, Malaria, Leishmaniasis, Fiebre Amarilla, SIDA, y otros;

d) Los activos de la subcuenta de promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía;

e) Los rendimientos financieros generados por los anteriores recursos.

Artículo 22. *Subcuenta Territorial para la Salud Pública Colectiva*. A esta subcuenta concurrirán los siguientes recursos:

a) Los recursos provenientes del 10% del Sistema General de Participaciones en salud de acuerdo con la distribución y asignación que haga el Conpes a cada departamento y a cada municipio;

b) Los recursos de la subcuenta global para salud pública colectiva, que sean distribuidos a las entidades territoriales por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;

c) Los rendimientos financieros generados por los recursos anteriores.

Artículo 23. *Subcuenta global para el Régimen Subsidiado*. A la subcuenta global del Régimen subsidiado deberán llegar los siguientes recursos:

a) Uno punto treinta (1.30) de la cotización obligatoria que deben aportar como solidaridad los afiliados al Régimen Contributivo y el aporte de los regímenes exceptuados;

b) El aporte de las Cajas de Compensación de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993;

c) El aporte progresivo anual del Presupuesto Nacional, de que trata el literal c) del artículo 17 de la presente ley;

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

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

Artículo 24. *Subcuentas individuales del Régimen Subsidiado para cada Entidad Territorial*. Para cada municipio y para aquellos departamentos responsables de la afiliación al régimen subsidiado en corregimientos departamentales, habrá una subcuenta individual para el régimen subsidiado a la que deberán ingresar los siguientes recursos.

a) Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud destinados a la financiación de subsidios a la demanda distribuidos por el Conpes;

b) Un porcentaje de los recursos del monopolio de los juegos de suerte y azar de que trata el artículo 17 de la presente ley. Dichos recursos deberán ser girados por Etesa, al Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos y contablemente registrados en la correspondiente subcuenta territorial dentro de los primeros diez (10) días hábiles del mes siguiente a su recaudo;

c) Los recursos que le correspondan a cada municipio provenientes del 40% de las rentas cedidas de su departamento de acuerdo con la distribución per cápita que se haga con base en la población pobre y vulnerable beneficiaria de los subsidios del respectivo departamento;

d) Los recursos de la subcuenta global para el Régimen Subsidiado del Focos de que trata el artículo 23 de la presente ley y que le sean asignados al respectivo ente territorial por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;

e) Los recursos propios de las entidades territoriales que estas de forma permanente destinen a la financiación del aseguramiento de la población pobre, conforme a lo previsto en la presente ley;

f) Los saldos de liquidación de contratos de Régimen Subsidiado, en el respectivo ente territorial;

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

Parágrafo 1°. Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud destinados a la financiación del aseguramiento en el Régimen Subsidiado, para su transferencia, se presupuestarán directamente en el Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos y se girarán en los plazos señalados en la Ley 715 de 2001.

Parágrafo 2°. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud asegurará que los recursos destinados en el punto C del presente artículo complementen la financiación necesaria para el pago de las UPC del total de las personas beneficiadas con subsidios totales o parciales en el respectivo ente territorial.

Artículo 25. *Comité de Vigilancia del Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos.* El Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, tendrá un comité de vigilancia de carácter permanente, el cual estará conformado por siete (7) Alcaldes, uno por cada categoría de municipio, elegidos por la Federación Nacional de Municipios, cuatro Gobernadores provenientes de ámbitos regionales distintos elegidos por la Federación de Gobernadores y tres (3) representantes del Gobierno Nacional, quienes 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 elección, organización y el funcionamiento del Comité.

Artículo 26. *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:

- a) Compensación interna del régimen contributivo;
- b) Eventos Catastróficos, Accidentes de Tránsito y Alto Costo.

El Fondo de Solidaridad y Garantía 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 y sus recursos no podrán destinarse a actividad alguna diferente a la fijada en esta ley, como lo ordena el artículo 48 de la Carta Magna.

Artículo 27. *Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo.* Los recursos que financian la subcuenta de compensación en el régimen contributivo provienen de:

a) La diferencia entre los ingresos correspondientes a los 10.20 puntos del Ingreso Base de Cotización, de que trata el literal a) del artículo 14 de la presente ley y el valor de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) que le sean reconocidas por el sistema a cada Entidad Promotora de Salud. En el caso en que las Entidades cuyos ingresos por concepto del

10,2% del IBC sean mayores que las UPC reconocidas, trasladarán la diferencia a esta subcuenta, para compensar a las Entidades cuyos ingresos sean menores que el valor de las UPC que les corresponda;

b) Rendimientos financieros que produzcan estos recursos.

Parágrafo 1°. La Superintendencia Nacional de Salud realizará el control de las sumas declaradas y tendrá la facultad de imponer las multas que defina el reglamento.

Parágrafo 2°. El ingreso base de cotización mínimo para la afiliación al régimen contributivo será de un salario mínimo legal mensual vigente excepto para las madres comunitarias y las empleadas del servicio doméstico para quienes será de medio salario mínimo legal mensual vigente.

Artículo 28. *Subcuenta para Financiación de Eventos Catastróficos, Accidentes de tránsito y enfermedades de alto costo.* El cubrimiento de algunos eventos catastróficos, accidentes de tránsito complementario al SOAT, y excesos en la atención de enfermedades de alto costo se financiará de la siguiente forma:

a) Los recursos del Fonsat, creado por el Decreto-ley número 1032 de 1991;

b) Una contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidente de tránsito que se cobrará en adición a ella;

c) Cuando se extinga el Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia de la República, los aportes presupuestales de este fondo para las víctimas del terrorismo se trasladarán al Fondo de Solidaridad y Garantía;

d) Los recursos que aporten las EPS tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado equivalentes al 2% de la UPC del respectivo régimen que se destinarán a financiar el exceso de gasto en el componente de enfermedades de alto costo de acuerdo con la reglamentación que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 1°. Estos recursos serán complementarios a los recursos que para la atención hospitalaria de las urgencias destinen las entidades territoriales.

Parágrafo 2°. Siempre y cuando hagan los aportes de que trata el presente artículo para la atención de enfermedades de alto costo las EPS no requerirán reaseguro para este fin.

Artículo 29. *Flujo de los Recursos del Régimen Subsidiado.* El Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, con cargo a las subcuentas individuales de cada entidad territorial, girará directamente y bimestre anticipado a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada de los beneficiarios que la hayan escogido. Así como también girará a las EPS el valor per cápita correspondiente a los subsidios parciales, conforme lo establezca el reglamento.

Excepcionalmente, el Focos girará conforme a la norma que establezca el Gobierno Nacional para el efecto, los dineros correspondientes a las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud en virtud a los contratos con las EPS cuando existan las causales que señale el reglamento.

Artículo 30. *Recursos para la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud.* La red pública de prestación de servicios de salud se financiará con los siguientes recursos:

- a) El 25% del total del Sistema General de Participaciones en Salud;
- b) Recursos provenientes de la contratación mínima obligatoria y efectiva del 65% por parte de las EPS del régimen Subsidiado en el territorio de la respectiva red;
- c) El 60% de las Rentas Cedidas para Salud;

d) Recursos provenientes del sesenta y cinco por ciento (65%) de los excedentes de las Subcuenta de ECAT del Fosyga, con énfasis en los hospitales universitarios y docentes, de acuerdo con los criterios de distribución que establezca el CNSSS. De estos recursos, como mínimo, el 20% se destinará a inversión, modernización y actualización tecnológica e investigación;

- e) Recursos propios de las entidades territoriales;
- f) Venta de servicios al régimen contributivo y otros;
- g) Donaciones y otros conceptos.

Parágrafo. Excepcionalmente en los municipios donde no existan IPS Públicas, los recursos de oferta se podrán contratar con IPS Privadas, previa autorización del Ministerio de la Protección Social.

Artículo 31. *Contratación con la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud.* El ISS en el Régimen Contributivo contratará al menos el sesenta y cinco por ciento (65%) de los servicios que requiera con Empresas Sociales del Estado cuyas Unidades Prestadoras de Salud hayan sido habilitadas.

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado contratarán los servicios de salud con las Redes de Prestación de Servicios de Salud del respectivo ente territorial, regional o nacional en todos los grados de complejidad.

Por lo menos el sesenta y cinco por ciento (65%) de la contratación efectiva que formalicen las EPS del régimen subsidiado, se deberá realizar con Empresas Sociales del Estado cuyas Unidades Prestadoras de Salud hayan sido habilitadas.

El Gobierno Nacional reglamentará la transición en esta materia hasta que se hayan constituido las ESE conforme a lo previsto en la presente ley. De igual manera reglamentará sobre las excepciones en las cuales se acepte la contratación con la red pública de primer nivel en municipios vecinos.

Cuando se contrate por capitación la totalidad de los servicios de baja complejidad contenidos en el POS subsidiado, dicha contratación no podrá exceder el cuarenta y cinco (45%) de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

La contratación de servicios con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones de oferta por parte de las ESE, deberá estar mediada por contratos conforme a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

Parágrafo. Para efectos de evaluar la contratación mínima obligatoria de las EPS con la red pública, la cual no podrá ser inferior al sesenta y cinco por ciento (65%) de la contratación de servicios de salud, los entes de interventoría, inspección vigilancia y control la evaluarán en función de lo realmente ejecutado y no de lo formalmente contratado.

CAPITULO IV

Aseguramiento

Artículo 32. *Definición.* Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento la estrategia o mecanismo estructurado y formal, por el cual una persona y su familia es protegida o amparada de unos riesgos en Salud específicos, mediante una Unidad de Pago por Capitación (UPC) previamente establecida y que cubre un plan de beneficios también previamente determinado.

Son funciones de aseguramiento la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en Salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, asegurar la calidad en la prestación de los servicios de Salud y la representación del afiliado ante los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Artículo 33. *Del Riesgo en Salud.* El riesgo en salud, es la probabilidad de ocurrencia de un hecho o daño, que es incierto, que afecta la salud o que requiere un servicio de salud y que en consecuencia puede vulnerar la economía familiar. Es el posible acontecimiento previsto y cubierto por el plan de beneficios.

La gestión del riesgo en salud, es el conjunto de acciones de la EPS tendientes a proteger o intervenir la ocurrencia de contingencias que afectan el estado de salud de los afiliados y sus familias.

Artículo 34. *Del Plan de Beneficios.* El Plan de beneficios, es la cobertura expresada como el conjunto de prestaciones, es decir actividades, procedimientos, intervenciones, suministros e indemnizaciones a que tienen derecho los afiliados o beneficiarios. El plan de beneficios deberá ser integral, que permita la gestión del riesgo en salud por las aseguradoras, desde la promoción hasta la rehabilitación.

Artículo 35. *De la Unidad de Pago por Capitación. (UPC).* La Unidad de Pago por capitación será establecida por el CNSSS previos los estudios elaborados por la secretaría técnica del CNSSS o contratados con terceros y deberá estar calculada acorde a la cobertura del plan de beneficios y a los riesgos cubiertos, y podrá ajustarse por concentración de riesgo en enfermedades de alto costo, por zona geográfica, edad y género o por indicadores de calidad derivados de la acreditación o por el impacto de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El CNSSS podrá establecer un porcentaje mínimo de la UPC que se destinará a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Artículo 36. *Las Entidades Promotoras de Salud.* Las Entidades Promotoras de Salud, son las entidades responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento señaladas en el artículo 31 de la presente Ley con el propósito de garantizar la prestación de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud en las diferentes fases del ciclo vital, dentro de los parámetros de la gestión y garantía de la calidad que se establezcan.

Para operar en cualquiera de los regímenes establecidos, las entidades promotoras de salud deberán ser habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

A partir de la presente ley sólo podrán habilitarse para operar como Entidades Promotoras de Salud en el régimen subsidiado, las entidades públicas, las entidades privadas sin ánimo de lucro, las cajas de compensación familiar y las empresas solidarias de salud.

Parágrafo 1°. Las entidades privadas con ánimo de lucro que a la fecha de entrar en vigencia la presente ley se encuentren debidamente habilitadas, podrán continuar operando en el Régimen Subsidiado sin aumentar el número de afiliados que les haya sido autorizado por la Superintendencia Nacional de Salud a 31 de agosto de 2004.

Parágrafo 2°. Las entidades mencionadas en el párrafo anterior, podrán aumentar el número de afiliados que les haya sido autorizado por la Superintendencia Nacional de Salud si al menos el 50% de su composición accionaria pertenece a Empresas Sociales del Estado, Hospitales Públicos, Cooperativas de Hospitales Públicos, Entes Territoriales o Cooperativas de Profesionales de la Salud.

Artículo 37. *Incentivos por el buen desempeño de las EPS.* El Ministerio de la Protección Social, establecerá, en un lapso no mayor de seis meses de expedida la presente ley, un sistema de incentivos de prestigio en el aseguramiento por el buen desempeño de las EPS, las que mediante indicadores de gestión deberán acreditar el mejoramiento o mantenimiento del estado de salud reflejado en cambios positivos del perfil epidemiológico de su población afiliada en una región determinada y el eficiente y adecuado control del gasto en salud.

Artículo 38. *Características básicas de la operación del Régimen Contributivo.* Sin perjuicio de lo establecido en la Ley 100 de 1993, se tendrán en cuenta los siguientes criterios de operación para el régimen contributivo:

a) Deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. El Gobierno Nacional en un plazo máximo de seis meses, reglamentará los mecanismos que faciliten la afiliación al sistema y la cotización por parte de los colombianos residentes en el exterior;

b) Los afiliados conjuntamente con el empleador, si lo hay, contribuirán al sistema con una cotización mensual equivalente al 12% del ingreso base de cotización, 2/3 de la cotización estarán a cargo del empleador y 1/3 parte a cargo del trabajador afiliado;

c) El recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social-Fondo de Solidaridad y Garantía para lo cual se podrá delegar esta función en las EPS o establecer una Central Unica de Recaudo;

d) Por cada persona afiliada o beneficiaria, la entidad promotora de salud recibirá una Unidad de Pago por Capitación, UPC, que será

establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Dicha UPC podrá ser variable en función de la edad y el sexo de los afiliados, de los indicadores de calidad de cada EPS y de la concentración del riesgo en la entidad;

e) Los recursos provenientes de las cotizaciones pertenecen al sistema general de seguridad social en salud, y a las EPS les corresponden los recursos por UPC de acuerdo con la reglamentación correspondiente. El proceso de compensación se hará estableciendo la diferencia entre los derechos por UPC y las cotizaciones recibidas de los afiliados a una EPS una vez descontados los recursos de solidaridad, de salud pública colectiva y de incapacidades. Dicha diferencia será cobrada o pagada al Fosyga según sea el caso de una EPS deficitaria o superavitaria;

f) Los afiliados al Régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud se beneficiarán del Plan Obligatorio de Salud que defina el CNSSS, el cual no podrá ser inferior al existente a la expedición de la presente ley, establecido en el Acuerdo 8 del CNSSS y la resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS);

g) Las personas que conformen un mismo núcleo familiar estarán afiliadas a la misma EPS;

h) Todo niño que nazca quedará automáticamente como beneficiario de la Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliada su madre. Cuando se trate de hijo de beneficiario y nieto de cotizante conservará la calidad de afiliado hasta el primer año de edad siempre que la madre o el padre conserve su calidad de beneficiario. El Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a la Entidad Promotora de Salud la Unidad de Pago por Capitación correspondiente;

i) Las licencias de maternidad y las incapacidades son beneficios que se reconocerán al cotizante conforme al Código Sustantivo del Trabajo y se pagarán por parte de las EPS con los recursos del sistema en la forma en que establezca el CNSSS. No habrá lugar al reconocimiento de estas prestaciones económicas al familiar afiliado no cotizante;

j) Las licencias de maternidad se reconocerán a la afiliada cotizante cuando esta haya estado afiliada al sistema 9 meses antes del parto, o con, por lo menos tres meses de afiliación anterior al parto si demuestra haber cotizado al sistema por lo menos 52 semanas, continuas o discontinuas, en los últimos dos años. Estas licencias se pagarán por las EPS con cargo a la subcuenta de compensación del Fosyga;

k) El CNSSS establecerá el régimen de copagos y cuotas moderadoras, teniendo en cuenta que los pensionados por jubilación, invalidez, vejez, sobrevivientes o sustitución y sus beneficiarios de los sectores público, oficial, semioficial, en todos sus órdenes así como en el sector privado con dos o menos de dos salarios mínimos de mesada pensional, estarán exentos del pago de cuotas moderadoras y copagos;

l) La atención en salud de los Riesgos profesionales estará a cargo de la EPS a la cual se encuentre afiliado el trabajador. Para el efecto las ARP transferirán mensualmente a las EPS respectivas una capitación equivalente al 20% de los ingresos por cotizaciones de Riesgos Profesionales;

m) Para adquirir planes complementarios como pólizas de medicina Prepagada y seguros privados el interesado deberá estar afiliado al régimen contributivo o a un régimen de excepción. Dichos planes complementarios ofrecerán servicios e intervenciones distintas a las contenidas en el POS, pero cuando dichos planes se vendan es responsabilidad del proveedor verificar que el tomador esté afiliado a una EPS y en consecuencia cuente con la protección del POS. Si ello no ocurre el proveedor del plan complementario deberá responder también por los servicios del POS que puedan requerirse;

n) El CNSSS establecerá excepciones en la afiliación y compensación en aquellos municipios en donde no haya oferta de EPS del régimen contributivo o haya menos de 1000 afiliados al régimen contributivo, o para el caso de personas subsidiadas con afiliación intermitente al régimen contributivo;

o) En los contratos en donde esté involucrada la ejecución de un servicio por una persona natural en favor de una persona natural o jurídica de derecho público o privado, tales como contratos de obra, de arrendamiento de servicios, de prestación de servicios, consultoría,

asesoría y cuya duración sea superior a un (1) mes, la parte contratante deberá verificar la afiliación y pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para tal efecto el valor del contrato correspondiente se mensualizará por el término de tiempo contractual y sobre el equivalente al 50% de la mensualidad inferida se calculará la cotización correspondiente del 12%, la cual será pagada, en dos terceras partes por el contratante y una tercera parte por el contratista; se entiende que el 50% restante corresponde a los costos imputables al desarrollo de la actividad contratada. En ningún caso, se cotizará sobre una base inferior a un (1) salario mínimo legal mensual vigente ni superior a veinte (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes. El contratante que incumpla lo estipulado en el presente literal será sancionado pecuniariamente con un monto que corresponderá al 80% del valor del Contrato; los recursos que provengan de este tipo de sanciones se destinarán al fortalecimiento de la subcuenta de compensación del Fosyga.

