REPÚBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

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

AÑO XIX - Nº 798 Bogotá, D. C., jueves, 21 de octubre de 2010 EDICIÓN DE 16 PÁGINAS

DIRECTORES: EMILIO RAMÓN OTERO DAJUD
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE ACTO LEGISLATIVO

PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NÚMERO 18 DE 2010 SENADO

por medio del cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política.

El Congreso de la República

DECRETA:

Artículo 1°. El artículo 49 de la Constitución Nacional quedará así:

Artículo 49. La salud es un derecho humano fundamental, autónomo, basado en la protección de la dignidad de las personas, cuya garantía integral está a cargo del Estado, conforme a los principios de universalidad, equidad, solidaridad, concertación, participación social, calidad y calidez. El Estado a través de una política pública, garantizará a todas las personas el acceso a los servicios de promoción de la salud, prevención, atención de la enfermedad y rehabilitación de las discapacidades.

Se entiende por salud el mejor desarrollo de las potencialidades y capacidades humanas, así como el acceso a los servicios y riquezas que la sociedad ha acumulado para hacer posible el bienestar, el buen vivir y la calidad de vida de los seres humanos. Su materialización se realizará en una visión amplia de la salud pública que incorpore un sistema de atención integral y una articulación de las políticas públicas que permita afectar los determinantes sociales de la salud, con perspectiva poblacional y territorial, empleando como estrategias la atención primaría en salud, el respeto de la relación entre los profesionales de la salud con el paciente, así como en el uso transparente, planificado y pertinente de los recursos financieros, físicos, tecnológicos y del talento humano. El cumplimiento que el Estado de a este derecho se evaluará por el impacto positivo que logre en la calidad de vida de la población.

El acceso a los servicios de salud se garantizará según las necesidades de las personas, sin obstáculos económicos, ni relación de dependencia entre la capacidad de pago o el aporte económico y los beneficios obtenidos.

La red pública hospitalaria gozará de especial protección y será la base sobre la cual se implementará el sistema de salud; para lo que deberá fortalecerse en los aspectos tecnológicos, de planta física y talento humano.

Las relaciones laborales de los trabajadores del sector salud, deben buscar la dignificación de las personas como actores del sistema, especialmente el respeto de los derechos a la estabilidad laboral y a la asociación. Se prohíbe toda forma de intermediación laboral en el sector salud.

Los recursos de la salud son públicos y administrados por el Estado. Queda expresamente prohibida la intermediación financiera de entidades privadas. Todas las instituciones que participen en la provisión de estos derechos serán entidades sin ánimo de lucro.

Artículo 2°. El presente Acto legislativo rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

Luís Carlos Avellaneda Tarazona, Jorge Enrique Robledo, Mauricio Ospina, Gloria Inés Ramírez, Jorge Eliécer Guevara, Alexánder López Maya, Camilo Ernesto Romero, Iván Moreno Rojas, honorables Senadores de la República; *Germán Navas Talero, Iván Cepeda Castro, Wilson Neber Arias, Hernando Hernández, Alba Luz Pinilla*, honorables Representantes a la Cámara.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La crisis que la salud ha tenido a lo largo del tiempo de implementado el Sistema General de Seguridad Social de Salud, SGSSS, tiene su origen en la fragmentación impuesta por la visión economicista, soportada en la lógica del mercado, la cual no comprende que el desarrollo integral del ser humano pasa por el disfrute que este tenga de un pleno estado de salud, situación no dependiente en forma exclusiva de sus condiciones físicas, sino de una relación directa con factores ambientales, tales como la disposición de infraestructuras que reduzcan el contacto con vectores, portadores de agentes patógenos, la reducción y o la eliminación de la contaminación auditiva, del aire, de las aguas, entre otras, así como el acceso a servicios de salud en forma oportuna y en condiciones de calidad y la garantía de entornos sociales que permitan su autonomía.

Lo anterior exige la comprensión de la salud como un derecho humano fundamental, cuya garantía debe ser planificada en forma transectorial y descentralizada, con el fin de reconocer las particularidades de los individuos y las comunidades.

El disfrute de este derecho fundamental, en las sociedades modernas y en especial a partir de la formalización del concepto de seguridad social y su entendimiento como responsabilidad del Estado, pasa por la generación y promulgación de políticas públicas que identifiquen y reconozcan las necesidades que tienen sus habitantes para la conservación o la recuperación de la salud.

Sin embargo, muchos estados modernos, entre ellos Colombia, no han logrado constituir infraestructuras que garanticen a sus habitantes el mantenimiento de un estado de salud pleno. En la mayoría de estos casos, dicha deficiencia pasa por decisiones de orden económico, bajo las cuales se orientan las políticas públicas, priorizando factores de teoría o restricciones presupuestales, sobre las necesidades sentidas de millones de personas que terminan falleciendo o llevando una vida llena de limitaciones que les impiden el pleno desarrollo de sus capacidades vitales.

En la búsqueda de encontrar una solución integral a esta problemática social, surge el presente proyecto de acto legislativo, el cual tiene como objetivo garantizar a los colombianos el goce pleno de una salud, sin ningún tipo de discriminación social, económica, educativa, étnica, cultural o de género y lograr la consolidación del estado social de derecho, concepción acogida por Colombia, en el artículo primero de la Constitución Nacional, promulgada en 1991.

PROPUESTAS DE MODIFICACIÓN

A continuación se procede a dar explicación a las modificaciones incluidas en el proyecto de acto de legislativo.

1. LA SALUD DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL

El objetivo del presente acto legislativo, es el elevar a grado de derecho humano fundamental la salud, dicha pretensión se soporta en las obligaciones que ha adquirido el Estado colombiano al suscribir diversos tratados y acuerdos internacionales, así como, en las múltiples jurisprudencias que en tal sentido ha proferido la Corte Constitucional, desde la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1.1. Tratados y Acuerdos Internacionales

En los tratados internacionales la salud ha sido incluida como derecho fundamental, desde la declaración universal de los derechos humanos, proferida en el año de 1948, la cual expresa en su artículo 25, lo siguiente:

(…) "Artículo 25

1. *Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.*

2. *La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social (...)".*

Adicionalmente, el derecho a la salud está directamente asociado con el derecho a la vida, lo que robustece la importancia de garantizar el mismo a todos los habitantes de un país en condiciones de igualdad y como parte del correspondiente sistema de seguridad social. Estos derechos son incorporados en la declaración universal de los derechos humanos, en los siguientes artículos:

"(…) Artículo 3. *Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona (...).*

Artículo 7. *Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación (...)*

Artículo 22. *Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad (...)".*

Estos artículos de la declaración universal de los derechos humanos, han sido guía para la elaboración de pactos regionales y se han incorporado a la mayoría de las constituciones de los países miembros de las Naciones Unidas.

Para el caso americano, cobra importancia el destacar los contenidos del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en materia de derechos económicos, sociales y culturales, "Protocolo de San Salvador", el cual fue promulgado en el año de 1988, dentro de sus contenidos expresa acerca de la seguridad social, la salud, el medio ambiente y la nutrición, lo siguiente:

"(…) Artículo 9. Derecho a la Seguridad Social.

1. *Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa. En caso de muerte del beneficiario, las prestaciones de seguridad social serán aplicadas a sus dependientes.*

2. *Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto.*

Artículo 10. Derecho a la Salud.

1. *Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.*

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;

b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;

c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;

d) La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;

e) La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y

f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Artículo 11. Derecho a un Medio Ambiente Sano

1. *Toda persona tiene derecho a vivir en un medio ambiente sano y a contar con servicios públicos básicos.*

2. *Los Estados partes promoverán la protección, preservación y mejoramiento del medio ambiente.*

Artículo 12. Derecho a la Alimentación

1. *Toda persona tiene derecho a una nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual.*

2. *Con el objeto de hacer efectivo este derecho y a erradicar la desnutrición, los Estados partes se comprometen a perfeccionar los métodos de producción, aprovisionamiento y distribución de alimentos, para lo cual se comprometen a promover una mayor cooperación internacional en apoyo de las políticas nacionales sobre la materia.(...)"*

Estos acuerdos internacionales, se convierten en parte vinculante de las constituciones nacionales de los países miembros que los ratifiquen mediante aprobación de sus respectivos congresos. En tal sentido, Colombia ha ratificado tanto la Declaración Universal de los Derechos Humanos, como el Protocolo de San Salvador, por ende, el Estado colombiano se encuentra obligado a dar cumplimiento a los contenidos de los mismos.

Del contenido de los tratados anteriormente relacionados, se puede establecer que el Estado debe garantizar a sus ciudadanos la vida, lo cual se logra si el ser humano puede contar con unas condiciones de dotaciones básicas que le permitan llevar una vivencia digna. Para alcanzar este objetivo, es determinante que la salud deba ser responsabilidad del Estado cumpliendo los principios de universalidad, equidad, solidaridad, concertación, participación social, calidad y calidez.

1.2 La Salud en la Legislación Colombiana.

En lo referente a la legislación colombiana, la Constitución Nacional de 1991 estableció en su artículo 49 lo siguiente:

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

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

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" (...).

De lo anterior se desprende que el espíritu del legislador, no fue el considerar a la salud como un derecho fundamental, sino como un servicio público, el cual debe garantizarse por parte del Estado a los ciudadanos, ya sea en forma directa o a través de la participación de los particulares, dando vía libre a la inclusión de modelos de prestación de servicios de salud, soportados bajo los principios de la teoría del mercado, transformando con ello la salud en una mercancía, que se adquiere por parte de quien tenga la posibilidad económica, afectándose con ello la dignidad humana y en muchos casos la vida misma.

1.3 La Jurisprudencia de la honorable Corte Constitucional.

Al poco tiempo de implementada la ley 100 de 1993, la Corte Constitucional por medio de sentencias, hizo conexa la salud con el derecho fundamental a la vida, tal y como esta expresado en la Sentencia T-102 de 1998, así:

"(…) En el evento en que la atención a la salud y la protección de la vida humana se vinculan de tal forma que una y otra protección no pueden escindirse, el derecho fundamental subsume al derecho de prestación, porque lo que importa entonces es la defensa inmediata de la vida, que es un derecho supremo, que conlleva por contera la protección de la salud. No es que el derecho a la salud haya mutado su naturaleza, sino que por las circunstancias extraordinarias dentro de las cuales puede desenvolverse, debe recibir también un tratamiento extraordinario como el que se le otorga al derecho a la vida, es decir como fundamenta" (…).

Este avance jurisprudencial les ha permitido a muchos colombianos y colombianas, amparar su derecho a la salud, mediante acciones de tutela interpuestas ante los jueces de la República, cuando se violenta su derecho por parte de entidades privadas y públicas. Al respecto, según el estudio presentado por la Defensoría del Pueblo en el año 2009, en el período comprendido entre 1999 a 2008, se han interpuesto 1.951.341 acciones de tutela para amparar el derecho a la salud, de este total el 86% favoreció a los accionantes; el 78,1 son interpuestas contra las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado, convirtiendo a estas empresas en las que más infringen este derecho fundamental, situación agravada por el hecho que el 53,4% de las tutelas corresponden a servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS.

Dada la magnitud del número de tutelas, la Corte Constitucional abordó esta temática en forma amplia y como resultado de este proceso profirió la Sentencia T-760 de 2008, expresando lo siguiente:

"(...) El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna"(...).

De igual forma, la misma sentencia, define con claridad que debe ser entendido por dignidad humana, al definirla de la siguiente forma.

"(...). El concepto de dignidad humana que ha recogido la Corte Constitucional únicamente se explica dentro del sistema axiológico de la Constitución y en función del mismo sistema. Así las cosas, la elevación a rango constitucional de la "libertad de elección de un plan de vida concreto en el marco de las condiciones sociales en las que el individuo se desarrolle" y de "la posibilidad real y efectiva de gozar de ciertos bienes y de ciertos servicios que le permiten a todo ser humano funcionar en la sociedad según sus especiales condiciones y calidades, bajo la lógica de la inclusión y de la posibilidad de desarrollar un papel activo en la sociedad", definen los contornos de lo que se considera esencial, inherente y, por lo mismo inalienable para la persona, razón por la cual se traduce en derechos subjetivos (entendidos como expectativas positivas (prestaciones) o negativas) cuyos contenidos esenciales están sustraídos de las mayorías transitorias.