Artículo 39. Características Básicas de la Operación del Régimen Subsidiado.

a) Se beneficiarán con subsidio total en el Régimen Subsidiado la totalidad de las personas pobres y vulnerables del país en el área rural y urbana, identificadas con la cédula de ciudadanía o el registro civil de nacimiento y clasificados en los niveles 1 y 2 mediante el Sisbén o cualquier otro instrumento que defina el Conpes. Las personas clasificadas en el nivel 3 del Sisbén o cualquier otro instrumento que defina el Conpes y beneficiarias del subsidio, lo podrán recibir total o parcialmente de acuerdo a la reglamentación que expida el CNSSS;

b) Los municipios y distritos aplicarán el instrumento que defina el Gobierno Nacional mediante el cual se identificará la población beneficiaria del subsidio en salud en su territorio. El CNSSS podrá definir mecanismo de identificación para aquellos beneficiarios que por sus características especiales no se les aplique la encuesta Sisbén;

c) El municipio será el encargado de recolectar la información de los beneficiarios del subsidio y enviarla a la central de datos a nivel nacional para incluirlos en el listado nacional;

d) Para la libre elección de la EPS, el beneficiario se presentará identificado con su cédula de ciudadanía y con el registro civil de sus menores para hacer la escogencia correspondiente. Para los casos en los cuales el beneficiario no se haga presente el Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia;

e) Sólo se considerará efectivamente afiliada, aquella persona que haya escogido EPS, haya sido incluida en la base de datos de afiliados contratados por la EPS y haya sido carnetizada por esta;

f) El Focos sólo podrá cancelar a las EPS del Régimen Subsidiado los subsidios de los usuarios efectivamente afiliados según el literal anterior;

g) En representación de su población afiliada y en acatamiento de su libre elección, los municipios y distritos firmarán los contratos con la o las EPS que correspondan según la decisión soberana de los afiliados;

h) El Ministerio de la Protección Social a través de la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud intervendrá de oficio para representar a los afiliados acatando el proceso de libre elección de EPS y firmará los contratos correspondientes en su nombre, cuando el representante legal del ente territorial no los haya firmado, transcurridos quince (15) días calendario a partir de la fecha en que debe iniciar la ejecución de los mismos;

i) De la totalidad de los recursos del Focos se podrá destinar hasta el cero punto cinco (0,5%) por ciento para la contratación de la interventoría de los contratos de régimen subsidiado en cada región. El Ministerio de la Protección Social reglamentará los mecanismos para la ejecución de la interventoría y los responsables de llevarla a cabo. Para el Sistema de Vigilancia y Control se destinará también otro cero punto cinco (0,5%), que se transferirá a la Superintendencia Nacional de Salud, siempre y cuando se incluya en el presupuesto de esta entidad dentro del Presupuesto General de la Nación;

j) La población pobre y vulnerable que no tenga una residencia permanente, accederá al Régimen Subsidiado de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social;

k) En el régimen subsidiado no habrá preexistencias ni periodos de carencia.

Artículo 40. *Selección de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado.* La selección de las Entidades Promotoras de Salud se hará mediante la libre elección de los usuarios en cada municipio conforme las siguientes reglas:

a) El Ministerio de la Protección Social definirá como mínimo seis (6) regiones para la operación del Régimen Subsidiado y mediante un concurso público autorizará para las diferentes regiones establecidas, las EPS habilitadas que ocupen los primeros lugares hasta el número máximo de EPS autorizadas en una región, conforme a los criterios de selección previstos en esta ley y que reglamentará el CNSSS. Asimismo establecerá el orden de elegibilidad de las EPS no incluidas para el caso en que se requiera sustituir alguna de las autorizadas;

b) El Ministerio de la Protección Social definirá el número máximo de EPS que se podrá autorizar en cada región, teniendo en cuenta el potencial de afiliación de la región y un promedio mínimo de afiliados por EPS de 400.000 personas;

c) El Ministerio de la Protección Social tendrá en cuenta para la autorización regional los criterios de domicilio de la EPS en la región, propiedad de la EPS de personas naturales o jurídicas domiciliadas en la región, experiencia en la región, cobertura de municipios en la región, cartera con las IPS en el país, calificación de las IPS con las que tenga contratos en el régimen subsidiado, porcentaje de propiedad de los usuarios y porcentaje de propiedad de los hospitales públicos y acreditación de estándares de calidad superiores a los mínimos de habilitación;

d) El listado de las EPS autorizadas para la región, se publicará ampliamente por cada entidad territorial, para efecto de que las personas con derecho a afiliación en el régimen subsidiado escojan de manera individual a la EPS, y se afilien mediante contrato individual, para la persona y su núcleo familiar;

e) La EPS les entregará sus carnés, diligenciará el formulario de afiliación, orientarán a cerca de sus deberes y derechos, de los beneficios del Plan Obligatorio de Salud a que tienen derecho, de la red de servicios a la que pueden acudir, de los procedimientos para acceder a los servicios y del Modelo de Atención establecido en la entidad. Posteriormente la EPS se dirigirá a la vivienda del afiliado para realizar la correspondiente encuesta de salud e identificación de riesgos para la salud del afiliado y su núcleo familiar;

f) En todo caso ninguna EPS podrá tener más del 20% del total nacional de afiliados del régimen en que opera, no más del 30% del total regional, ni más del 60% del total municipal excepto en aquellos municipios en donde solo estén autorizadas u operando una o dos EPS;

g) Los actuales afiliados a una entidad del régimen subsidiado continuarán afiliados a la misma entidad si no manifiestan intención contraria siempre y cuando la entidad haya sido habilitada para operar en la respectiva región. En caso de continuar con la misma EPS a la que venían afiliados, deberán acudir a ella para recibir el carné definitivo de afiliación al nuevo régimen subsidiado;

h) La relación de carné de afiliación debidamente entregado y el registro único de afiliación serán el soporte para la firma del contrato entre la EPS y la entidad territorial y los respectivos giros por el Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos.

Artículo 41. *Libertad de Elección de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado.* Previo un período en el cual se informe a los usuarios sobre los servicios y sobre la conformación de la red de prestadores que cada EPS ofrece, se adelantará el proceso de libre elección de EPS por parte de los usuarios.

En los municipios con población mayor de 100.000 habitantes, deberán participar todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en la respectiva región, en un proceso de libre elección de Entidad Promotora de Salud por parte de la población, que se realizará a través de un registro directo de la intención de los habitantes en un periodo debidamente difundido por la municipalidad, de acuerdo con la reglamentación que para este efecto expida el CNSSS. El Ministerio de la Protección Social definirá el número de EPS que operarán en este tipo de municipios.

El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de veedurías para la selección de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, EPS.

El Gobierno Nacional reglamentará la forma que permita que en los municipios que tengan menos de 30 mil habitantes entre todas las opciones la población beneficiaria del subsidio escoja una sola EPS y en aquellos de más de treinta mil y menos de 100 mil habitantes un máximo de 3 EPS por municipio.

Artículo 42. *Contratación con la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado.* Cada Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado EPS suscribirá un contrato de aseguramiento con la respectiva entidad territorial con el objeto de garantizar la atención en salud de las personas que para tal fin las escojan, mediante el proceso de libre elección en la respectiva región, en el marco del plan de beneficios a los afiliados del Régimen Subsidiado.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, girará directamente y por bimestre anticipado a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado.

El Ministerio de la Protección Social ejercerá con cargo al Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, la interventoría de los contratos del Régimen Subsidiado suscritos entre los municipios y las EPS y controlará el reconocimiento de la UPC conforme a las novedades de aseguramiento que se presenten.

Si se declara la caducidad de algún contrato o se revoca la habilitación de una Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, los afiliados serán asignados a las demás EPS así: 50% en proporción al número de afiliados que tenga cada EPS en los respectivos municipios donde operaba la EPS a la que le fue declarada la caducidad o fue revocada, y el 50% restante distribuido por igual entre todas las EPS de la región incluyendo a la nueva EPS que la sustituya.

En estos eventos que impliquen la disminución del número de EPS autorizadas en una región, los cupos vacantes serán llenados por las EPS que hayan ocupado los siguientes lugares en el proceso de libre elección descrito en el artículo 41 de la presente Ley en el respectivo municipio y en estricto orden descendente.

El CNSSS definirá los procedimientos para garantizar el aseguramiento de esta población sin solución de continuidad.

Artículo 43. *Los tipos de contratación en el aseguramiento.* Con el fin de racionalizar la demanda de servicios, las EPS podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, evento, grupos relacionados con diagnósticos, protocolos o presupuestos globales fijos o prospectivos, de tal manera que incentiven las actividades de la salud colectiva e individual, la atención domiciliaria, la atención primaria en salud y, generen control de costos, sin deterioro de la calidad de la atención. Ninguna de las modalidades anteriores implicará la transferencia de las responsabilidades en el aseguramiento, que en todo caso permanecerán en cabeza de la Entidad Promotora de Salud.

Las Empresas Promotoras de Salud garantizarán en todo caso, la libre escogencia que realice el afiliado respecto de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que hagan parte de la oferta de servicios de la red prestadora, salvo cuando la restricción de oferta lo impida y de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional para tal efecto. No podrá contratarse por capitación servicios diferentes a los de baja complejidad.

Artículo 44. *Priorización de los subsidios.* El régimen subsidiado proveerá los subsidios totales que requiere la población pobre y vulnerable, desde las distintas fuentes de financiación, que serán administradas a través del Fondo Territorial Colombia para la Salud, Focos, incluyendo a todos los miembros del nivel 1 y 2 que sean susceptibles del subsidio. El CNSSS definirá los demás criterios de priorización para la población beneficiaria de los subsidios en salud.

Artículo 45. *Subsidios parciales.* El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para las personas del nivel 3 del Sisbén o del sistema de identificación de beneficiarios de subsidios en salud que defina el Conpes, determinará la concurrencia entre el subsidio parcial y el aporte

del afiliado para cada uno de los miembros de su grupo familiar o para el cubrimiento de ciertas y determinadas contingencias de salud, especialmente de alto costo. En el subsidio parcial podrán concurrir los entes territoriales en la forma como lo determine el citado Consejo.

El CNSSS solo podrá otorgar como subsidio parcial un máximo del 50% del subsidio total. El subsidio parcial solo lo podrán recibir personas que estén clasificadas en el nivel 3 del Sisbén y excepcionalmente en un nivel superior de acuerdo a reglamentación del CNSSS. El resto de la población pobre susceptible de acceder al régimen subsidiado recibirá subsidios totales.

Parágrafo. Las personas identificadas en el nivel 2 del Sisbén que sean beneficiarias de los subsidios parciales a la fecha de expedición de la presente ley, recibirán el subsidio pleno de conformidad con la ampliación de cobertura.

Artículo 46. *Plan Obligatorio de Salud.* El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza mediante el aseguramiento en salud en cualquiera de sus regímenes, el acceso a un Plan Obligatorio de Salud (POS) para la protección del individuo en sus fases de tratamiento, promoción, prevención, protección, rehabilitación y recuperación de la salud. El Plan Obligatorio de Salud será definido en todos los casos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

La UPC reconoce a las personas, el amparo del riesgo en salud y la prestación oportuna de los servicios en todas las fases y niveles contenidos en el Plan Obligatorio de Salud.

La prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo estará bajo la responsabilidad de la Entidad Promotora de Salud con cargo a la capitación transferida por la Administradora de Riesgos Profesionales de la manera prevista en la presente ley.

Artículo 47. *El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo.* En el régimen contributivo se garantiza el Plan Obligatorio de Salud de carácter integral que para el efecto apruebe el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, reconocido a las personas pertenecientes a dicho régimen.

Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán ampliados progresivamente 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 disponible y las condiciones financieras del Sistema.

Aquellos beneficios no contenidos en el Plan Obligatorio de Salud y cuya protección se pretenda por el afiliado deberán ser contratados mediante planes complementarios.

Artículo 48. *El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.* El régimen subsidiado garantiza un Plan Obligatorio de Salud aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para las personas pertenecientes a dicho régimen, el cual se irá ampliando en forma progresiva.

Las Secretarías de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud evaluarán periódicamente en la forma como lo señale el reglamento, la forma como las Entidades Promotoras de Salud garantizan en forma efectiva el acceso oportuno y con calidad a los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Aquellos beneficios no contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y que se encuentren incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Contributivo, serán atendidos por la red pública de prestadores de servicios de salud de acuerdo con sus disponibilidades de servicios y con cargo a los recursos que perciban por concepto del Sistema General de Participaciones y de las rentas cedidas conforme lo señalado en esta ley.

Artículo 49. *Las actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.* Para efectos de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las Entidades Promotoras de Salud en cualquiera de sus regímenes, diseñarán un plan estratégico de tales actividades que deberán someter a la aprobación de las secretarías de salud en donde tengan afiliados y que como mínimo deberá tener en cuenta, el perfil epidemiológico de su población afiliada, la focalización de las actividades a desarrollar, el tipo de entidades a contratar; el período

de contratación y el diseño de los indicadores exigidos para su medición y control.

La contratación de las actividades de promoción y prevención en ningún caso significarán cesión del riesgo o de las responsabilidades que corresponden en esa materia a las entidades de aseguramiento.

Artículo 50. *Planes Complementarios.* Los Planes complementarios de Salud y las pólizas de Salud podrán ser prestados únicamente por las Entidades Promotoras de Salud y por las Empresas de Medicina Prepagada que tengan un programa de Entidad Promotora de Salud, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto establezca el Gobierno Nacional.

El Plan de Salud Complementario será pagado en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a los de las cotizaciones en salud y se prestará en la Entidad Promotora de Salud o la Empresa de Medicina Prepagada a la cual pertenezca el afiliado.

Artículo 51. *Regulación de la Integración Vertical Patrimonial.* Entiéndase por integración vertical patrimonial aquellos eventos en que una Entidad Promotora de Salud (EPS) asume a su vez la función de prestadora de servicios de salud, o contrata dicha prestación con IPS que son de su propiedad total o parcialmente, en cuyo caso se denominará red propia. Las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado que cuenten con red propia sólo podrán prestar servicios a través de dicha red en los siguientes casos:

a) Cuando a 31 de agosto de 2004 contaba con red propia de cualquier grado de complejidad en cuyo caso podrá contratar con esta hasta un treinta por ciento (30%) del total de los servicios;

b) Cuando creen IPS nuevas que realicen atención ambulatoria de baja y mediana complejidad en salud, en cuyo caso las EPS no podrán contratar más del treinta por ciento (30%) de los servicios con la red propia. Para el caso de EPS que cuenten con red propia del tipo definido en los literales a) y b) la suma de la contratación no podrá ser superior al treinta por ciento (30%).

Cuando se trate de la participación de hospitales públicos, sus asociaciones o cooperativas en la propiedad de una Entidad Promotora de Salud, no aplicará la restricción de contratación contenida en los literales a y b.

En todo caso a partir de la vigencia de la presente Ley, ninguna aseguradora, en forma directa o a través de terceros, podrá construir, adquirir total o parcialmente, comprar acciones total o parcialmente o entrar a ejercer algún tipo de dominio sobre alguna institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad. El incumplimiento de esta norma será causal de revocatoria de la licencia de funcionamiento de la entidad aseguradora.

Parágrafo 1°. En todo caso, cuando se presente contratación entre la EPS y la red propia esta no podrá hacerse por encima de las tarifas mínimas establecidas por el Gobierno Nacional.

Parágrafo 2°. La Superintendencia Nacional de Salud velará por el cumplimiento de esta norma y en conjunto con la superintendencia de sociedades examinará la composición de la propiedad de las IPS que obtengan el visto bueno para operar, así como de las ya existentes y la contratación de las EPS con la red propia en cada vigencia.

Artículo 52. *Del alto costo.* Las enfermedades de alto costo serán definidas en el Plan Obligatorio de Salud por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y su atención será responsabilidad de la EPS.

El Gobierno Nacional expedirá la reglamentación mediante la cual la subcuenta ECAT del Fosyga cancelará el excedente en los gastos de la atención de enfermedades de alto costo, con cargo a esta última. Esta reglamentación deberá definir el monto del gasto por paciente año a partir del cual se reconoce un excedente de costo y el tope máximo hasta el cual se reconoce dicho exceso.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, en concertación con los departamentos podrá reglamentar la concurrencia de estos últimos con la subcuenta ECAT para proteger sus excesos de costo.

CAPITULO V

Prestación de servicios

Artículo 53. *De las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS.* Las entidades con personería jurídica en cuyo objeto social se

establezca la prestación de servicios de salud tendrán la denominación genérica de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y la sigla IPS. Para operar, las IPS deberán estar habilitadas por la respectiva Dirección Territorial de Salud, conforme las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Siempre que una dependencia que preste servicios de salud en una entidad cuyo objeto social no contempla dicha prestación deberá cumplir con las condiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Para los efectos de esta ley los profesionales independientes que prestan servicios de salud se asimilarán en lo pertinente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 54. *De la regulación de la oferta hospitalaria.* La creación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud nuevas que pretendan prestar servicios de mediana o alta complejidad, deberán ser aprobadas por el Ministerio de la Protección Social. El Ministerio podrá delegar en cada caso expresamente esta competencia a los Departamentos que deberán dar su aprobación o negarla de conformidad con el reglamento que establezca el Ministerio. En todo caso se excluyen de este requisito los servicios prestados por los profesionales independientes cualquiera sea la especialidad o complejidad.

Artículo 55. *De la habilitación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.* Para prestar con calidad y eficiencia un determinado portafolio de servicios en la medida de sus condiciones, instalaciones, procesos, equipo y personal, todas las IPS deberán habilitar el cumplimiento de las condiciones básicas que señale el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Las IPS, o las unidades o servicios pertenecientes a ellas que no cumplan con las condiciones básicas limitarán su operación de la forma en que señale la Superintendencia de Salud o las Direcciones Territoriales de Salud, conforme al reglamento y en todo caso no podrá contratarse con las EPS del régimen Contributivo o del Régimen Subsidiado los servicios no habilitados.

Artículo 56. *De la libertad de escogencia de IPS.* Las EPS, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado, garantizarán a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en el área de influencia de la aseguradora. Para tal efecto las aseguradoras basadas en el censo de IPS habilitadas de la zona informarán a sus afiliados los criterios con los cuales diseñó su red de prestadores haciendo énfasis en las ventajas de calidad, resolutivez y accesibilidad de esa red. No obstante lo anterior los usuarios podrán exigir la inclusión en la red de aquellas entidades del área que se destaquen por sus resultados científicos, por sus resultados de calidad técnica y funcional o por haber obtenido reconocimientos en la implementación del sistema de garantía de calidad.

Lo anterior sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado. El CNSSS reglamentará los procedimientos a seguir cuando el afiliado quiera utilizar, con cargo a la EPS, los servicios de IPS con tarifas superiores a las contratadas por la EPS.

Parágrafo 1°. Están prohibidos todo tipo de acciones que conduzcan a impedir, restringir o falsear la libre competencia para la prestación de los servicios de salud. El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que habiéndose afiliado con la expectativa de una determinada red de prestadores y esta no sea cierta podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en esta. El régimen de movilidad general puede ser obviado si se demuestra alguna de las causales anteriores.

Parágrafo 2°. La aseguradora que viole el derecho a la libertad de escogencia de IPS deberá ser investigada y eventualmente sancionada por las autoridades de vigilancia y control. Si la conducta es sistemática podrá ser revocada su licencia de funcionamiento.

Artículo 57. *De las empresas sociales del Estado.* La prestación de servicios de salud por parte del Estado se hará a través de las Empresas Sociales del Estado, ESE.

Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas

o concejos, según el caso, o por las asambleas de constitución cuando se trate de Empresas de propiedad de varios entes territoriales que se asocian debidamente autorizados por las respectivas Asambleas y Concejos.

La ESE está constituida por una o varias sedes o Unidades Prestadoras de Salud. En todo caso, toda Unidad Prestadora de Salud de carácter público deberá pertenecer a una Empresa Social del Estado.

Las Empresas Sociales del Estado podrán ser de carácter nacional, departamental, distrital, municipal, regional, provincial o mixtas, esto es de propiedad de entes territoriales de diferente nivel.

Excepcionalmente el Ministerio de la Protección Social podrá autorizar la prestación de servicios de salud, en el sector público, mediante otros modelos de organización, siempre que se garanticen condiciones de sostenibilidad, calidad y eficiencia.

Artículo 58. *De la contratación con las Empresas Sociales del Estado y su financiamiento.* A partir del año 2007 se observarán las siguientes reglas en la contratación con las ESE:

a) Las EPS del régimen subsidiado contratarán el porcentaje mínimo obligatorio de la UPC con la red pública solo a través de las Empresas Sociales del Estado;

b) Las EPS del régimen contributivo contratarán los servicios que requieran de la red Pública solo a través de las Empresas Sociales del Estado;

c) Las Direcciones locales, distritales y departamentales de salud contratarán la prestación de servicios no cubiertos con subsidios a la demanda solo con Empresas Sociales del Estado, excepto cuando debidamente autorizadas por el Ministerio de la Protección Social, por ausencia de capacidad resolutivez de la red pública, deba hacerse con IPS privadas reconocidas y con no menos de 5 años de existencia legal;

d) Toda Unidad Prestadora de Salud de carácter público que preste servicios financiados con los recursos de que tratan los literales anteriores, deberá pertenecer a una Empresa Social del Estado

Parágrafo. El porcentaje mínimo obligatorio que deben contratar las EPS del régimen subsidiado se hará solo con Empresas Sociales del Estado o con las fundaciones e instituciones de utilidad común que a la fecha de expedición de la Ley 100 llevaban más de 10 años de contratar con el Estado la prestación de los servicios para la población pobre de acuerdo con la certificación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social a solicitud de la IPS.

Artículo 59. *Requisitos para operar como empresa social del Estado.* Además de las formalidades para su constitución y el cumplimiento de los requisitos de habilitación de cada uno de sus servicios y Unidades Prestadoras de Salud, para ser Empresa Social del Estado se requiere:

a) Estar integrada a la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud;

b) Contar con una población, en su área de influencia, de por lo menos 50.000 personas;

c) Contar con un servicio de Hospitalización agregado o desagregado superior a 20 camas;

d) Contar con Quirófano y sala de partos;

e) Contar con servicio farmacéutico propio, contratado, concesionado o delegado, con puntos de entrega en las diferentes Unidades Prestadoras de Salud que la conforman;

f) Contar al menos con 5 médicos generales y 5 enfermeros profesionales;

g) Contar con un sistema de comunicaciones que integre las diferentes Unidades prestadoras de Salud;

h) Contar con un sistema de información que permita Identificar y Clasificar al Usuario según el Sisbén, comprobar derechos, registrar conforme a las normas la prestación de los servicios, facturar, generar indicadores y reportes obligatorios, integrando todas las Unidades Prestadoras de Salud que la conforman.

Parágrafo 1°. Las Empresas Sociales del Estado existentes a la fecha de expedición de la presente ley que no cumplan con los requisitos anteriores tendrán un plazo máximo hasta el 31 de diciembre de 2006 para ajustarse a lo aquí dispuesto.

Parágrafo 2°. Cuando un municipio no cuente con el mínimo de población exigido para contar con una ESE, o su IPS no cumpla cualquiera otro de los requisitos aquí previstos podrá asociarse con otros municipios y distritos para cumplir con los requisitos para crear la ESE.

Parágrafo 3°. Cuando coexistan ESE de 2°. Nivel y 1er. Nivel en un municipio que estos podrán integrarse en una sola ESE de propiedad del departamento y los municipios que se asocien.

Parágrafo 4°. Las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud que no se hayan constituido en Empresa Social del Estado, tendrán que transformarse antes del 31 de diciembre de 2006. Para ello se integrarán a la red de servicios de su región, respetando la autonomía de los Entes Territoriales y garantizando los criterios de sostenibilidad, eficiencia y calidad.

Artículo 60. *Manual de tarifas*. El Gobierno Nacional, previo concepto técnico de los asesores permanentes del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establecerá dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley un manual de tarifas expresado en salarios mínimos diarios vigentes, por debajo del cual en ningún caso se podrá contratar la prestación de servicios a las EPS encargadas del aseguramiento. Para ello adelantará estudios que tengan en cuenta las estructuras de costos, tanto de la red pública como privada y desarrollará un sistema único de códigos de procedimientos de Salud.

Parágrafo 1°. Este manual aplicará de manera obligatoria para entidades públicas y privadas. Su no observancia se convertirá en práctica no permitida o atentatoria contra la competencia y será investigada y sancionada por la Supersalud.

Parágrafo 2°. La política tarifaria será parte integral de la política de garantía de calidad, generándose incentivos para aquellas IPS con resultados destacados o aquellas que resultaran ubicadas en los primeros puestos del escalafón hospitalario que debe diseñar y promulgar el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social podrá diseñar un sistema de clasificación de IPS por categorías con base en indicadores de calidad y que relacione la categoría básica con el mínimo tarifario, de manera que incentiven a las IPS para ascender de categoría.

Artículo 61. *Del Sistema Contable*. El Gobierno Nacional establecerá a más tardar en el primer año a partir de la expedición de la presente ley un sistema contable unificado, que permita registrar los costos y gastos de los servicios ofrecidos y adoptar un Plan Único de Cuentas para todas las IPS.

CAPITULO VI La Salud Pública

Artículo 62. *De los servicios de Salud Pública*. Sin perjuicio del concepto amplio de que trata el artículo 2° de la presente ley, los servicios de salud pública, en sentido estricto, incluyen las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de carácter individual, familiar y colectivo, el control de los factores de riesgo y fomento de factores protectores, así como las acciones en patologías de interés en salud pública, las funciones de soporte, incluyendo la vigilancia en salud pública, la vigilancia de factores de riesgo del ambiente y del consumo, y el control de gestión de las acciones de interés en salud pública, los cuales se prestarán bajo la regulación y control del Estado. Para su correcta organización y prestación se distinguen los servicios de carácter individual y los de carácter colectivo.

Artículo 63. *Situación de Salud y Plan de Salud Pública*. Es responsabilidad del Estado, en los diferentes niveles territoriales y con la participación de todos los sectores, mantener actualizado el diagnóstico de la situación de salud de la población. Este diagnóstico debe identificar necesidades y problemas que afectan la salud y el bienestar del individuo y la colectividad.

Con base en este diagnóstico, el Ministerio de la Protección Social definirá el Plan de Salud Pública para cada cuatrienio que hará parte del Plan Nacional de Desarrollo. Este debe formular y coordinar la política nacional sobre salud y Seguridad Social en Salud, estableciendo las prioridades de interés en salud pública, las metas de cobertura de aseguramiento y acceso a servicios, la reducción de tasas de morbilidad

y mortalidad, los planes de beneficios y demás intervenciones requeridas tendientes a controlar o minimizar los riesgos y orientar el acceso a los servicios de atención.

A partir del Plan de Salud Pública, establecido por el Ministerio de la Protección Social, será responsabilidad del departamento, en conjunto con los municipios su ajuste a las condiciones epidemiológicas locales.

Artículo 64. *De los servicios de Salud Pública de carácter individual o familiar*. Los servicios de salud pública de carácter individual y familiar serán prestados de manera integral a través de las Entidades Promotoras de Salud, para los afiliados al Régimen Contributivo y al Régimen Subsidiado, de conformidad con las normas de calidad y metas mínimas de cumplimiento que establezca el Ministerio de la Protección Social. No obstante, el Estado deberá garantizar la cobertura universal en la prestación de estos servicios.

Artículo 65. *De los servicios de Salud Pública Colectiva*. Los servicios de salud pública de carácter colectivo estarán a cargo de las entidades territoriales del orden nacional, departamental, distrital y municipal, a través del Plan de Salud Pública Colectiva que como un componente del plan de salud pública, será gratuito y obligatorio para todos los habitantes del territorio nacional y dirigido a las colectividades que compartan determinados factores de riesgo.

Este plan incorporará acciones que fortalezcan los factores protectores y hábitos de vida saludables, el fomento y promoción de la salud, la prevención y control de los riesgos del consumo, de establecimientos y espacios públicos, del agua, residuos sólidos y líquidos, los factores de riesgos físicos, químicos, biológicos y psicosociales, las actividades relacionadas con el control de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis, la prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles y de interés en salud pública, subsidiariamente con los planes individuales, búsqueda activa de casos y contacto de enfermedades de interés en salud pública, la investigación y control de brotes y epidemias.

Una vez establecidas para cada Entidad Territorial, las actividades del Plan de Salud Colectiva, estas serán contratadas por las entidades territoriales con la red pública prestadora de servicios de salud, con cargo a los recursos que a su nombre existan en la subcuenta territorial de salud pública del Focos. Excepcionalmente, estas acciones podrán ser contratadas con otras instituciones de reconocida idoneidad y experiencia no inferior a 5 años, prioritariamente regionales y locales, cuando apliquen y cumplan con los requisitos establecidos.

Artículo 66. *Del Plan de Salud Pública Colectiva*. El Plan de Salud Pública Colectiva reemplaza el Plan de Atención Básica de que trata el artículo 165 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001, su contenido será reglamentado por el Ministerio de la Protección Social de acuerdo con las prioridades en salud pública y de manera que complemente las acciones de los planes individuales y las intervenciones de otros sectores que afectan la salud.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional reglamentará la proporción de recursos que como mínimo cada nivel territorial deberá apropiar para el desarrollo de las funciones de soporte en salud pública, diferenciándolos de los que se destinarán para las demás acciones del Plan de Salud Colectiva.