En este orden de ideas, será fundamental todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo.

Es así como la vulneración de la dignidad humana se conexa con el derecho a la salud haciendo posible deprecar la protección del Estado mediante tutela, de cualquier servicio de salud cuya negación impida el desarrollo de las potencialidades del individuo en la sociedad (...)"

Por tanto, la Corte Constitucional enmarca la salud como un derecho fundamental.

Bajo estos fundamentos, el presente acto legislativo modifica el primer párrafo del artículo 49 de la Constitución, transformando a la salud, de servicio público a derecho humano fundamental.

2. COBERTURA UNIVERSAL Y EQUIDAD

A pesar que el artículo 49 plantea dentro de sus principios los de universalidad, solidaridad y eficiencia, estos no han sido cumplidos a lo largo de 17 años de implementación de la Ley 100 de 1993, se evidencia en la no igualación de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud para los regímenes contributivo y subsidiado, situación que se muestra en el siguiente cuadro:

Cobertura del SGSSS a marzo de 2009			
Contributivo		17.006.391	**38%**
Subsidiado	**Pleno**	23.804.788	**53%**
	Parcial	1.115.789	**2%**
Total		**41.926.968**	**93%**
Población No cubierta		**3.073.032**	**7%**
Total Población		**45.000.000**	**100%**

Fuente: Informe del CNSSS período 2008-2009

Cálculos realizados por el autor

Como se observa, el 55% de los afiliados hacen parte del régimen subsidiado, de los cuales un 53% reciben los mal denominados subsidios plenos y 2% los subsidios parciales. Tan sólo un 38% de los afiliados están en el régimen contributivo, situación que agrava financieramente el sistema, puesto que del 12,5% de la cotización a este régimen, 1.5 son trasladados a la subcuenta de solidaridad del Fosyga, que ayuda a financiar el Régimen Subsidiado.

En cuanto a la equidad de los contenidos de los planes de beneficios de los regímenes, si los evaluamos con base en la relación existente entre el valor de la UPC para el Contributivo y las de los subsidios pleno y parcial, definida por la Comisión de Regulación en Salud, CRES para el año 2010, se puede establecer que la cobertura del subsidio pleno alcanza el 58% de la UPC del contributivo, valor menor para el caso de los subsidios parciales que se ubica en un 23%.

Equidad entre UPC de los POS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado			
Subsidiado	**Pleno**	$ 281.836	**58%**
	Parcial	$ 111.325	**23%**
Contributivo		$ 485.013	**100%**

Fuente: Acuerdo 09 de 2009 de la CRES

Cálculos realizados por el autor

De lo anterior se puede concluir, que si bien la cobertura plana del SGSSS alcanza al 93% de la población, esta se logra con base en generar una gran inequidad entre las coberturas brindadas por los regímenes del sistema, evidenciándose un incumplimiento de los principios constitucionales de eficiencia, solidaridad y universalidad, expresados en el artículo 49.

Esta inequidad ha producido un aumento en el número de recobros por comités técnico–científicos y tutelas, que según datos a diciembre 15 de 2009 reportados por el Ministerio de la Protección Social, alcanzaron para el caso del régimen contributivo, un monto de 2.050.216.972.289, lo cual impulsó la fallida declaratoria de emergencia social y fue posteriormente la base que generó la reforma tributaria promulgada en la Ley 1393 de 2010.

En consecuencia, es indispensable que una propuesta orientada a buscar soluciones a la anterior situación, debe estar soportada a lograr la universalidad y la equidad, tal como lo proponemos en el presente acto legislativo.

3. CONCEPTO DE SALUD Y DEFINICIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Otro vacio que pretende solucionar el presente acto legislativo, es el referente a como debe ser entendido el concepto de salud, el cual ha evolucionando con el tiempo, gracias a la comprensión que se ha logrado del ser humano y sus relaciones con su entorno social y cultural, y también por los avances tecnológicos que han implicado un redimensionamiento del mismo. Cabe también anotar que el concepto de salud que tiene una sociedad refleja su cultura y por ende su concepción moral y sus valores.

La palabra salud se deriva del latín “saluus”, que a su vez se deriva del griego “ólos”, que significa “todo”. Además, la palabra “salud” mantiene una relación etimológica y semántica con la palabra “salvación”. De este modo, la etimología hace referencia a una condición ideal “total” (Hernández. Miguel, 2001).

Un primer concepto de salud y a su vez el más reduccionista es aquel que expresa la salud como: “ausencia de enfermedad”, limitando dicha definición a una relación entre un huésped y su interacción con un agente patógeno, dejando de lado cualquier contexto que propicie o afecte su relación.

El concepto evolucionó al finalizar la segunda guerra mundial, surgiendo una comprensión moderna de la salud, que advino con la Carta de Constitución de la Organización Mundial de la Salud del año 1946, definiendo la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades”, dando una dimensión que trasciende el enfoque biológico, para integrar una visión que contempla la aceptación y el equilibrio del ser humano consigo mismo y con su entorno.

En una concepción más amplia, la Organización Mundial de la Salud, planteó en 1997 el siguiente concepto: “La salud es aquello a conseguir para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven”, el cual involucra un sentido dinámico a la misma y correlaciona con claridad el entorno con el ser humano.

En Colombia, la Corte Constitucional en su Sentencia T-760 de 2008, acogió como salud para efectos jurisprudenciales, las siguientes nociones:

“La jurisprudencia constitucional, desde su inicio, ha reconocido que la salud “(...) es un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo.” La ‘salud’, por tanto, no es una condición de la persona que se tiene o no se tiene. Se trata de una cuestión de grado, que ha de ser valorada específicamente en cada caso. Así pues, la salud no sólo consiste en la ‘ausencia de afecciones y enfermedades’ en una persona. Siguiendo a la OMS, la jurisprudencia constitucional ha señalado que la salud es ‘un estado completo de

bienestar físico, mental y social' dentro del nivel posible de salud para una persona. En términos del bloque de constitucionalidad, el derecho a la salud comprende el derecho al nivel más alto de salud posible dentro de cada Estado, el cual se alcanza de manera progresiva. No obstante, la jurisprudencia también ha reconocido que la noción de salud no es unívoca y absoluta. En estado (sic) social y democrático de derecho que se reconoce a sí mismo como pluriéntico (sic) y multicultural, la noción constitucional de salud es sensible a las diferencias tanto sociales como ambientales que existan entre los diferentes grupos de personas que viven en Colombia".