Artículo 67. *Del soporte técnico-científico al Plan de Salud Colectiva*. Los organismos adscritos al Ministerio de la Protección Social deberán brindar como instancias técnico-científicas de referencia en salud pública la información pertinente para definir las prioridades y políticas del plan de salud pública Colectiva y brindar la asesoría correspondiente a todos los niveles territoriales responsables de la ejecución del Plan de Salud colectiva y en particular:

a) El Instituto Nacional de Salud en las investigaciones, básicas, aplicadas y epidemiológicas sobre el estado de salud, control de problemas de salud pública, coordinación y Vigilancia de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, y el suministro oportuno de los productos biológicos necesarios para la ejecución del Programa Ampliado de Inmunizaciones y el control de enfermedades de interés en salud pública;

b) El Invima en labores de control de los riesgos de los medicamentos, alimentos, cosméticos, bebidas alcohólicas y de insumos médicos en el país, y vigilancia de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública y

la Vigilancia epidemiológica en lo referente al control de los riesgos del consumo;

c) El Instituto Nacional de Cancerología, en lo que corresponde a investigaciones, básicas, aplicadas y epidemiológicas sobre el cáncer y labores de control del cáncer en el país, así como coordinación y vigilancia de la Red Nacional de Cáncer;

d) El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en los temas de seguridad alimentaria, las investigaciones básicas, aplicadas y epidemiológicas correspondientes, así como el suministro adecuado y oportuno en los diferentes programas alimentarios y su Vigilancia;

e) La ESE Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta, la ESE Agua de Dios y la ESE Contratación en las investigaciones básicas, aplicadas y epidemiológicas sobre lepra, leishmaniosis, tuberculosis y otras patologías de importancia en salud pública y las labores de control de las mismas;

f) El Fondo Nacional de Estupefacientes en las investigaciones básicas, aplicadas y epidemiológicas sobre uso de medicamentos sujetos a control así como la promoción de la salud en relación con el consumo de sustancias psicoactivas y la provisión de insumos y medicamentos de control.

CAPITULO VII

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

Artículo 68. *Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.* Créase el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control como un conjunto articulado de agentes, normas y procesos para lograr los siguientes objetivos:

a) Proteger los derechos de los usuarios de los servicios de salud, en particular, su derecho al seguro de salud, de acceso a los servicios, información y calidad en los mismos y libre elección, entre otros;

b) Vigilar la generación de los recursos que por la Constitución y la ley deben destinarse a la salud y su completa y oportuna transferencia al sector salud en el nivel que corresponda;

c) Vigilar y garantizar la adecuada, oportuna y eficiente administración y aplicación de los recursos para la salud por las entidades competentes, tanto en seguros contributivos, subsidios a la demanda y a la oferta y salud pública colectiva;

d) Vigilar y promover el mejoramiento integral de la calidad de la atención en todos los actores involucrados en el aseguramiento, la provisión de servicios y la rectoría del sistema;

e) Vigilar el cumplimiento de las reglas y condiciones para la competencia regulada en el Sistema y en particular los procesos de afiliación, compensación, contratación y pagos y comprobación de derechos;

f) Proteger y promover la participación social y la rendición de cuentas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud;

g) Asegurar el acatamiento, por parte de los entes vigilados, de las normas que rigen su actuación en el sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 69. *Ejes del Sistema.* El sistema de inspección, vigilancia y control se organizará de acuerdo con los siguientes ejes, orientando sus actividades dentro de cada uno a los macroprocesos y procesos prioritarios previamente identificados:

Eje de Generación de recursos financieros del sector salud. Su finalidad es velar por la eficiencia en la generación y efectiva transferencia de los recursos del sector.

Eje de Seguros Contributivos y oferta privada de servicios de salud. Su finalidad es velar por los derechos de los usuarios y el cumplimiento de las normas que deben observar aseguradores y prestadores.

Eje de Subsidios en salud. Su finalidad es velar por de los derechos de los usuarios y el cumplimiento de las normas respectivas por aseguradores, prestadores y entes territoriales, incluyendo las acciones de salud pública colectiva.

Eje de acciones y medidas especiales.

Artículo 70. *Organismos de Inspección, Vigilancia y Control Intrasectorial.* Los siguientes son organismos que tienen asignadas las

competencias de Vigilancia, Inspección y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud: la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, el Instituto Nacional de Salud, INS, las entidades territoriales y los Tribunales de Ética.

Artículo 71. *Sujetos de control.* Son sujetos de Control de la Superintendencia de Salud y del Sistema de Inspección Vigilancia y Control, todas las personas naturales y jurídicas, públicas, privadas o mixtas que estén obligadas a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud y aquellas que cumplan funciones de aseguramiento, financiamiento, dirección del Sistema, generación, transferencia, gestión, programación y ejecución de recursos, prestación y control de los servicios de salud individual y colectivos, inclusive los que operen en regímenes excepcionales o excluidos por la Ley 100 de 1993.

Artículo 72. *Dirección del Sistema de Inspección Vigilancia y Control.* El órgano director del Sistema de Vigilancia, Inspección y Control será la Superintendencia Nacional de Salud, organismo adscrito al Ministerio de la Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

La Superintendencia Nacional de Salud en su estructura desconcentrada contará con Delegaciones en los departamentos con más de un millón de habitantes. Para los casos en que no se cumpla el requisito anterior habrá una misma Delegación para dos o más departamentos.

Artículo 73. *Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

a) Dirigir el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control;

b) Ejercer la vigilancia, inspección y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales del sector salud;

c) Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el cabal cumplimiento de normas en la implementación de las políticas, planes, programas y proyectos del Sistema;

d) Establecer un sistema de indicadores que permita la evaluación de los vigilados, la identificación de situaciones de riesgo y la adopción oportuna de medidas correctivas;

e) Aplicar el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como divulgar los resultados obtenidos en estos procesos;

f) Ejercer vigilancia, inspección y control sobre las fuentes de financiamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, y del Focos, así como sobre la efectiva explotación de los monopolios rentísticos, generadores de recursos con destino a la salud y su oportuna transferencia;

g) Vigilar, inspeccionar y controlar el manejo y destinación de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las competencias de las entidades territoriales en la materia;

h) Vigilar, las funciones y competencias de vigilancia, inspección y control atribuidas a las direcciones territoriales de salud;

i) Dirimir los conflictos que se presenten entre las entidades vigiladas y las direcciones territoriales de salud en el ejercicio de sus competencias de vigilancia, inspección y control;

j) Fortalecer los mecanismos de control social sobre el Sistema General de Seguridad Social en salud;

k) Publicar u ordenar la publicación de los estados financieros, indicadores de desempeño, informes de gestión, y demás informaciones establecidas por las disposiciones legales, de las entidades vigiladas;

l) Articular las actuaciones a que haya lugar con las demás entidades de control, acorde con sus competencias;

m) Ejercer funciones especiales de policía judicial y como autoridad de policía administrativa, de conformidad con el artículo 310 del Código de Procedimiento Penal, el Decreto 1355 de 1970 y las normas que lo modifiquen o adicionen;

n) Ejercer la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación u

operación de monopolios rentísticos, cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud, en los términos de la ley y los reglamentos;

o) Ejercer la facultad de ejecutar por jurisdicción coactiva, de conformidad con las normas vigentes, el cobro de las tasas, contribuciones o multas a que hubiere lugar;

p) Dictar órdenes, emitir instrucciones y aplicar las sanciones respectivas, relacionadas a aquellos asuntos que son objeto de su competencia, de acuerdo con las normas legales;

q) Autorizar el funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud para el Régimen Contributivo o para el régimen Subsidiado y entidades de medicina prepagada, en concordancia con la normatividad vigente;

r) Practicar visitas, a los entes vigilados para lo cual podrá utilizar todos los medios de prueba previstos en las normas procedimentales a fin de obtener un conocimiento integral y esclarecer los hechos para la toma de decisiones a que haya lugar;

s) Interrogar bajo juramento y con observancia de las formalidades previstas para esta clase de pruebas en el Código de Procedimiento Civil, a cualquier persona cuyo testimonio pueda resultar útil para el esclarecimiento de los hechos durante el desarrollo de sus funciones. En desarrollo de esta facultad podrá exigir la comparecencia, haciendo uso de las medidas coercitivas que se consagran para este efecto en el Código de Procedimiento Civil;

t) Imponer en desarrollo de sus funciones, las siguientes sanciones:

– Amonestación escrita.

– Multas sucesivas graduadas, a los representantes legales y demás funcionarios de las entidades vigiladas, entre cien (100) y mil (1.000) salarios mínimos diarios legales vigentes a la fecha de expedición de la resolución sancionatoria.

– Multas sucesivas a las entidades y organismos vigilados hasta por una suma equivalente a diez mil (10.000) salarios mínimos diarios legales vigentes en la fecha de expedición de la resolución sancionatoria.

– Multas hasta de 2.000 salarios mínimos mensuales legales vigentes a la fecha de la expedición del acto administrativo, a los representantes legales de los departamentos, distritos y municipios, directores de salud, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales. El pago de las multas debe hacerse con recursos de su propio pecunio, y en consecuencia no se puede imputar al presupuesto de la entidad de la cual dependen. (Disposición contenida de la Ley 715);

u) Sancionar con multas sucesivas hasta de mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía a:

– Los empleadores que incurran en cualesquiera de las siguientes conductas: no inscribir en una entidad promotora de salud a todas las personas con las que tenga vinculación laboral; no pagar cumplidamente los aportes de salud; no descontar de los ingresos laborales las cotizaciones que corresponden a los trabajadores a su servicio; no girar oportunamente los aportes y cotizaciones a la entidad promotora de salud de acuerdo con el reglamento; no informar las novedades laborales de sus trabajadores y no garantizar un medio ambiente laboral sano que permita prevenir riesgos de trabajo y enfermedad profesional, mediante la adopción de los sistemas de seguridad social industrial y la observancia de las normas de salud ocupacional y seguridad social.

– Las entidades públicas o privadas que presten el servicio de salud, independientemente del sector a que pertenezcan, que no suministren la atención inicial de urgencias a cualquier persona que lo necesite, sea cual fuere su capacidad de pago.

– Las empresas promotoras de salud que no cumplan cualquiera de las siguientes funciones: promover la afiliación de grupos de población no cubierta por la seguridad social; organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud; aceptar como afiliado a toda persona que solicite afiliación y cumpla los requisitos de ley; definir los procedimientos para

garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado o su familia; remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios; establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios y las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

– Las entidades que no manejen los recursos de la seguridad social, originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema, en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de las entidades.

– Las entidades promotoras de salud que en forma unilateral, terminen la relación contractual con sus afiliados o nieguen la afiliación a quien desee ingresar al régimen garantizando el pago de la cotización o subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario de conformidad con el reglamento.

– Las entidades que celebren acuerdos o convenios o realicen prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

– Las entidades o personas que pretendan adulterar la base de liquidación con el objeto de evadir total o parcialmente el pago de sus obligaciones en materia de salud.

– Los empleadores que atenten contra el derecho a la libre escogencia de entidad promotora de salud respecto a sus trabajadores.

– Las entidades promotoras de salud que no adelanten los procesos para la implantación de sistemas de costos y facturación o que no se sometan a las normas en materia de información pública a terceros, con el objeto de garantizar la transparencia, y

– Competencia necesaria dentro del sistema, y

– Las entidades que no acaten el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud que expida el Gobierno Nacional.

Artículo 74. *Recursos de Operación de Supersalud.* La Superintendencia contará para su operación con los recursos provenientes de la tasa establecida en el artículo 98 de la Ley 488 de 1998. Anualmente el Gobierno Nacional le asignará en el presupuesto Nacional, como mínimo, un monto igual al recaudado por la tasa en la vigencia del año inmediatamente anterior, adicionados en los recursos provenientes del 0,5% de que trata el literal i) del artículo 39 de la presente Ley.

Artículo 75. *Red de Controladores.* Créase la Red de Controladores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de la cual formarán parte la Superintendencia Nacional de Salud, la Fiscalía General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Procuraduría General de la Nación, y la Defensoría del Pueblo, a fin de facilitar la coordinación de las acciones, promover la economía de los procesos y la adopción oportuna de decisiones. En un término inferior a los cuatro meses después de expedida la presente ley, el Gobierno Nacional en coordinación con los organismos de control señalados, reglamentará el funcionamiento de la red.

Parágrafo. La Contraloría General de la República, la Fiscalía General de la Nación y la Procuraduría General de la Nación, mantendrán un delegado ante la Superintendencia Nacional de Salud, para facilitar la operación de la red de controladores y propiciar la celeridad en la toma de decisiones.

CAPITULO VIII

Sistema Integral de Información en Salud

Artículo 76. *Definición.* El Sistema Integral de Información en Salud, SIIS, es el conjunto interrelacionado de usuarios, datos, normas, procesos, procedimientos y recursos del Sistema que generan y disponen información veraz, integrada y oportuna sobre los procesos esenciales de aseguramiento, financiamiento, oferta y demanda de servicios, prestación de servicios, vigilancia de la salud pública y participación social y los

procesos de gerencia y administración institucional en cada uno de los integrantes del Sistema.

El Sistema Integral de Información en Salud el cual tendrá los siguientes objetivos:

a) Articular e integrar a los diferentes agentes públicos y privados, nacionales y extranjeros que generan datos para el SGSSS, mediante el establecimiento único de estándares, normas de registro, almacenamiento, flujo y disposición de la información;

b) Ser la herramienta base de información para la generación de políticas, hacer seguimiento, evaluación y control de los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del impacto de sus acciones en el control de los factores de riesgo y nivel de salud de la población;

c) Ofrecer a la población información actualizada acerca de los procesos de Aseguramiento, Financiamiento, Oferta de Servicios de Salud de carácter individual y colectivo, para disminuir la asimetría de información existente y fortalecer los procesos de control social y el ejercicio de los derechos y deberes del ciudadano en materia de salud.

La operación y el desarrollo del Sistema de Información en Salud se regirán para todos los efectos por lo establecido en la Ley 797 de 2003.

Artículo 77. *De los Agentes del SIIS.* Serán agentes del SIIS todas aquellas personas e instituciones responsables del aseguramiento, el financiamiento y prestación de servicios de salud de carácter individual o colectivo y los organismos de dirección y control del SGSSS. Son agentes, también, las personas e instituciones pertenecientes a los regímenes especiales.

Artículo 78. *Funciones del Ministerio de la Protección Social.* El Ministerio de la Protección Social será responsable de:

a) Establecer una política de información para el SGSSS;
b) Definir el diseño, la organización y funcionamiento del SIIS;
c) Estandarizar los datos, flujos, procesamiento, y disposición de la información;

d) Establecer la responsabilidad de generación de datos de cada uno de los agentes del SGSSS y demás normatividad que permita la operativización del SIIS;

e) Promover el desarrollo de la capacidad de cada uno de los agentes para el intercambio de datos, análisis y usos de la información.

Parágrafo. Las disposiciones sobre el registro, almacenamiento, flujo transferencia y disposición de la información por parte de los diferentes agentes del SGSSS serán de obligatorio cumplimiento y su violación generará responsabilidades de carácter penal, civil y disciplinario.

CAPITULO IX

Disposiciones finales

Artículo 79. *Facultades extraordinarias.* Otórguense facultades extraordinarias al Gobierno Nacional para que antes de seis meses contados a partir de la fecha de la vigencia de la presente ley, expida un decreto ley que reglamente, adapte a la presente ley, el sistema de seguridad social en salud de las comunidades indígenas, acorde con sus propias formas y procedimientos, teniendo en cuenta los lineamientos básicos de la presente ley y cumpliendo los siguientes objetivos:

a) Garantizar el acceso a los servicios, la adecuación sociocultural de los planes de beneficios y la adopción de un sistema de información acorde con sus necesidades sociales y culturales;

b) Garantizar el derecho a la salud integral de los pueblos indígenas;

c) Fortalecer las formas de organización en salud de los pueblos indígenas y sus órganos de control;

d) Adaptar los principios de la presente ley, al sistema de seguridad social en salud para los pueblos indígenas.

Parágrafo. El Gobierno Nacional utilizará sus recursos técnicos propios o externos para que la adaptación de la presente ley en lo relacionado con la organización, el aseguramiento, el financiamiento, el sistema de información, la inspección vigilancia y control, la atención en salud a la población desplazada indígena y la salud pública colectiva, sean acordes con la idiosincrasia de los pueblos indígenas y que satisfagan sus necesidades en lo relacionado con el sistema de aseguramiento en salud.

Artículo 80. *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 la reglamentación que defina los procedimientos de liquidación de las Entidades Promotoras de Salud. En todo caso, los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se excluirán de la masa de liquidación.

Artículo 81. *De la garantía para la prestación de los servicios de salud.* El Gobierno Nacional reglamentará el funcionamiento de la Subcuenta de Garantías para los casos de liquidación de EPS y problemas de cartera con los entes territoriales.