Por las razones expuestas, se puede establecer que la relación existente entre la salud y la dignidad humana, hace que para la satisfacción de este concepto, la salud no puede limitarse a un acto netamente operativo de atención, sino que debe comprenderse en una forma integral, tal como lo dispuso la Organización Mundial de la Salud en su definición de 1946, según la cual la salud trasciende lo netamente fisiológico y biologista, para alcanzar la comprensión del ser humano como alguien determinado positiva o negativamente, por su entorno. Consecuencialmente, por este motivo se incorpora un párrafo que inicia definiendo la salud como el mejor desarrollo de las potencialidades y capacidades humanas, así como el acceso a los servicios y riquezas que la sociedad ha acumulado para hacer posible el bienestar, el buen vivir y la calidad de vida de los seres humanos, para continuar expresando que su materialización se realizará en una visión amplia de la salud pública que incorpore un sistema de atención integral y una articulación de las políticas públicas que permita afectar los determinantes sociales de la salud, con perspectiva poblacional y territorial.

El texto prosigue expresando que la atención se fundamentará en la estrategia de atención primaria en salud, acogida en la Declaración de Alma Ata de 1978; en la cual la OMS, en el marco de la celebración de los 25 años de esta declaración y del informe de la salud en el mundo de 2003, propuso a todas las naciones retomarla como estrategia central para superar las inequidades en salud y, de esta manera, alcanzar las metas del milenio aprobadas al comenzar el siglo XXI.

La estrategia APS debe ser entendida como toda una reorganización de los servicios curativos y preventivos, entorno a fundamentos tales como la educación en salud, la protección, el diagnóstico, el tratamiento, la atención de la enfermedad y la rehabilitación de las discapacidades, el respeto del acto del profesional de la salud, la intersectorialidad necesaria para lograr mejores condiciones de alimentación y vivienda para todos los habitantes de un territorio, un uso más eficiente de los recursos físico, financieros y del talento humano y la planeación y control de los mismos con una amplia participación comunitaria, todos ellos incorporados en el texto modificatorio propuesto.

En relación con esta estrategia, Gustavo Malagón, miembro de la Academia Nacional de Medicina, apunta que en Alma Ata los países adoptaron por consenso la definición de Atención Primaria en salud como: "El conjunto de cuidados de salud básicos construidos sobre métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, que son accesibles a individuos y familias, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden sufragar en forma sostenible en cada etapa de su desarrollo, dentro del espíritu de confianza en si mismo y de autodeterminación. La Atención Primaria forma una parte integral tanto del sistema de salud, del cual es una función central y principal foco, y del desarrollo económico y social global de la comunidad. La atención primaria es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema nacional de salud, trayendo los cuidados de salud tan cerca como sea posible al lugar donde la gente vive y trabaja, y constituye el primer eslabón de la atención ideal". Y concluye expresando que: "la definición por sí sola despejó muchas dudas sobre el verdadero significado y los alcances de la estrategia y llevó a un entendimiento general del valor que podía tener como mecanismo de cobertura para corregir la desprotección apreciada en grandes grupos poblacionales".

Puntualmente, la declaración de Alma Ata define a la atención primaria de salud como:

(…)

1. "Un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;

2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;

3. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;

4. La participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sec-

tores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;

5. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;

6. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;

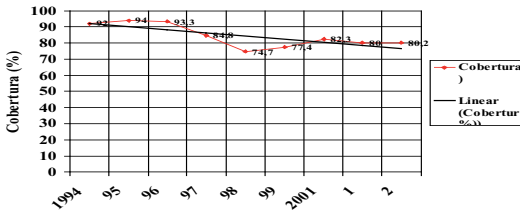
7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad".

(...)

Pero además, la crisis de salud pública y económica que ha enfrentado el sistema, encuentra sus causas en el descuido que el modelo de aseguramiento, establecido en la Ley 100 de 1993, ha tenido con la promoción y prevención de la enfermedad, lo cual se refleja en los siguientes resultados:

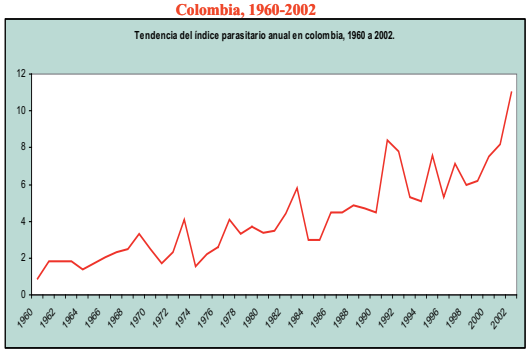
• Baja cobertura en vacunación, en el período comprendido entre los años 1997 a 2002, que es un reflejo del desinterés, de las EPS y ARS, en brindar programas de prevención a sus afiliados, lo que, sumado a la desarticulación de los mismos con los PAB municipales, llevó a un punto crítico de cobertura en el año 1998, mostrando recuperación para los años 2001, 2002 y 2003, debido, en buena parte, a los logros obtenidos por la ley 715 de 2001, que en su artículo 46 devuelve la responsabilidad de la vacunación a los municipios, brindándola a través de las actividades PAB, a todos sus habitantes.

Gráfico 1: Cobertura de vacunación contra poliomielitis en menores de 1 año (tres dosis), Colombia, 1994-2002



• La incidencia de la Malaria en el país, que, aunque desde la década de los 60, ha venido en incremento, acentuándose de manera vertiginosa a partir de 1998, como se observa en la siguiente gráfica.

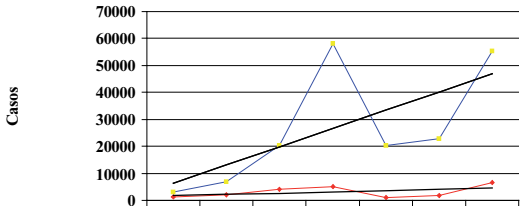
Gráfico 2: Incidencia Anual de Malaria (IPA), Colombia, 1960-2002



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Bogotá, 2003

• El aumento en la incidencia anual de dengue, en el período comprendido entre 1995 y 2001, en especial por incremento de casos de dengue clásico, registrándose un promedio anual en el quinquenio de 30.232 casos, con una tasa a mitad de período de 75.6 por 100.000 habitantes.

Gráfico 3: Incidencia anual de Dengue, Colombia 1995-2001



	1995	96	97	98	99	2000	2001
Hemorrágico	1151	2000	3950	5043	1093	1825	6568
Clásico	3000	6747	20340	58011	20336	22782	55282

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Bogotá, DC, 2002

Las anteriores cifras son algunos indicadores, entre los muchos que comprende la salud pública, que muestran que la evolución negativa ha sido consecuencia de la desarticulación de políticas y actores del SGSSS.

Teniendo en cuenta que, salud pública significa salud del público y responsabilidad pública por la salud, lo cual implica rectoría del Estado en todos sus niveles territoriales y pensando el problema de salud pública expresado en la aplicación del imperativo ético consistente en responder a las necesidades sociales, diferenciadas por ciclo vital, etnia, género y contar con la información necesaria para fijarse metas de superación de inequidades, calidad de vida y salud de la población, consideramos que la salud pública no puede quedar reducida a lo que hoy denominamos plan nacional de salud pública, ni a la "promoción y prevención" del actual sistema.

En consecuencia, es imperativo reorientar el sistema de salud hacia la integración de los servicios individuales y colectivos, preventivos y curativos, sectoriales y transectoriales, permitiendo el logro de una mejor calidad de vida y salud de las poblaciones en territorios específicos y desde la rectoría estatal, tal como se postula en los principios de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

4. AUTONOMÍA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Por otra parte, el articulado propuesto en el Acto Legislativo, también incluye el respeto por la autonomía de la relación: profesional de la salud –paciente, la cual ha venido siendo constreñida por imposiciones de orden administrativo y económico impuestas por EPS e IPS, tales como la limitación en el tiempo de consulta, número y tipo de medicamentos que se pueden formular, en la solicitud de exámenes diagnósticos y remisión a cirugías y especialistas, entre otras, que ha llevado a un pésima calidad en la atención prestada a los afiliados al SGSSS y a una forzosa violación de los cánones de ética profesional por parte de los trabajadores del sector. Estas prácticas quedan en evidencia, en el estudio realizado por la Defensoría del Pueblo, al revisar las causas que han generado el mayor número de tutelas durante el período 2006 a 2008, donde se halla que las cirugías con el 20,8%, los medicamentos con el 19,2% y los exámenes paraclínicos con el 18,65%, fueron los servicios más amparados.

5. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD Y LA ELIMINACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO

En cuanto a la evaluación del sistema se propone tener un enfoque encaminado al impacto y a la rentabilidad social, por encima de cualquier interés de generación de utilidades financieras. Para ello, se propone como meta deseable el mejoramiento en la calidad de vida de las poblaciones, gracias a que la salud se convierte, bajo esta propuesta, en el eje articulador de la mayor parte de las políticas públicas sociales, con lo que también se pretende trascender el enfoque asistencialista imperante en el SGSSS.

Adicionalmente, se incorpora un párrafo que desliga la garantía de acceso a los servicios de salud del pago por la obtención de los mismos, lo anterior, tiene como fin principal el eliminar los paseos de la muerte y en general todo tipo de barrera económica que impida la oportuna atención en salud, atentando contra la vida y la dignidad humana de los colombianos.

6. RED PÚBLICA HOSPITALARIA Y RELACIÓN LABORAL DEL PERSONAL DE SALUD

El continuo desmonte de los subsidios a la oferta de servicios de salud que recibía la red pública hospitalaria, ha producido como consecuencia el continuo deterioro de sus presupuestos de inversión, ya que el modelo de demanda, guiado por los intereses de mercado y afectado por las asimetrías de información propias de los mercados imperfectos, como lo es el de salud, permiten que jugadores con posiciones dominantes, acaparen los contratos generados y establezcan clausulas preferentes en la relación asegurador prestador, poniéndola en serio riesgo y real desventaja.

Esto se hace evidente en la relación existente entre las EPS y su red propia, en la cual la primera le da prelación a la segunda en la contratación, remisión de pacientes y oportunidad en el pago, por encima de los demás prestadores sean estos públicos o privados.

Este fenómeno ha devenido en una continua desactualización tecnológica de la red pública hospitalaria y en un continuo recorte y rotación de sus plantas de personal, reduciendo su capacidad instalada, su oportunidad en la atención y su nivel científico e investigativo, lo que a su vez, se ha reflejado en la deficiente formación de las nuevas generaciones de profesionales de salud, ya que muchos de los prestadores públicos ostentan el estatus de hospitales universitarios.

Pero lo anterior se agrava, si se tiene en cuenta que el modelo de flexibilidad laboral, apoyado en la figura de las cooperativas de trabajo asociado y de agencias temporales de empleo, ha venido apoderándose de las formas de contratación de gran parte de los hospitales públicos, lo que ha generado una alta inestabilidad laboral y una caída en cuanto a la calidad del empleo de todo el personal vinculado al sector salud, lo que ha propiciado la aparición de consecuencias no deseadas, como el incremento en los errores médicos, asociados al estrés laboral, producto de largas jornadas laborales en distintos sitios de trabajo a los que tienen que verse sometidos para poder obtener un salario digno.

Es de anotar, que de acuerdo a un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo en el año 2007 en 310 municipios del país, con médicos que ejercían su profesión en ellos, se encontró que la situación socio económica ha decaído, ya que para el año 2001 el 56% de los médicos pertenecían a los estratos 5 y 6, mientras que para el año de desarrollo del estudio este porcentaje se correspondía a los niveles 3 y 4, ganando el 50% de ellos menos de $2.900.000 mensuales. El 50% recibe salario fijo, el 15% salario por horas, el 11% por honorarios, 6% por paciente atendido. En cuanto a la afiliación a riesgos profesionales el 12% no lo está. Sus jornadas laborales son en promedio de 10 horas al día y al mes hacen 8 turnos nocturnos, se resalta que algunos profesionales de la salud tienen jornadas de 36 horas seguidas.