Artículo 82. *Prohibiciones.* En ningún caso podrán pactarse o pagarse con cargo a los recursos de la UPC pensiones de jubilación o beneficios pensionales adicionales o diferentes a los establecidos en el Sistema General de Pensiones. El Ministerio de Hacienda deberá asumir y girar oportunamente el pago de las mesadas correspondientes a los derechos extralegales de los antiguos trabajadores de las EPS públicas.

Artículo 83. *Vigencia y derogaciones.* La presente ley rige a partir de su sanción y publicación en el *Diario Oficial* y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Proposición

Teniendo en cuenta el pliego de modificaciones dese primer debate al Proyecto de ley 052 de 2004 del Senado, *por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materias de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política*, al anterior proyecto han sido acumulados los Proyectos de ley 019 de 2004, 031 de 2004, 033 de 2004, 038 de 2004, 054 de 2004, 057 de 2004, 058 de 2004, 098 de 2004, 105 de 2004, 115 de 2004 y 122 de 2004.

Del señor Presidente,

Atentamente,

Eduardo Benítez Maldonado, Dieb Maloof Cusé, Coordinadores Ponentes; *Alfonso Angarita Baracaldo, Jesús Puello Chamié, Angela Cogollos, Gustavo Sosa Pacheco*, Senadores Ponentes.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los veintiocho (28) días del mes de octubre del año dos mil cuatro (2004).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República.

La Presidenta,

Flor Modesta Gnecco Arregocés.

El Secretario,

Germán Arroyo Mora.

* * *

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 090 DE 2003 CAMARA, 252 DE 2004 SENADO

por la cual se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas y se dictan otras disposiciones.

Honorables Congresistas:

Me ha correspondido rendir ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 090 de 2003 Cámara, 252 de 2004 Senado, *por la cual se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas y se dictan otras disposiciones*, por designación que me hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Sexta del honorable Senado de la República.

Consideraciones generales

Este proyecto de ley es de iniciativa parlamentaria, presentado a consideración del Congreso de la República por el honorable Senador Mauricio Jaramillo, y los Representantes a la Cámara Luis Carlos Delgado Peñón y Musa Besaile Fayad.

Fue discutido previamente por la Cámara de Representante, tanto en Comisión como en plenaria, los días 25 de noviembre de 2003 y 9 de junio de 2004, respectivamente.

El propósito de este proyecto de ley es integrar las personas con problemas de pérdida de audición y visión al ordenamiento social y económico, utilizando los medios, estructuras y mecanismos que fomenten y faciliten la concreción de su salud a través de la rehabilitación de su patología, permitiéndoles así, el acceso a la libre competencia y colocándolos en igualdad de circunstancias con el resto de la sociedad.

Considerando a las personas como razón de ser de toda legislación y actividad social, el legislar a favor de derechos tan elementales como lo es el tener acceso a la información, constituye un acto de una civilización de avanzada en un esfuerzo de proteger a todos por igual, recurriendo a la expedición de leyes que obliguen a cumplir con este propósito.

Preocupados por la problemática social que vive nuestro país y ante la necesidad imperiosa de mantener a todos nuestros ciudadanos informados sobre los sucesos o eventos que ocurren, el país a través del Congreso de Colombia debe entender la necesidad de atender con urgencia los reclamos de un amplio sector de la población que no gozan de los mismos derechos y privilegios de recibir información en igualdad de condiciones que el resto de la ciudadanía.

Las barreras de comunicación que enfrentan los ciudadanos con impedimentos auditivos y de ceguera muchas veces representan el mayor obstáculo para que estos ciudadanos logren alcanzar una vida de mayor independencia y participación social.

Fue la Constitución Política de 1991 la que empezó a abrir espacios para los sordos.

En la década de los 90 desde diversas instancias se produjeron hechos significativos que vienen orientando y sustentando la transformación en los servicios educativos de y para los sordos tanto usuarios del castellano oral como para los usuarios de la Lengua de Señas.

Si bien es cierto que existe la Ley 324 de 1996, *por la cual se crean normas a favor de la población sorda*, también es cierto que dicha ley no ha tenido una aplicación total, especialmente por la falta de recursos o financiación, por falta de divulgación de la ley, y por la falta de reglamentación de la misma. De ahí la necesidad de que el Congreso de la República expida una nueva ley, que si bien reproduce en parte la motivación y el articulado de la Ley 324 de 1996, la complementa y recoge en un solo cuerpo normativo, las necesidades y realidades de las personas sordas y sordociegas.

Con la expedición de la Ley 115 de 1994 o Ley General de Educación, que en su Título III, artículos 46-49, se refiere a la educación para personas con limitaciones o capacidades excepcionales, se puede decir que marcó una pauta importante en materia educativa, no obstante ello, actualmente es insuficiente.

Es importante resaltar que antes del año 1995, la gran mayoría de personas afectas con sordera acudían a instituciones dedicadas sólo a educación especial. Algunos solo podían soñar con terminar la primaria, si tenían la oportunidad, en colegios privados; en general repetían dos veces cada grado y, terminaban graduándose con resultados poco satisfactorios indicativo de un sistema escolar de entonces, poco eficiente.

En cuanto a la básica primaria, podemos señalar que solo una institución privada, el Colegio San Francisco venía prestando de tiempo atrás el servicio educativo a los niños hipoacúsicos, de manera exclusiva, por lo que no se podía ofrecer la integración estudiantil con infantes libres de cualquier nivel de sordera.

De aquí surge la necesidad de apelar al gobierno de los diferentes niveles estatales para hacer realidad los preceptos constitucionales y legales y, fomentar así la educación básica primaria de niños con pérdidas auditivas con aquellos que están libres de la misma.

El Insor, establecimiento público adscrito al Ministerio de Educación Nacional, a través de un programa investigativo, es la única institución del Gobierno que ofrece educación primaria a los niños sordos. Este mismo Instituto en el año 1996 desarrolló una investigación descriptiva para el acceso de las personas sordas a la educación básica secundaria con el uso de intérpretes. Los resultados permitieron la creación de alternativas

educativas para esta población. Posteriormente ha venido adelantando, desde el año 1997 una propuesta educativa de educación básica primaria bilingüe, cuya instrucción se da en Lengua de Señas con complementación curricular de la lectura y escritura del castellano.

En el nivel de la educación básica secundaria y media, el acceso a la misma comenzó a tener lugar a partir del año 1996, siendo el Distrito Capital el pionero en ello.

La primera institución educativa que comenzó a ofrecer el bachillerato con intérpretes para sordos fue el Colegio Distrital República de Panamá. Posteriormente en el año 1997 otra institución del nivel distrital, el Colegio Jorge Eliécer Gaitán, comenzó a recibir estudiantes con profundas pérdidas auditivas para efectos de su normal culturización. Esta última institución, la que tuvo oportunidad de visitar tiene en la actualidad 30 estudiantes hipoacúsicos, integrados a la educación formal con estudiantes normalmente oyentes. Esta institución cuenta actualmente con 9 intérpretes del Lenguaje de Señas, 3 de planta, y 6 vinculados por contrato.

En el Colegio Distrital San Francisco, en primaria, estudian 36 niños sordos en aulas especializadas, es decir, que no comparten el salón con alumnos oyentes. A partir de este año, esta institución comenzó la integración a partir de primero bachillerato, de niños con hipoacusia con oyentes normales, suministrándole al docente regular un intérprete del Lenguaje de Señas para que los estudiantes logren asimilar con claridad el significado de los componentes de aprendizaje.

En el ámbito de educación superior, solamente en Bogotá, D. C., reciben estudiantes sordos en la Universidad Nacional y en la Universidad Pedagógica, esta última registra 30 estudiantes sordos.

Durante el año 2001 se graduaron como licenciados en básica primaria cinco profesionales hipoacúsicos y cuatro en educación preescolar, en la Universidad de San Buenaventura. En la Corporación Universitaria, Cooruniversitec, 79 estudiantes sordos están próximos a obtener su título en diseño gráfico.

El Sena en Bogotá, en el año 2002 aceptó el ingreso de (4) sordos quienes cumplieron con los requisitos para algunos programas utilizando el servicio de interpretación de lengua de señas, bajo la dirección y apoyo del Instituto Nacional para Sordos, Insor.

Las personas sordas han demostrado en los diferentes ámbitos académicos ser capaces intelectualmente para cumplir con sus compromisos. Para la comunidad lingüísticamente minoritaria, la Lengua de Señas les ha permitido transcurrir por un currículo educativo, donde desarrollan competencias argumentativas, interpretativas y proactivas alcanzando logros significativos tanto en la básica secundaria, media y superior.

El desarrollo intelectual de las personas hipoacúsicas requiere la presencia indispensable de intérpretes del Lenguaje de Señas, lo que significa que este profesional debe existir numéricamente para responder a los propósitos de la educación de las personas que poseen pérdidas significativas de audición. Infortunadamente encontramos que en Colombia las instituciones que se dedican al desarrollo humano de esta población no poseen el número significativamente necesario de estos profesionales, por lo que, el Gobierno colombiano deberá institucionalizar la formación de estos profesionales para que la población de hipoacúsicos pueda concretar sus propósitos de desarrollo cultural. Esto significa que hay que fomentar la apertura de escuelas que formen este recurso humano para que el sordo nuestro pueda cumplir con sus intereses educacionales, especialmente cuando, según la Organización Mundial de la Salud, OMS, el 2% de la población a escala mundial, está afectada por esta patología.

La falta de profesionalización de los intérpretes y la falta de financiación de los mismos por parte del Estado, ha sido una de las causas por las cuales la educación para ellos no se les ha garantizado como derecho fundamental, vulnerando así los preceptos constitucionales.

Actualmente una universidad, la Universidad del Valle, en un esfuerzo conjunto con el Insor y Fenascol, avaló el programa de formación de intérpretes para sordos y sordociegos, el que actualmente fue ratificado por el Ministerio de Educación Nacional, como una carrera técnica.

En lo que respecta a la financiación en lo que toca a la educación de esta población, el Icetex poseía en el pasado un fondo para estas personas, el que hoy no existe.

En lo referente al campo laboral en relación con las personas con hipoacusia solo una entidad del Estado, la Aeronáutica Civil, tiene en cuenta a estas personas para desempeñarse en ciertos cargos, como por ejemplo en lo que toca al servicio de aseo en los aeropuertos.

En cuanto a la densidad de la población hipoacúsica en Colombia, se puede decir que no hay estadísticas exactas. Lo que existe es un trabajo del Ministerio de Educación Nacional desarrollado conjuntamente con la Universidad Javeriana durante los años 1996 y 1997, sobre la calidad de vida y acceso a servicios sociales de la población con limitación y/o discapacidad. Se tomó una muestra de 57.213 personas en 36 municipios del país en los estratos 1, 2 y 3, de los cuales 2.649 que representan un 4.6% tienen limitación de la comunicación constituyendo el valor porcentual de limitación auditiva en 1.903 casos que representan el 3.3%.

Teniendo como base este estudio y proyectando el total de la población colombiana durante los años 1996-1997 a 38.000.000 de habitantes, se estaría hablando de personas con limitación en la comunicación de por encima 1.759.000 colombianos con deficiencia auditiva y del habla; cifra verdaderamente alarmante, que nos obliga a establecer políticas de atención a esta población especialmente en aspectos educativos, comunicativos y de acceso a la información donde somos conscientes que hay grandes deficiencias que aún los mantienen marginados de la sociedad.

Actualmente en Colombia, sobre una población que registra 44.000.000 de habitantes y, con base en estudios realizados, se estima que el 4.6% presenta limitaciones auditivas, lo cual corresponde a 2.024.000 personas aproximadamente.

En Colombia se han dado pasos significativos para mejorar la calidad de la educación; sin embargo, a los departamentos, distritos y municipios les falta mucho para garantizar la educación como un derecho fundamental a esta población. La situación que aún se evidencia es:

- Sordos institucionalizados eternamente, sin ninguna proyección educativa y sí repetitiva.
- Sordos inmersos en instituciones de Educación Especial, con recorte del currículo educativo por la representación equivocada de tener un pensamiento concreto y no abstracto.
- Sordos incluidos o integrados con oyentes en la primaria sin tener participación ni compromiso con el saber, sin tener competencia en una lengua y, bajo la enseñanza, en ocasiones con fragmentos de dos lenguas (Castellano y algunas señas).
- Sordos con una baja autoestima, de sí mismos, sin identidad propia y, sin satisfacción de sus necesidades comunicativas ni en el hogar, ni en la escuela.
- Sordos que no tienen dominio de una lengua ya sea Lengua Oral o Lengua de Señas para transcurrir por un currículo educativo dentro de la educación formal.
- Sordos que no gozan del derecho a la educación en condiciones que respondan a sus particularidades lingüísticas y comunicativas. No cuentan con el servicio de interpretación en la básica secundaria y media.
- Sordos que recientemente llegaron a culminar sus estudios en la básica secundaria y media y que hoy no tienen oportunidades de formación técnica, tecnológica o universitaria porque no se les incluye el servicio de interpretación y ellos no cuentan con sus propios recursos para asumirlo.

Beneficios que se podrían lograr con la aplicación de la iniciativa:

- Promover la construcción de un entorno menos restrictivo y más participativo para los sordos y sordociegos en las diferentes esferas sociales.
- Reconocer la diversidad y multipluralidad de Colombia, promover el respeto y reconocimiento de la diferencia lingüística y comunicativa, combatir la discriminación hacia esta población y su acceso a la educación de acuerdo con sus particularidades de comunicación.
- Promover la educación bilingüe para los sordos que se comunican en lengua de señas, conllevándoles al desarrollo cognitivo, a la producción y elaboración de conocimiento mediado por una lengua y al aprendizaje

del castellano escrito como un segundo idioma, oral en la medida de sus posibilidades.

- Reconocer el derecho de todo individuo a la expresión y al acceso a la información de acuerdo con el artículo 20 de la Constitución Política.

- Reconocer y respetar la diversidad y multipluralidad colombiana, puesto que las personas con limitación auditiva no representan homogeneidad, sino que tienen diferencias lingüísticas y comunicativas. En Colombia se encuentran sordos y sordociegos que utilizan el castellano oral y escrito para comunicarse y acceder a la información; y sordos y sordociegos que utilizan la Lengua de Señas para satisfacer sus necesidades comunicativas y de acceder a la información.

- Promover el respeto y el ejercicio de los derechos civiles, sociales, culturales, económicos, y políticos de las personas sordas y sordociegas.

- Manifestar la responsabilidad y compromiso del Estado colombiano para eliminar obstáculos y barreras para la integración plena y la participación de las personas sordas y sordociegas en condiciones de igualdad en todas las esferas de la sociedad y, crear un entorno menos restrictivo y conflictivo y, en cambio más participativo.

- Enmarcarse dentro de las recomendaciones que viene haciendo la ONU a través de instrumentos internacionales en materia de no vulneración de derechos humanos y la no discriminación.

A pesar de los esfuerzos del Instituto Nacional para Sordos, Inesor, y de Fenascal, y la Asociación Colombiana de Sordociegos, Surcoe, la población audiolimitada y sordociega ha sido una de las más olvidadas en Colombia. El hecho de que su condición no sea algo visible contribuye a que sus necesidades no constituyan una prioridad social. Por otro lado, el poco conocimiento que existe en la población en general sobre lo que es un lenguaje y las dimensiones del impedimento auditivo, y sordoceguera, así como la información relacionada a las investigaciones lingüísticas en esta área y la falta de investigaciones lingüísticas y educativas fundamentales en la realidad sociocultural de los audiolimitados y sordociegos colombianos, han sido elementos cruciales que han mantenido al país como uno de los países poco interesados en el desarrollo de servicios dirigidos a esta población.

Historia

Hace 500 años el monje benedictino Pedro Ponce de León fue el primero en dedicarse a la enseñanza de los sordos.

El método de enseñanza de Ponce de León era predominantemente oral (se basaba sobre todo en la lectura de los labios, con algo de deletreo dactilar y algunas señas). Este método difícilmente podría aplicarse a las personas sordas en general, hasta que se adoptó un enfoque completamente distinto y los maestros aprendieron el Lenguaje de Señas de los sordos y lo emplearon para conversar con ellos y enseñarles. El primero de ellos fue el abate De l'Epee en la década de 1750 y la primera escuela para sordos se fundó en París en 1755. La situación de los sordos cambió radicalmente, alumnos y discípulos de De l'Epee se esparcieron por Europa y fundaron escuelas para sordos en todas partes, utilizando el Lenguaje de Señas para la enseñanza.