Bajo este modelo de flexibilidad laboral, además, surge como paradoja que el personal de salud responsable de uno de los ítems fundamentales de la seguridad social y de la calidad de vida de la sociedad, esté descubierto de cobertura de su propia seguridad social, lo que los ubica en situaciones de alta vulnerabilidad frente a riesgos presentes, enfermar o sufrir un accidente laboral, y como futuros, envejecer o morir.

En tal sentido, Josué Ossma expresa que la liviandad de la legislación sobre las Cooperativas de Trabajo Asociado (CTA) las ha convertido en factor contribuyente al auge del empleo informal en Colombia. Lastimosamente, el sector de la Salud

se nutre copiosamente del trabajo de quienes por necesidad y falta de alternativa tienen que ofrecer sus servicios laborales en calidad de miembros de esas cooperativas. Recurriendo a las CTA, los empleadores han encontrado el camino expedito para eludir el pago de todos los parafiscales de la nómina, privando así por ejemplo al Sena, al ICBF y a las Cajas de Compensación Familiar de recibir los correspondientes aportes.

Aún asumiendo que los cooperados realmente por su cuenta cumplen con el pago de los aportes a salud y pensiones, es prácticamente norma general que estos aportes sean cubiertos en su totalidad por el cooperado, liberando al empleador del cumplimiento de su aporte solidario obligatorio, lo cual no solo es inequitativo sino injusto.

Por las causas expuestas el acto legislativo incorpora dos párrafos, uno orientado a proteger y fortalecer la red pública hospitalaria, en los aspectos de planta física, tecnología y talento humano, así como constituyéndola en el pilar fundamental del sistema de salud. Y el segundo, dirigido a proteger al personal de salud, al establecer que las relaciones laborales deben buscar su dignificación, mediante el respeto de los derechos a la estabilidad laboral y a la asociación, para lo cual se prohíbe toda forma de intermediación laboral en el sector salud.

7. ELIMINACIÓN DEL ÁNIMO DE LUCRO EN EL SECTOR SALUD Y DE LA INTERMEDIACIÓN FINANCIERA

Finalmente, la propuesta plantea que todas las instituciones que hagan parte de la garantía del derecho a la salud, deben ser entidades sin ánimo de lucro, lo anterior, con el fin de impedir el enriquecimiento de actores privados que convirtieron la salud en uno de los negocios más rentables del país, como se observa por parte del doctor Iván Jaramillo, al revisar el libro de Gilberto Barón, "Las Cuentas en Salud de Colombia 1993 – 2003", de los $4,7 billones anuales nuevos que generó la reforma solo 888 mil millones se convirtieron en servicios de salud y remuneraciones a los profesionales (menos de la quinta parte) y $467 mil millones se convirtieron en inversión en infraestructura y dotación, capacitación e investigación de salud (menos de la décima parte). Dedicándose $ 1,2 billones anuales adicionales en la administración del sistema, $757 mil millones a otras inversiones (¿CDT, TES, la bolsa de valores?) y finalmente la reforma está generando en forma adicional $1 billón de pesos anual en utilidades, rendimientos, comisiones, excedentes o provisiones, que en el estudio se les llama "otros usos".

En otras palabras: antes de la Ley 100 de 1993 de cada $100 pesos que existían en el sistema $88 se gastaban en servicios de salud y ahora solo se gastan $65; antes la inversión en infraestructura de salud era solo de $2 de cada $100, ahora es de $5, pero lo más sorprendente es que antes $10 de cada $100 tenían otros usos y ahora son $30 de cada $100 los que se convierten en excedentes con otros destinos distintos a salud.

Es decir, la intermediación financiera se queda con el 30% anual de los recursos disponibles, se ha duplicado la inversión en infraestructura y el gasto efectivo en salud ha disminuido a cerca del 65%, del total de los recursos disponibles en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Nuestra postura ha sido determinada en que los recursos con los que actualmente cuenta el SGSSS son suficientes y su problemática radica en su mala distribución entre los diferentes actores, tal y como se observa en el siguiente cuadro, en el que se compara el gasto en salud del año 2009 y un potencial escenario de redistribución de los recursos, teniendo como base para su cálculo los valores definidos por la CRES para la UPC del Régimen Contributivo y para las experiencias de cobertura universal con equidad de planes con el Régimen Subsidiado adelantadas en las ciudades de Cartagena y Barranquilla:

	GASTO 2009	POBLACION 2009	UPC 2009*	ESTIMACIÓN COBERTURA UNIVERSAL EQUIDAD
REGIMEN CONTRIBUTIVO	12.860.667.742.121	17.290.000	485.762	8.398.824.980.000
REGIMEN SUBSIDIADO	6.649.880.055.621	23.805.000	379.866	9.042.710.130.000
POBLACION POBRE NO AFILIADA	2.055.000.000.000	2.656.122	379.866	1.008.970.439.652
REGIMENES EXCEPTUADOS	2.640.702.905.412	1.226.878		2.640.702.905.412
TOTAL	**24.206.250.703.154**	**44.978.000**		**21.091.208.455.064**
GASTO 2009 - ESTIMACIÓN				3.115.042.248.090

* La UPC estimada para la población no afiliada y para el régimen subsidiado, se estimó con base en la relación existente entre UPC Plan piloto equidad Barranquilla / UPC Contributivo 2010 (4%adicional)

Como se puede observar, en los cálculos, los recursos con los que cuenta actualmente el SGSSS, son suficientes para brindar cobertura universal con equidad en los planes de beneficios, sin barreras de acceso y generando un excedente de más de 3 billones de pesos, con el cual se podría dar respuesta a los recobros por eventos No POS acumulados a la fecha. Por tanto, consideramos que lo que le ha faltado al sistema es la decisión política de redistribuir los recursos del sistema en forma más eficiente.

Por las causas anteriormente expuestas, ponemos a consideración del honorable Congreso de la República el presente proyecto de acto legislativo, teniendo como fin armonizar el texto de nuestra carta política, con los últimos pronunciamientos de la honorable Corte Constitucional y de esta manera lograr que el Derecho Fundamental a la Salud, se les garantice a todos los colombianos y colombianas sin ningún tipo de discriminación, logrando con lo anterior una vida digna para todos y todas.

Cordialmente,

Luís Carlos Avellaneda Tarazona, Jorge Enrique Robledo, Mauricio Ospina, Gloria Inés Ramírez, Jorge Eliécer Guevara, Alexánder López Maya, Camilo Ernesto Romero, Iván Moreno Rojas, honorables Senadores de la República; *Germán Navas Talero, Iván Cepeda Castro, Wilson Neber Arias, Hernando Hernández, Alba Luz Pinilla*, honorables Representantes a la Cámara.

SENADO DE LA REPÚBLICA
Secretaría General
(Arts. 139 y ss. Ley 5ª de 1992)

El día 21 del mes de octubre del año 2010 se radicó en este Despacho el Proyecto de Acto Legislativo número 18, con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales, por la Bancada Polo Democrático.

El Secretario General,

Emilio Otero Dajud.

SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL
Tramitación de Leyes

Bogotá, D. C., 21 de octubre de 2010

Señor Presidente:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de Acto Legislativo número 18 de 2010 Senado, *por medio del cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política,* me permito pasar a su Despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General. La materia de que trata el mencionado proyecto de ley, es competencia de la Comisión Primera Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General,

Emilio Otero Dajud.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., 21 de octubre de 2010

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

Cúmplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Armando Benedetti Villaneda.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 181 DE 2010 SENADO

por la cual el Congreso de la República de Colombia rinde homenaje a la memoria del Sociólogo, intelectual, académico, investigador social y profesor Orlando Fals Borda en reconocimiento a su vida, obra y aportes en la construcción del país.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. El Congreso de la República de Colombia, honra y exalta la memoria del sociólogo, intelectual, investigador social y académico Orlando Fals Borda.

Artículo 2°. Encárguese a la unidad administrativa especial de la Biblioteca Nacional de Colombia, la recopilación, selección y publicación de la obra del maestro Orlando Fals Borda.

Artículo 3°. Encárguese a la Radio Televisión Nacional de Colombia –RTVC–, la producción y emisión de un documental que recoja y exalte la vida y obra del maestro Orlando Fals Borda.

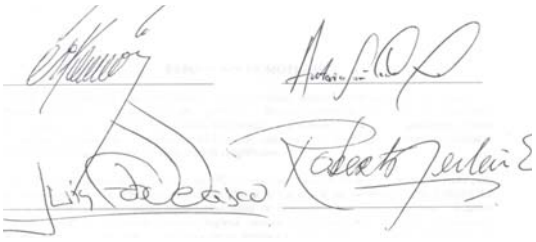
Artículo 4°. Autorícese al Gobierno Nacional para incorporar dentro del Presupuesto General de la Nación, las apropiaciones necesarias, para los efectos contemplados en la presente ley.

Artículo 5°. Créase el Fondo Orlando Fals Borda, como una cuenta especial, sin personería jurídica, adscrita a la Universidad Nacional de Colombia, cuyo objeto será aportar los recursos necesarios para financiar proyectos encaminados a desarrollar y difundir el pensamiento y la obra del maestro Orlando Fals Borda. Los recursos del fondo provendrán de los aportes que se le asignen del Presupuesto General de la Nación, así como de las donaciones realizadas por personas naturales o jurídicas y organismos de cooperación internacional.

Artículo 6°. El fondo Orlando Fals Borda, estará bajo la administración y supervisión de la Universidad Nacional de Colombia.

Artículo 7°. La presente ley rige a partir de su promulgación.





EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Orlando Fals Borda fue una sobresaliente figura intelectual, dotada de una sensibilidad humanista y crítica. Adelantó y promovió el estudio científico de la crisis sistémica que consume a la nación puso manos a la obra hacia las posibles soluciones vislumbradas en sus investigaciones. Estaba convencido de que las ciencias sociales y en particular la sociología debían involucrarse ineludiblemente en el desarrollo de la Nación Colombiana.

Nació en Barranquilla el 11 de julio de 1925, cursó sus estudios básicos y de bachillerato para posteriormente servir a la Patria en la Escuela Militar de Cadetes donde permaneció año medio. Su formación profesional la inició en la Universidad de Dubuque en el Estado de Iowa – Estados Unidos, donde se graduó en literatura inglesa, música e historia (1947). Recibió la influencia intelectual de su padre, que fue decisiva en su formación como escritor y heredó de su madre el carácter crítico y el interés por los problemas sociales.

Realizó destacados trabajos durante varias décadas acerca del tema rural en Colombia, e impulsó el conocimiento incipiente hasta entonces, que las ciencias sociales nacionales de mediados del siglo XX habían desarrollado al respecto. Entre 1949 1951 se desempeñó como investigador social y autodidacta de la sociología rural, de donde su interés por la comunidad de la vereda de Saucio, en el municipio de Chocontá Cundinamarca, lo llevó a hacer un trabajo etnográfico inspirador con el que se ganó la confianza y el respeto de los y las campesinas, y consolidó su tesis de maestría en Sociología en la universidad de Minessota unos años después (1953). En 1955 esta tesis, que ya es un clásico de la sociología rural colombiana, fue publicada en inglés ("Peasant societyin the Colombian Andes: a sociological study of the Saucio") y luego traducida a varios idiomas.

Más adelante su interés por las sociedades rurales, el cambio social, la confirmación histórica del campesinado y su reproducción social le llevaron a trabajar en el departamento de Boyacá, donde produjo como Tesis de ph.D en Sociología Latinoamericana de la universidad de Florida (1955. El hombre la Tierra en Boyacá: Bases para una Reforma Agraria (publicado en 1957), libro que se convirtió en hito de los estudios rurales en nuestro país.