José Miguel Alea (discípulo de De l'Epee) fundó el primer colegio de señas para sordos en Madrid, España en 1805.

Esta etapa duró muy poco, debido a que un Decreto del Congreso Internacional de Educadores de Sordos prohibió el uso del Lenguaje de Señas para educar a los sordos. Este hecho paradójicamente, hizo que fluyeran las asociaciones de sordos.

Persistía aun la postura oficial de que las personas sordas han de recibir enseñanza oral y de que apenas son aptas para una vida normal. Los sordos aceptaron a menudo el criterio oficial de que su Lenguaje de Señas ni siquiera era un lenguaje propiamente dicho, que no podía ponerse al mismo nivel que el habla.

En 1960 hubo en Estados Unidos una reivindicación de las señas como auténtico lenguaje. En 1970 se formaron grupos de "orgullo sordo". En 1988 se produjo la "revolución de los sordos" en la Universidad de Gallaudet de Washington y al año siguiente se celebró en dicha ciudad el gran festival internacional de los sordos, Deaf Way. En 1986, a petición del Ministerio de Educación y Ciencia, un Real decreto dispuso que se diese acceso a las personas discapacitadas, confinadas en centros de

enseñanza especiales a los centros de enseñanza general y especial, pero el inconveniente fue que los centros no estaban dotados adecuadamente.

Marchesi abogó por la escolarización de los niños sordos en centros elegidos y equipados con sistemas visuales especiales y, por supuesto, con profesores que dominen el Lenguaje de Señas.

Lenguaje de Señas

En el sordo el deseo de comunicarse es más fuerte que su limitación. Esta es la razón por la cual nace el Lenguaje de Señas, para poder, a través de signos no audibles, representar la realidad y llevar a cabo la comunicación necesaria.

Claro que lo más importante, para esta población, es que se les fomente una educación bilingüe, es decir, que las personas sordas tengan el Lenguaje de Señas como su primera lengua, y el español o castellano, escrito y leído como su segunda lengua.

La Lengua de Señas juega un papel importante en el desarrollo cognitivo y social del niño y permite la adquisición de conocimientos sobre el mundo circundante. Permitirá al niño el desarrollo de su identificación cultural con el mundo sordo uno de los dos mundos a los que el niño pertenece tan pronto como inicie el contacto con dicho mundo. Además la Lengua de Señas facilitará la adquisición de la lengua oral, ya sea en su modalidad escrita o hablada. Es sobradamente conocido que una primera lengua adquirida con normalidad, ya se trate de una lengua oral o de una lengua de señas, estimulará en gran medida la adquisición de una segunda lengua.

Consideraciones constitucionales

El proyecto de ley tiene sustentación constitucional en la medida en que se convierte en el desarrollo y reglamentación de los artículos: 5º, 13, 47, 54 y 68 de la Constitución Política que rezan así:

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

Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozaran 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.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas a favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

Artículo 47. El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

Artículo 54. Es obligación del Estado y de los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud.

Artículo 68... La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado.

Estos mandatos constitucionales armonizan además con los desarrollos que sobre el tema ha habido en el campo internacional.

Así, las "Normas Uniformes sobre la Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad" aprobadas por la Asamblea de las Naciones Unidas en su cuadragésimo octavo período de sesiones, mediante Resolución 48 de 1996, del 20 de diciembre de 1993, en su artículo 5º, literal b) hace referencia al acceso a la información y comunicación para personas con discapacidades, e igualmente en su artículo 6º trata el tema de la educación. En el mismo sentido cabe citar, entre otras, las declaraciones sobre el Progreso y Desarrollo en lo social y de los impedidos, al igual que la que adopta el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad.

En el ámbito regional también pueden encontrarse instrumentos que buscan erradicar la marginalidad de las personas con limitaciones físicas o síquicas. Así, en 1988 fue suscrito el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador", el cual fue ratificado por Colombia a través de la Ley 319 de 1996, según el cual toda persona afectada por una discapacidad física o mental tiene derecho a recibir atención especial a fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad. En el mismo sentido existen otros instrumentos dirigidos a fomentar la prevención, rehabilitación y atención social de los discapacitados.

Las anteriores cláusulas constitucionales y los desarrollos internacionales muestran que el Estado ha asumido compromisos especiales con las personas con limitaciones auditivas, pues no sólo debe evitar las eventuales discriminaciones contra esa población, sino que además debe desarrollar políticas específicas, en materia educativa y laboral, que permitan su rehabilitación e integración social, de tal manera que puedan disfrutar de la vida en sociedad, y en especial puedan gozar de todos los derechos constitucionales.

Motivación de las modificaciones

Todo lo expuesto anteriormente me llevan a hacerles unas pequeñas modificaciones al proyecto de ley, a fin de hacerle ajustes de nivel constitucional, legal y de conveniencia que se reflejarán en lo siguiente.

El título del proyecto cambiará de términos, sin afectar su contenido.

Artículo 1º, numerales 1 y 2. Estos artículos deben modificarse en el sentido de que el término a utilizarse debe ser hipoacusia, la cual se clasificará en tres (3) grados: Leve, mediana y profunda.

Artículo 1º, numeral 10. Es conveniente modificarlo, en el sentido de aclarar que hay sordos que utilizan Lengua de Señas y sordos que utilizan lengua oral.

El artículo 2º debe ser modificado en su texto para hacer conocer la importancia y trascendencia que posee el Lenguaje de Señas y la escritura y lectura del castellano, en ausencia de la posibilidad que tienen algunas personas de desarrollar lenguaje oral.

Artículo 4º. Este artículo podríamos decir que corresponde al artículo 7º de la Ley 324 de 1996, que fue declarado condicionalmente exequible por la Corte Constitucional. Por lo tanto consideramos conveniente hacerle una modificación adicionándole un parágrafo concordante con la Sentencia C-128/02.

Artículo 5º. Consideramos conveniente modificar este artículo, ya que dicha competencia es única y exclusiva del Ministerio de Educación Nacional.

Artículo 9º. Este artículo también debe modificarse, por las mismas razones del artículo 5º, y además para especificar que la educación que se debe fomentar debe ser bilingüe.

Artículo 10. Este artículo debe modificarse para adaptarlo a las postuladas de la Ley 715 de 2002, en el sentido de que dicha competencia le corresponde a las entidades territoriales y no al Ministerio de Educación Nacional.

Artículo 18. Es conveniente cambiarle la redacción, a fin de no ser tan tajante y además teniendo en cuenta el costo que ello representa.

Artículo 36. Debe modificarse a fin de precisar que los intérpretes son para la población sorda y sordociega que utiliza la lengua de señas.

Artículo 39. Debe modificarse la redacción para adaptarlo a la legislación existente.

Artículo 40. Debe desaparecer so pena de ser inconstitucional, ya que las exenciones tributarias son de iniciativa del gobierno, como lo dispone el artículo 154 de la Constitución Política.

Artículo 43. Debe suprimirse por innecesario, ya que por la generalidad de la ley, ella se aplica a todos los habitantes del territorio nacional, sin necesidad que las entidades territoriales la adopten por acuerdos u ordenanzas, que es su normatividad.

Artículo 48. Debe modificarse, para incluir en su encabezado al Ministerio de Educación Nacional.

Artículo 49. El artículo transitorio desaparece porque la reglamentación de la ley, por disposición de la Corte Constitucional, no permite la existencia de término alguno.

Por todas las consideraciones acabadas de exponer, propongo:

Proposición

Dese primer debate al Proyecto de ley número 090 de 2003 Cámara, 252 de 2004 Senado, *por la cual se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas y se dictan otras disposiciones*, junto con el pliego de modificaciones y el texto propuesto, los cuales me permito adjuntar.

Cordialmente,

Gabriel Acosta Bendeck,
Senador Ponente.

PLIEGO DE MODIFICACIONES

El título del proyecto quedará así: Proyecto de ley número 090 de 2003 Cámara, 252 de 2004 Senado, *por la cual se establecen normas que faciliten la integración social de las personas con limitaciones auditivas y auditivas visuales y se dictan otras disposiciones*.

Artículo 1º, numeral 1. Quedará así:

Hipoacusia. Disminución de la capacidad auditiva de algunas personas, la que puede clasificarse en leve, mediana y profunda.

Leve. La que fluctúa aproximadamente entre 20 y 40 decibeles.

Mediana. La que oscila entre 40 y 70 decibeles.

Profunda. La que se ubica por encima de los 80 decibeles y especialmente con curvas auditivas inclinadas.

Artículo 1º, numeral 2. Quedará así:

Hipoacúsico/a. Quienes sufren de hipoacusia.

Artículo 1º, numeral 10. Quedará así:

Lengua de señas. Es la lengua natural de una comunidad de sordos que tienen dificultad para adquirir de manera innata la lengua oral; la cual forma parte de su patrimonio cultural y es tan rica y compleja en gramática y vocabulario como cualquier lengua oral.

Artículo 2º. Quedará así:

La Lengua de Señas en Colombia que necesariamente la utilizan quienes no pueden desarrollar lenguaje oral, se entiende y se acepta como idioma necesario de comunicación de las personas con pérdidas profundas de audición y, las sordociegas, que no pueden consiguientemente por la gravedad de la lesión desarrollar lenguaje oral, necesarios para el desarrollo del pensamiento y de la inteligencia de la persona, por lo que debe ser reconocida por el Estado y fortalecida por la lectura y la escritura del castellano, convirtiéndolas propositivamente en bilingües.

Artículo 4º. Quedará así:

El Estado garantizará y proveerá la ayuda de intérpretes y guías intérpretes idóneos para que sea este un medio a través del cual las personas sordas y sordociegas puedan acceder a todos los servicios que como ciudadanos colombianos les confiere la Constitución. Para ello el Estado organizará a través de entidades oficiales y a través de convenios con asociaciones de intérpretes y asociaciones de sordos la presencia de intérpretes y guías intérpretes, para el acceso a los servicios mencionados.

Lo anterior, sin perjuicio de que el apoyo estatal de los intérpretes idóneos en la Lengua de Señas colombiana, solo sería legítimo si el Estado no excluye el respaldo a opciones de comunicación oral para el acceso a los servicios que como ciudadanos colombianos tiene derecho la población con limitación auditiva, usuaria de la lengua oral.

Artículo 5º. Quedará así:

Podrán desempeñarse como intérpretes oficiales de la Lengua de Señas colombiana aquellas personas nacionales o extranjeras domiciliadas en Colombia que reciban dicho reconocimiento por parte del Ministerio de Educación Nacional previo el cumplimiento de requisitos académicos, de idoneidad y de solvencia lingüística, según la reglamentación existente.

Parágrafo. Las personas que a la vigencia de esta ley vienen desempeñándose como intérpretes oficiales de la lengua de señas, podrán convalidar dicho reconocimiento, presentando y superando las pruebas que para tal efecto expida el Ministerio de Educación Nacional.

Artículo 9º. Quedará así:

El Gobierno Nacional y los gobiernos territoriales, deberán respetar las diferencias lingüísticas y comunicativas en las prácticas educativas,

fomentando una educación bilingüe de calidad que dé respuesta a las necesidades de la de sordos y sordociegos garantizando el acceso, permanencia y promoción de esta población en lo que apunta a la educación formal y no formal de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Educación Nacional.

Artículo 10. Quedará así:

Las entidades territoriales tomarán medidas de planificación para garantizar el servicio de interpretación a los educandos sordos y sordociegos que se comunican en lengua de señas, en la educación básica, media, técnica, tecnológica y superior, a fin de que estos puedan tener acceso, permanencia y proyección en el sistema educativo.

Artículo 18. Quedará así:

Se solicita a las compañías de telefonía básica conmutada la posibilidad de desarrollar la tecnología necesaria para facilitarle a la población sorda la lectura de texto que se envíe por este medio.

Artículo 36. Quedará así:

El Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena, realizará acciones de promoción de sus cursos entre la población sorda y sordociegas y permitirá el acceso en igualdad de condiciones de dicha población previa valoración de sus potencialidades a los diferentes programas de formación. Garantizará el servicio de interpretación para el acceso, permanencia y proyección de los sordos y sordociegos que se comunican en lengua de señas. Asimismo, a través de los servicios de información para el empleo establecerá unas líneas de orientación laboral que permita relacionar las capacidades del beneficiario y su adecuación con la demanda laboral.

Artículo 39. Quedará así:

El Gobierno Nacional, a través de Icetex, garantizará la obtención de crédito educativo por parte de la población estudiantil de sordos y sordociegos en concordancia con la valoración académica de los mismos y la situación económica de la familia.

Artículo 40. Se suprime.

Artículo 41. Pasará a ser el artículo 40 y quedará así:

El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Desarrollo (Instituto de Fomento Industrial, IFI), establecerá líneas de crédito especial para el funcionamiento y constitución de pequeñas y medianas empresas cualquiera que sea su forma jurídica, que le permita a las personas sordas y sordociegas desarrollar sus actividades económicas que en consecuencia les sirva para elevar su calidad de vida.

Artículo 42. Pasará a ser el artículo 41 y quedará así:

El Gobierno Nacional al reglamentar la presente ley tipificará las aptitudes, determinará las actividades, la extensión de la jornada laboral y las actividades industriales, que por su peligrosidad, quedan vedadas a los sordos y sordociegos.

Artículo 43. Se suprime.

Artículo 44. Pasará a ser el artículo 42 y quedará así:

Todo niño recién nacido tiene derecho a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna si lo necesitare.

Artículo 45. Pasará a ser el artículo 43 y quedará así:

Será obligatoria la realización de los estudios que establezcan para tal efecto las normas emanadas por el Ministerio de la Protección Social conforme al avance de la ciencia y la tecnología para la detección temprana de la hipoacusia, a todo recién nacido, antes del primer año de vida.

Artículo 46. Pasará ser el artículo 44 y quedará así:

Autorízase al Gobierno Nacional para Crear el Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia en el ámbito del Ministerio de la Protección Social, que tendrá los siguientes objetivos, sin perjuicio de otros que se determinen por vía reglamentaria:

a) Crear el centro de información, documentación y orientación para familias de niños detectados con deficiencia auditiva de cualquier grado, para que tengan acceso a la información oportuna, adecuada y equilibrada en relación con las distintas modalidades comunicativas: Sus alcances, oportunidades y debilidades;

b) Atender en todo lo referente a la investigación, docencia, prevención, detección y atención de la hipoacusia;

c) Coordinar con las entidades de salud y educativas del país que adhieran al mismo, las campañas de educación, detección y prevención de la hipoacusia tendientes a la concientización sobre la importancia de la realización de los estudios, diagnósticos tempranos, incluyendo la inmunización contra la rubéola y otras enfermedades inmunoprevenibles;

d) Planificar y promover la capacitación del recurso humano en las prácticas diagnósticas y tecnología adecuada;

e) Realizar estudios estadísticos que abarquen a todo el país a fin de evaluar el impacto de la aplicación de la presente ley.

Artículo 47. Pasará ser el artículo 45 y quedará así:

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente ley, los gobernadores y alcaldes podrán integrar comisiones asesoras y consultivas en sus respectiva jurisdicción, en las que participen organismos estatales y privados de la educación, el trabajo, las comunicaciones, la salud y el medio ambiente, las federaciones y asociaciones que agrupan a la población sorda y sordociega y a las organizaciones de padres de familia.

Artículo 48. Pasará a ser el artículo 46 y quedará así:

El Ministerio de Educación Nacional, a través del Inesor, coordinará con otras entidades del Estado del nivel nacional y territorial la realización de foros, seminarios, cursos y jornadas pedagógicas que permitan dar a conocer las disposiciones de la presente ley que faciliten su correcta aplicación.

Artículo 49. Pasará a ser el artículo 47 y quedará así:

La presente ley regirá 60 días posteriores a su promulgación y derogará todas las disposiciones que le sean contrarias.

Gabriel Acosta Bendeck,
Senador Ponente.

**TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE
AL PROYECTO DE LEY NUMERO 090 DE 2003 CAMARA,
NUMERO 252 DE 2004 SENADO**

por la cual se establecen normas que faciliten la integración social de las personas con limitaciones auditivas y visuales y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Generalidades

Artículo 1°. Para efectos de la presente ley, los siguientes términos tendrán el alcance indicado a continuación de cada uno de ellos.

1. “**Hipoacusia**”. Disminución de la capacidad auditiva de algunas personas, la que puede clasificarse en leve, mediana y profunda.

Leve. La que fluctúa aproximadamente entre 20 y 40 decibeles.

Mediana. La que oscila entre 40 y 70 decibeles.

Profunda. La que se ubica por encima de los 80 decibeles y especialmente con curvas auditivas inclinadas.

2. “**Hipoacúsico**”. Quienes sufren de hipoacusia.

3. “**Comunidad de sordos**”. Es el grupo social de personas que se identifican a través de la vivencia de la sordera y el mantenimiento de ciertos valores e intereses comunes y se produce entre ellos un permanente proceso de intercambio mutuo y de solidaridad. Forman parte del patrimonio pluricultural de la Nación y que, en tal sentido, son equiparables a los pueblos y comunidades indígenas y deben poseer los derechos conducentes.

4. “**Sordo**”. Es todo aquel que no posee la audición suficiente y que en algunos casos no puede sostener una comunicación y socialización natural y fluida en lengua oral alguna, independientemente de cualquier evaluación audiométrica que se le pueda practicar.

5. “**Sordo señante**”. Es todo aquel cuya forma prioritaria de comunicación e identidad social se define en torno al uso de Lengua de Señas Colombiana y de los valores comunitarios y culturales de la comunidad de sordos.

6. “**Sordo hablante**”. Es todo aquel que adquirió una primera lengua oral. Esa persona sigue utilizando el español o la lengua nativa, puede presentar restricciones para comunicarse satisfactoriamente y puede hacer uso de ayudas auditivas.

7. “**Sordo semilingüe**”. Es todo aquel que no ha desarrollado a plenitud ninguna lengua, debido a que quedó sordo antes de desarrollar una primera lengua oral y a que tampoco tuvo acceso a una Lengua de Señas.

8. “**Sordo monolingüe**”. Es todo aquel que utiliza y es competente lingüística y comunicativamente en la lengua oral o en la Lengua de Señas.

9. “**Sordo Bilingüe**”. Es todo aquel que vive una situación bilingüe en Lengua de Señas Colombiana y castellano escrito u oral según el caso, por lo cual utiliza dos lenguas para establecer comunicación tanto con la comunidad sorda que utiliza la Lengua de Señas, como con la comunidad oyente que usa castellano.

10. “**Lengua de señas**”. Es la lengua natural de una comunidad de sordos que tienen dificultad para adquirir de manera innata la lengua oral, la cual forma parte de su patrimonio cultural y es tan rica y compleja en gramática y vocabulario como cualquier lengua oral.

La Lengua de Señas se caracteriza por ser visual, gestual y espacial. Como cualquiera otra lengua tiene su propio vocabulario, expresiones idiomáticas, gramáticas, sintaxis diferentes del español. Los elementos de esta lengua (las señas individuales) son la configuración, la posición y la orientación de las manos en relación con el cuerpo y con el individuo, la lengua también utiliza el espacio, dirección y velocidad de movimientos, así como la expresión facial para ayudar a transmitir el significado del mensaje, esta es una lengua visogestual.

11. “**Integración escolar**”. Es un proceso complejo e inherente a toda propuesta educativa, en tanto reconozca las diferencias, así como los valores básicos compartidos entre las personas y posibilite un espacio de participación y desarrollo.

12. “**Educación Bilingüe para Sordos**”. Es la que reconoce que hay sordos que viven una situación bilingüe en Lengua de Señas Colombiana y castellano, por lo tanto su educación debe ser vehiculizada a través de la Lengua de Señas Colombiana y se debe facilitar el castellano como segundo idioma en su modalidad escrita primordialmente u oral en los casos en que esto sea posible.

13. “**Integración con intérprete al aula regular**”. Es una alternativa educativa para sordos que usan la Lengua de Señas Colombiana. Los educandos sordos se integran en colegios de oyentes, a la básica secundaria y media contando con el servicio de intérprete y las condiciones que responden a sus particularidades lingüísticas y comunicativas.

14. “**Integración al aula regular con ayudas auditivas**”. Es una alternativa educativa para estudiantes con algún grado de limitación auditiva que ingresan a una institución regular. Los estudiantes usan el castellano o español oral con ayudas auditivas. Se integran con oyentes, en la básica primaria, secundaria y media, contando con las ayudas auditivas y las condiciones para su participación y desarrollo.

15. “**Comunicación**”. Es todo acto por el cual una persona da o recibe de otra información acerca de las necesidades personales, deseos, percepciones, conocimiento o estados afectivos. Es la base y requisito obligatorio de toda agrupación humana ya que hace posible la constitución, organización y preservación de la colectividad.

Es un proceso social, para que la comunicación se produzca es necesario que exista entre los interlocutores motivación para transmitir y recibir.

Es preciso que haya intervenido explícita o implícita, un acuerdo entre los interlocutores respecto de la utilización de un código que permita la organización de los mensajes transmitidos tomando un medio o canal de comunicación determinado.

16. “**Sordoceguera**”. Es una limitación única caracterizada por una deficiencia auditiva y visual ya sea parcial o total; trae como consecuencia dificultades en la comunicación, orientación, movilidad y el acceso a la información.

17. “**Sordociego(a)**”. Es aquella persona que en cualquier momento de la vida puede presentar una deficiencia auditiva y visual tal que le

ocasiona serios problemas en la comunicación, acceso a información, orientación y movilidad. Requiere servicios especializados para su desarrollo e integración social.

18. **“Sordoceguera congénita”**. Se denomina congénita cuando la persona nace con Sordoceguera, es decir, cuando la adquiere en alguna de las etapas de gestación en el vientre de la madre o cuando se adquiere antes de la adquisición de la lengua materna.

19. **“Sordoceguera adquirida”**. Se denomina así cuando la persona adquiere la Sordoceguera en el transcurso de la vida, posterior a la adquisición del lenguaje.

20. **“Sordera congénita con ceguera adquirida”**. Los individuos pertenecientes a este grupo nacen sordos y adquieren posteriormente la ceguera. En este grupo se incluye a las personas Sordociegas por Síndrome de Usher, que es una enfermedad congénita, hereditaria y recesiva, es decir, se nace con ella pero los problemas aparecen más tarde.

21. **“Ceguera congénita con sordera adquirida”**. La ceguera se produce durante la gestación y la sordera la adquieren posteriormente.

22. **“Guía intérprete”**. Persona que realiza una labor de transmisión de información visual, comunicación y guía en la movilidad de la persona sordociega, con amplio conocimiento del castellano, la Lengua de Señas, táctil, en campo visual reducida y demás sistemas de comunicación que requieren las personas sordociegas usuarias de castellano y/o Lengua de Señas.

23. **“Prevención”**. Se entiende como la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzca un deterioro físico, intelectual, psiquiátrico o sensorial (prevención primaria) o a impedir que ese deterioro cause una discapacidad o limitación funcional permanente (prevención secundaria). La prevención puede incluir diferentes tipos de acciones, tales como: atención primaria de la salud, puericultura prenatal y posnatal, educación en materia de nutrición, campañas de vacunación contra enfermedades transmisibles, medidas de lucha contra las enfermedades endémicas, normas y programas de seguridad, prevención de accidentes en diferentes entornos, incluidas la adaptación de los lugares de trabajo para evitar discapacidades y enfermedades profesionales y prevención de la discapacidad resultante de la contaminación del medio ambiente u ocasionada por los conflictos armados.

24. **“Rehabilitación”**. La rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo, desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar.

Abarca una amplia variedad de medidas y actividades, como: Rehabilitación básica y general, actividades de orientación específica, y otras que tengan como objetivo la rehabilitación profesional.

25. **“Intérprete para sordos”**. Personas con amplios conocimientos de la Lengua de Señas Colombiana que puede realizar interpretación simultánea del español hablado en la Lengua de Señas y viceversa.

También son intérpretes para sordos aquellas personas que realicen la interpretación simultánea del castellano hablado a otras formas de comunicación de la población sorda, distintas de la Lengua de Señas, y viceversa.

26. **“Guía intérprete”**. Persona que realiza una labor de transmisión de información visual adaptada, auditiva o táctil, descripción visual del ambiente en donde se encuentre y guía en la movilidad de la persona sordociega, con amplio conocimiento de los sistemas de comunicación que requieren las personas sordociegas.

Artículo 2°. La Lengua de Señas en Colombia que necesariamente la utilizan quienes no pueden desarrollar lenguaje oral, se entiende y se acepta como idioma necesario de comunicación de las personas con pérdidas profundas de audición, y las sordociegas, que no pueden consiguientemente por la gravedad de la lesión desarrollar lenguaje oral, necesarios para el desarrollo del pensamiento y de la inteligencia de la

persona, por lo que debe ser reconocida por el Estado y fortalecida por la lectura y la escritura del castellano, convirtiéndolos propositivamente en bilinguales.

CAPITULO II

De intérpretes, traductores y otros especialistas de la sordera y sordoceguera para garantizar el acceso pleno de los sordos y sordociegos a la jurisdicción del Estado

Artículo 3°. El Estado apoyará las actividades de investigación, enseñanza y difusión de la Lengua de Señas en Colombia, al igual que otras formas de comunicación de la población sorda y sordociega. Para tal efecto, promoverá la creación de Escuelas de formación de intérpretes para sordos y sordociegos y la incorporación de la enseñanza de la Lengua de Señas en Colombia en los programas de formación docente especializada en sordos y sordociegos.

Artículo 4°. El Estado garantizará y proveerá la ayuda de intérpretes y guías intérpretes idóneos para que sea este un medio a través del cual las personas sordas y sordociegas puedan acceder a todos los servicios que como ciudadanos colombianos les confiere la Constitución. Para ello el Estado organizará a través de entidades oficiales y a través de convenios con asociaciones de intérpretes y asociaciones de sordos la presencia de intérpretes y guías intérpretes, para el acceso a los servicios mencionados.

Lo anterior sin perjuicio de que el apoyo estatal de los intérpretes idóneos en la Lengua de Señas colombiana, solo sería legítimo si el Estado no excluye el respaldo a opciones de comunicación oral para el acceso a los servicios que como ciudadanos colombianos tiene derecho la población con limitación auditiva, usuaria de la lengua oral.

Artículo 5°. Podrán desempeñarse como intérpretes oficiales de la Lengua de Señas colombiana aquellas personas nacionales o extranjeras domiciliadas en Colombia que reciban dicho reconocimiento por parte del Ministerio de Educación Nacional previo el cumplimiento de requisitos académicos, de idoneidad y de solvencia lingüística, según la reglamentación existente.

Parágrafo. Las personas que a la vigencia de esta ley vienen desempeñándose como intérpretes oficiales de la lengua de señas, podrán convalidar dicho reconocimiento, presentando y superando las pruebas que para tal efecto expida el Ministerio de Educación Nacional.

Artículo 6°. El intérprete oficial de la Lengua de Señas Colombiana tendrá como función principal traducir al idioma castellano, o de este a la Lengua de Señas Colombiana, las comunicaciones que deben efectuar las personas sordas con personas oyentes, o la traducción a los sistemas especiales de comunicación utilizados por las personas sordociegas.

En especial, cumplirá esta función en situaciones de carácter oficial ante las autoridades competentes o cuando sea requerido para garantizar el acceso de la persona sorda y sordociega a los servicios a que tiene derecho como ciudadano colombiano.

Artículo 7°. Cuando se formulen requerimientos judiciales a personas sordas y sordociegas por parte de cualquier autoridad competente, los respectivos organismos del nivel nacional o territorial facilitarán servicios de interpretación en Lengua de Señas Colombiana, u otros sistemas de comunicación que podrán ser suministrados directamente, o mediante convenio con federaciones o asociaciones de sordos, sordociegos, intérpretes, guía intérprete u otros organismos privados competentes, reconocidos por el Instituto Nacional para Sordos, Inesor.

Parágrafo. Para efectos de este artículo, el Instituto Nacional para Sordos, Inesor, dispondrá de un registro de intérpretes y guía intérprete que estará a disposición de los interesados, con indicación de la remuneración que por su trabajo pueden percibir, cuando a ello hubiere lugar, según la reglamentación que expida dicha entidad.

Artículo 8°. Las entidades estatales de cualquier orden incorporan paulatinamente dentro de los programas de atención al cliente, el servicio de intérprete y guía intérprete para las personas sordas y sordociegas que lo requieran de manera directa o mediante convenios con organismos que ofrezcan tal servicio.

De igual manera, lo harán las empresas prestadoras de servicios públicos, las Instituciones Prestadoras de Salud, las bibliotecas públicas,

los centros de documentación e información y en general las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que ofrezcan servicios al público, fijando en lugar visible la información correspondiente, con plena identificación del lugar o lugares en los que podrán ser atendidas las personas sordas y sordociegas.

CAPITULO III

De la Educación Formal y No Formal

Artículo 9°. El Gobierno Nacional y los gobiernos territoriales deberán respetar las diferencias lingüísticas y comunicativas en las prácticas educativas, fomentando una educación bilingüe de calidad que dé respuesta a las necesidades de la población de sordos y sordociegos garantizando el acceso, permanencia y promoción de esta población en lo que apunta a la educación formal y no formal de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Educación Nacional.

Artículo 10. Las entidades territoriales tomarán medidas de planificación para garantizar el servicio de interpretación a los educandos sordos y sordociegos que se comunican en lengua de señas, en la educación básica, media, técnica, tecnológica y superior, con el fin de que estos puedan tener acceso, permanencia y proyección en el sistema educativo.

CAPITULO IV

De los sordociegos

Artículo 11. Todos los derechos de educación, salud, interpretación, traducción e información referidos a los sordos señantes se extenderán a los sordociegos señantes, quienes además tendrán derecho a exigir servicio de guía-intérprete para permitir la interacción comunicativa de estas personas sordociegas mediante el uso de los diversos sistemas de comunicación.

Los entes competentes en los departamentos, distritos y municipios deben promover, adecuar, implementar servicios de atención integral a las personas sordociegas para evitar su degeneramiento en la calidad de vida.

Artículo 12. Todos los derechos de educación, salud, interpretación, traducción e información referidos a los sordos hablantes de español se extenderán a los sordociegos hablantes, quienes, además, tendrán derecho a exigir formas táctiles de texto o intérpretes especializados en la representación táctil del español u otros sistemas de comunicación.

CAPITULO V

De los medios masivos de comunicación, la telefonía y otros servicios

Artículo 13. El Estado asegurará a las personas sordas, sordociegas e hipoacúsicas el efectivo ejercicio de su derecho a la información, implementando la intervención de Intérpretes de Lengua de Señas en programas televisivos de interés general como: informativos, documentales, programas educacionales y mensajes de las autoridades nacionales, departamentales y municipales a la ciudadanía. Cuando se utilice la cadena nacional de televisión o cualquier medio televisivo del Estado será preceptiva la utilización de los servicios de intérprete de Lengua de Señas en Colombia.

Parágrafo 1°. En los aeropuertos, terminales de transporte y demás lugares públicos donde se dé información por altoparlante deberán contar con sistemas de información escrita visibles para personas sordas.

Parágrafo 2°. En las sesiones del Congreso, tanto en comisiones como en plenarias, cuando se utilice la cadena nacional de televisión o cualquier otro medio televisivo del Estado, será obligatorio el servicio de intérprete de Lengua de Señas. De igual forma, los noticieros de Senado y Cámara incluirán este servicio.

Artículo 14. El Estado facilitará a las personas sordas, sordociegas e hipoacúsicas el acceso a todas las ayudas técnicas necesarias para mejorar su calidad de vida.

Artículo 15. Todo establecimiento o dependencia del Estado y de los entes territoriales con acceso al público deberá contar con señalización, avisos, información visual y sistemas de alarmas luminosas aptos para su reconocimiento por personas sordas, sordociegas e hipoacúsicas.

Artículo 16. En todo anuncio de servicio público en el que se utilice algún sonido ambiental, efectos sonoros, diálogo o mensaje verbal, que sea transmitido por alguna(s) de las estaciones de televisión del país, sean públicas o privadas, y que haya(n) sido sufragado(s), total o parcialmente, con fondos públicos estatales, o territoriales, se deberá utilizar los sistemas de acceso a la información para los sordos como el “Close Caption” o texto escondido, la subtitulación y el servicio de interpretación en Lengua de Señas, de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional para tal efecto.

Parágrafo. Para efectos de esta ley el sistema de “Closed Caption” o texto escondido consiste en la inclusión de textos en la pantalla del televisor, que igualmente transcriben los parlamentos del programa, pero estos se pueden mostrar u ocultar a voluntad del televidente; adicionalmente, incluyen códigos o símbolos aceptados que identifican ruidos y características del ambiente.

La subtitulación consiste en un texto grabado que transcribe los parlamentos que se emiten durante la programación, el cual se sobrepone a las imágenes que se presentan.

El servicio de interpretación en Lengua de Señas permite que un intérprete, mediante la Lengua de Señas traduzca de manera simultánea el contenido de la programación.

Artículo 17. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Comunicaciones y la Comisión Nacional de Televisión, deberán garantizar la televisión como un servicio público a los sordos y sordociegos, para lo cual establecerán acuerdos colaborativos con los canales nacionales, regionales y estaciones televisivas locales, sean públicas o privadas, tendientes a implementar las disposiciones establecidas en el artículo anterior.

Parágrafo 1°. La empresa programadora que no cumpla con lo dispuesto en este artículo será sancionada por la Comisión Nacional de Televisión con multas sucesivas de 100 salarios mínimos mensuales legales vigentes hasta que cumpla con su obligación. Los dineros ingresarán al tesoro nacional para ser invertidos en programas de capacitación, habilitación y rehabilitación de sordos y sordociegos.

Parágrafo 2°. El Instituto Nacional para Sordos, como ente técnico especializado en la educación y comunicación de la población con limitación auditiva, servirá de orientador y/o dinamizador de los esfuerzos para que se provea el servicio de “Close Caption”, y el intérprete de Lengua de Señas en el servicio público de la televisión tal como se hace referencia en el artículo 16 de esta ley.

Artículo 18. Se solicita a las compañías de telefonía básica conmutada la posibilidad de desarrollar la tecnología necesaria para facilitarle a la población sorda la lectura de texto que se envíe por este medio.

Artículo 19. En las obras de teatro, conferencias, congresos u otros eventos públicos se llevarán a cabo con intérpretes español-Lengua de Señas Colombiana y un guía intérprete o viceversa cuando un grupo de 10 o más sordos señantes y/o sordociegos lo soliciten.

Artículo 20. En las obras de teatro, conferencias, congresos u otros eventos públicos se llevarán a cabo con captura de texto a pantalla cuando un grupo de 10 o más sordos señantes o hablantes lo soliciten.

CAPITULO VI

De los Derechos Humanos del sordo y sordociego y la integración de su familia

Artículo 21. Respetando su particularidad lingüística y comunicativa, la persona sorda y sordociega tendrá el derecho inalienable de acceder a una forma de comunicación, ya sea esta, el oralismo o la Lengua de Señas Colombiana como las dos formas con las cuales se puede rehabilitar una persona; respetando las características de la pérdida auditiva y posibilidades ante la misma. Aunque se trate de un menor de edad, el Estado velará que nadie lo prive de este derecho.

Artículo 22. Todo sordo o sordociego tendrá el derecho inalienable de acceder a una forma de comunicación, ya sea esta la Lengua de Señas Colombiana o el oralismo. Aunque se trate de un menor de edad, el Estado velará que nadie lo prive de este derecho, para que no corra el riesgo de convertirse en una persona semilingüe.

Artículo 23. Todo sordo y/o sordociego hablante tendrá el derecho de acceder a la Lengua de Señas Colombiana como su segunda lengua, si así lo desea. En dicho caso el Estado lo apoyará por medio de programas para tal propósito, sin perjuicio alguno del derecho que tiene todo sordo hablante de preservar el castellano oral como primera lengua.

Artículo 24. A padres, cónyuges y hermanos de sordos y sordociegos que lo deseen el Estado les proveerá de acceso a la Lengua de Señas Colombiana, a través de los programas de educación bilingüe de sordos.

Artículo 25. El Gobierno Nacional instituirá programas para que los padres oyentes de niños sordos y sordociegos que usan la Lengua de Señas para comunicarse puedan disponer de tiempo para aprender la Lengua de Señas Colombiana y convivir con la comunidad de sordos y sordociegos. Estos programas incluirán el apoyo económico que sea necesario.

Artículo 26. Los niños sordos que nazcan en zonas rurales donde no existe ni una comunidad de sordos, ni una escuela bilingüe para sordos, serán trasladados a zonas urbanas que cuenten con una escuela bilingüe para sordos de acuerdo con el reglamento que expida el Gobierno Nacional.

Artículo 27. Nadie podrá atentar contra la patria potestad de los padres sordos sobre sus hijos oyentes o sordos o sordociegos, aduciendo que la sordera los incapacita para el ejercicio cabal de la paternidad. Quien así lo hiciere será castigado de acuerdo con la legislación vigente.

Artículo 28. Toda forma de represión al uso de una Lengua de Señas, tanto en espacios públicos como en espacios privados, será considerada como una violación al derecho de libre expresión consagrada en la Constitución y será sancionada conforme a la legislación vigente.

Artículo 29. Toda forma de represión a la congregación y organización pacífica de los sordos y sordociegos señantes, tanto en espacios públicos como en espacios privados, será considerada como una violación al derecho de libre asociación consagrada en la Constitución y será sancionada conforme a la legislación vigente.

CAPITULO VII

De la discriminación del sordo y sordociego

Artículo 30. Al sordo y sordociego no se le podrá negar, condicionar o restringir el acceso a un trabajo arguyendo su falta de audición o visión a menos que se demuestre fehacientemente que dicha función es imprescindible para la labor que habría de realizar.

Carece de todo efecto jurídico el despido o la terminación del contrato de una persona por razón de su limitación auditiva o visual sin que exista autorización previa de la oficina de trabajo que constate la configuración de la existencia de una justa causa para el despido o terminación del respectivo contrato.

No obstante, quienes fueren despedidos o su contrato terminado por razón de su limitación auditiva o visual, sin el cumplimiento del requisito previsto en el inciso anterior, tendrán derecho a una indemnización equivalente a ciento ochenta días del salario, sin perjuicio de las demás prestaciones e indemnizaciones a que hubiere lugar de acuerdo con el Código Sustantivo del Trabajo y demás normas que lo modifiquen, adicionen, complementen o aclaren.

Artículo 31. Al sordo o sordociego no se le podrá negar, condicionar o restringir una licencia para ejercer actividad u oficio alguno arguyendo su falta de audición o visión a menos que se demuestre fehacientemente que dicha función es imprescindible para la actividad que habría de realizar.

Artículo 32. De conformidad con la legislación laboral vigente, a igual trabajo debe corresponder igual salario, sin importar que el trabajador sea sordo, sordociego u oyente. De conformidad con la ley, se sancionará a todo aquel empleador que pague menos a un sordo o sordociego por el solo hecho de serlo.

Artículo 33. De conformidad con la legislación vigente, a los sordos y sordociegos se les darán las mismas oportunidades para ascender en su trabajo, de acuerdo con su capacidad y antigüedad, sin importar que sean sordos o sordociegos. De conformidad con la ley, se sancionará a todo aquel empleador que discrimine al sordo o sordociego por el solo hecho de serlo.

Artículo 34. Toda discriminación de un sordo o sordociego señante en virtud de su identidad lingüística o cultural, o de un sordo hablante o semilingüe en virtud de su condición de sordo será sancionada de conformidad con la legislación correspondiente, aun cuando la naturaleza de dicha discriminación no esté prevista en la presente ley.

CAPITULO VIII

Régimen especial de protección y promoción laboral para las personas sordas y sordociegas

Artículo 35. El Gobierno Nacional, dentro de la política de empleo, reservará para ser cubiertos con sordos y sordociegos, un porcentaje de cargos de la Administración Pública y Empresas del Estado siempre que no afecte la eficiencia del servicio y destinándolas a tareas que puedan ser desempeñadas sin afectar el normal desenvolvimiento de los organismos. La proporción de los cargos que deberán reservarse será determinada por vía de reglamentación. Los cargos en la administración se deben dar siempre y cuando cumplan con los requisitos.

Artículo 36. El Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena, realizará acciones de promoción de sus cursos entre la población sorda y sordociega y permitirá el acceso en igualdad de condiciones de dicha población, previa valoración de sus potencialidades, a los diferentes programas de formación. Garantizará el servicio de interpretación para el acceso, permanencia y proyección de los sordos y sordociegos, que se comunican en lengua de señas. Asimismo, a través de los servicios de información para el empleo establecerá unas líneas de orientación laboral que permita relacionar las capacidades del beneficiario y su adecuación con la demanda laboral.

Artículo 37. En los concursos que se organicen para el ingreso al servicio público serán admitidas en igualdad de condiciones las personas con limitación auditiva y visual asociada, siempre y cuando dicha limitación no resulte incompatible o insuperable frente al trabajo ofrecido, luego de haberse agotado todos los medios posibles de capacitación.

Artículo 38. Las entidades tanto públicas como privadas que ofrecen programas de formación y capacitación profesional a personas sordas y sordociegas tales como el Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena, las universidades, centros educativos, deberán tener en cuenta las particularidades lingüísticas y comunicativas e incorporar el servicio de intérprete de Lengua de Señas y guía intérprete en los programas que ofrecen.

Artículo 39. El Gobierno Nacional, a través de Icetex, garantizará la obtención de crédito educativo por parte de la población estudiantil de sordos y sordociegos en concordancia con la valoración académica de los mismos y la situación económica de la familia.

Artículo 40. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Desarrollo (Instituto de Fomento Industrial, IFI), establecerá líneas de crédito especial para el funcionamiento y constitución de pequeñas y medianas empresas cualquiera que sea su forma jurídica, que les permita a las personas sordas y sordociegas desarrollar sus actividades económicas que en consecuencia les sirva para elevar su calidad de vida.

Artículo 41. El Gobierno Nacional al reglamentar la presente ley tipificará las aptitudes, determinará las actividades, la extensión de la jornada laboral y las actividades industriales que, por su peligrosidad, quedan vedadas a los sordos y sordociegos.

CAPITULO IX

Creación del Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia

Artículo 42. Todo niño recién nacido tiene derecho a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna si lo necesitare.

Artículo 43. Será obligatoria la realización de los estudios que establezcan para tal efecto las normas emanadas por el Ministerio de la Protección Social conforme al avance de la ciencia y la tecnología para la detección temprana de la hipoacusia, a todo recién nacido, antes del primer año de vida.

Artículo 44. Autorízase al Gobierno Nacional para crear el Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia en el

ámbito del Ministerio de la Protección Social, que tendrá los siguientes objetivos, sin perjuicio de otros que se determinen por vía reglamentaria:

a) Crear el centro de información, documentación y orientación para familias de niños detectados con deficiencia auditiva de cualquier grado, para que tengan acceso a la información oportuna, adecuada y equilibrada en relación con las distintas modalidades comunicativas: sus alcances, oportunidades y debilidades;

b) Atender en todo lo referente a la investigación, docencia, prevención, detección y atención de la hipoacusia;

c) Coordinar con las entidades de salud y educativas del país que adhieran al mismo, las campañas de educación, detección y prevención de la hipoacusia tendientes a la concientización sobre la importancia de la realización de los estudios, diagnósticos tempranos, incluyendo la inmunización contra la rubéola y otras enfermedades inmunoprevenibles;

d) Planificar y promover la capacitación del recurso humano en las prácticas diagnósticas y tecnología adecuada;

e) Realizar estudios estadísticos que abarquen a todo el país con el fin de evaluar el impacto de la aplicación de la presente ley.

CAPITULO X

Disposiciones finales y vigencia

Artículo 45. Para dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente ley, los gobernadores y alcaldes podrán integrar comisiones asesoras y consultivas en su respectiva jurisdicción, en las que participen organismos estatales y privados de la educación, el trabajo, las comunicaciones, la salud y el medio ambiente, las federaciones y asociaciones que agrupan a la población sorda y sordociega y a las organizaciones de padres de familia.

Artículo 46. El Ministerio de Educación Nacional, a través del Inesor, coordinará con otras entidades del Estado del nivel nacional y territorial, la realización de foros, seminarios, cursos y jornadas pedagógicas que permitan dar a conocer las disposiciones de la presente ley que faciliten su correcta aplicación.

Artículo 47. La presente ley regirá 60 días posteriores a su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Gabriel Acosta Bendeck,
Senador Ponente.

* * *

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 141 DE 2004 SENADO, 070 DE 2004 CAMARA

por la cual se adiciona el artículo 38 de la Ley 906 de 2004.

Bogotá, D. C., 28 de octubre de 2004

Doctor

JUAN FERNANDO CRISTO BUSTOS

Presidente Comisión Primera

Honorable Senado de la República

Ciudad

Referencia: Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 141 de 2004 Senado, 070 de 2004 Cámara, *por la cual se adiciona el artículo 38 de la Ley 906 de 2004.*

Procedemos a rendir ponencia para primer debate al proyecto de ley de la referencia en los siguientes términos:

1. Los argumentos de la Exposición de Motivos presentada por el Consejo Superior de la Judicatura merecen nuestro respaldo, pues resulta evidente que el nuevo Código de Procedimiento Penal al señalar la competencia de los Jueces Penales del Circuito y Municipales no trató eficazmente el tema de la prescripción en lo que se refiere a las facultades de los Jueces de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad, ni previó la conveniencia de mecanismos ágiles y oportunos para la evacuación de aquellos procesos en los que de hecho ya ha ocurrido tal fenómeno extintivo de la acción penal.

2. La implementación del sistema penal acusatorio que empezará a regir el 1º de enero del año 2005, debe armonizar la facultad de los Jueces de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad que tienen la potestad para conocer de la extinción de la acción penal por prescripción con la necesidad de evitar dispendiosos y costosos traslados de expedientes y con la idea de que el nuevo sistema no comience a operar con una grave congestión.

También resulta cierto que las normas de la Ley 270 de 1996 no permiten a la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura solucionar el problema planteado por el gran número de procesos que habría que trasladar para que dentro de las nuevas competencias se profiera la resolución judicial declaratoria de la prescripción.

3. De la ponencia presentada por los honorables Representantes a la Cámara Germán Navas Talero, Eduardo Enríquez Maya y Carlos Arturo Piedrahíta Cárdenas, transcribimos los siguientes apartes que con toda claridad describen la magnitud del problema:

Procesos para traslado desde los juzgados falladores

Un ejercicio para la ciudad de Bogotá permitió establecer que existen 76.000 procesos que no han sido remitidos por parte de los juzgados falladores a los jueces de ejecución de Penas. Esto representa una carga adicional de 6.333 procesos por Juez, que en sólo oficios, en el caso de decretarse la extinción de la sanción penal por prescripción, representaría la generación de 38.000 comunicaciones adicionales por cada despacho.

Este volumen, si se tiene en cuenta que en Bogotá el inventario de procesos, a diciembre 31 de 2003 era de 25.554 procesos, representaría un aumento del 297%, situación que, en otros términos, significaría multiplicar por tres la estructura actual de despachos, a fin de atender, por lo menos en las condiciones actuales, la carga de trabajo que se generaría.

Bajo estas consideraciones, puede extrapolarse el volumen de procesos que están pendientes para traslado a los juzgados de ejecución de penas, por parte de los jueces de conocimiento, a nivel nacional, en 479.736 procesos.

Proposición

Las anteriores razones nos permiten proponer a la Comisión Primera del honorable Senado de la República que apruebe la siguiente proposición:

En los términos en que fue presentado por el Consejo Superior de la Judicatura, **dese primer debate** al Proyecto de ley número 141 de 2004 Senado, 070 de 2004 Cámara, *por la cual se adiciona el artículo 38 de la Ley 906 de 2004.*

Cordialmente,

Héctor Helí Rojas Jiménez,
Senador Ponente.

CONTENIDO

Gaceta número 664 - Martes 2 de noviembre de 2004

SENADO DE LA REPUBLICA

PONENCIAS

Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 10 de 2004 Senado, por la cual se reforma la Ley 581 de 2000 para extender su aplicación en el sector privado –Ley de Cuotas para el Sector Privado–.	1
Ponencia para primer debate y Pliego de modificaciones al Proyecto de ley número 52 de 2004 Senado, por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151-288-356 y 357 de la Constitución Política.	2
Ponencia para primer debate, Pliego de modificaciones y Texto propuesto al Proyecto de ley número 090 de 2003 Cámara, 252 de 2004 Senado, por la cual se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas y se dictan otras disposiciones.	19
Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 141 de 2004 Senado, 070 de 2004 Cámara, por la cual se adiciona el artículo 38 de la Ley 906 de 2004.	28