Durante la presidencia de Alberto Lleras Camargo, fue nombrado director general del Ministerio de Agricultura (1959 y 1961). Desde allí Orlando Fals Borda, asesoró la iniciativa de la reforma agraria, promovió la creación de las juntas de acción comunal en Colombia. Acompañó el proceso organizativo de la primera de ellas en la vereda de Saucio y con este referente redactó junto a Camilo Torres, el borrador de la primera reglamentación oficial de las juntas de acción comunal del país.

Encontrando ineludible el estudio y la aplicación de las ciencias sociales en el camino de la construcción de Nación, en 1959, junto con Camilo Torres Restrepo, fundó la primera Facultad de Sociología de América Latina en la Universidad Nacional de Colombia. Asumió como su Decano hasta 1966, donde contó con la colaboración de científicos sociales de diversas corrientes y tendencias como, Carlos Escalante Angulo, María Cristina Salazar de Fals, Eduardo Umaña Luna, Virginia Gutiérrez de Pineda, Roberto Pineda. Milciades Chávez, Ernesto GuhI, Miguel Fornaguera. Desde allí descubre y promueve la necesidad de una academia colombiana activa en contacto con sus comunidades.

Paralelo a su interés por el campo colombiano, el fenómeno de la Violencia que se desarrollaba fue otra de sus preocupaciones. Así en 1962, decide recoger los resultados que había dejado la "Comisión Investigadora de las Causas de la Violencia" y junto a Monseñor Germán Guzmán Campos, quien había liderado la comisión mencionada y el abogado Eduardo Umaña Luna, elaboró uno de los libros más influyentes del siglo XX para el país: "La Violencia en Colombia". Las recomendaciones realizadas por los académicos se convirtieron en una hoja de ruta para el análisis de los problemas estructurales de la Nación: es un examen contextual de las causas de la violencia, el estudio de sus materializaciones y ofrece alternativas para la resolución del conflicto armado que aún padece el país. Su interés en la temática siguió y años más tarde publicó, La Insurrección en Colombia, otra obra que vislumbró oportunidades para que el común de la gente conociera realidades sobre el movimiento armado colombiano y nuevas alternativas de resolución pacífica del conflicto.

Como investigador social conocedor de la cuestión agraria y experimentado en trabajo con comunidades rurales, el maestro Fals Borda, apoyó el proceso organizativo y de retorno a la tierra que agenciaban campesinos, indígenas y afrodescendientes en los departamentos de Córdoba, Sucre y Bolívar. De su incansable labor intelectual en esta región se publicaron los cuatro tomos de, Historia Doble de la Costa (1979-1986), libros admirados por su particular forma de escritura y presentación en dos canales de exposición.

Gracias a este método novedoso, el autor logró establecer un referente en las ciencias sociales latinoamericanas, en términos de la construcción de historias regionales. Los cuatro tomos recogen con maestría la vida social de la Cultura Caribe Colombiana, conviniéndose así en un texto completísimo y de necesaria consulta por las sucesivas generaciones de investigadores sociales y del mismo pueblo colombiano.

Desde la década de los 70 trabajó con mayor intensidad "El problema de la autonomía científica y cultural en Colombia" (1972), e impulsa el desarrollo en Colombia de una metodología investigativa capaz de rescatar y dialogar con los conocimientos propios, trasformadora de las condiciones históricas de dominación intelectual, material, cultural, económica y política. En 1971 promovió la creación de la Fundación Rosca de Investigación Acción Social, que facilitaría la construcción de la investigación acción participativa (IAP), uno de los más importantes legados metodológicos para la academia, los sectores y movimientos sociales: y se escriben libros como, Ciencia propia y Colonialismo Intelectual (1970): Causa Popular, Ciencia Popular (l972) "Por la praxis: el problema de cómo investigar la realidad para transformarla (1978). Cobra vida entonces una metodología de investigación en la que el intercambio recíproco de entendimientos, garantiza la participación horizontal del científico social y de la comunidad en la investigación, labrando el empoderamiento de esta última a favor de gestionar autónomamente su propio porvenir.

El recorrido fundamental de la obra de Fals Borda, está dado en la conjunción de la indagación sociológica con el compromiso político en beneficio de los "sectores populares". Fue fundador de la revista Alternativa en 1974 y la refunda en los 90: a la vez que impulsaba la conformación del Centro Estratégico de Pensamiento Alternativo y la revista CEPA, de los que sería director por varios años. A lo largo de su vida promovió diversas iniciativas políticas en las que se destacó su papel activo como organizador de procesos. Fue representante, electo por voto popular, en la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, desde la cual lideró la Comisión de Ordenamiento Territorial, En esta temática se destacan aportes como la formulación de la necesidad de una Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, que hasta el momento no se ha materializado; y la reivindicación constante de los alcances políticos de las provincias y regiones en lo referente a la administración pública y consolidación de identidades.

En Torno a este tema publicó en 1998, Visión de Ordenamiento Territorial Colombiano en el Siglo XX un año más tarde. Guía práctica del Ordenamiento Territorial en Colombia, a pesar de que su edad ya rebasaba los 70 años.

Se desempeñó como consultor de la Organización de Estados Americanos (OEA) en Brasil (1955), Presidente del primer Consejo Técnico Nacional de Reforma Agraria en Colombia. Director General del Ministerio de Agricultura (l959-l96 Fundador y Decano de la Facultad de Sociología de la Universidad Nacional (19579-1967), Director de la Fundación Rosca (1970-1975), Delegatario a la Asamblea Nacional Constituyente (1991). Secretario General de la Comisión de Ordenamiento Territorial 1992). Finalmente durante sus últimos años de vida, ocupa el cargo de Presidente Honorario del Polo Democrático Alternativo.

Todos los significativos aportes que Orlando Fals Borda hizo en beneficio de la ciencia y la sociedad y su destacada labor académica y política, le merecieron reconocimientos y condecoraciones que recibió de prestigiosas instituciones académicas y políticas, nacionales e internacionales. Fue ganador dos veces del premio Guggenheim: distinguido con el premio Bruno Kreisky en 1981 y con el premio Hoffman de las Naciones Unidas en 1984. A finales de 2002 recibió el Premio Nacional al Mérito Científico por Vida Obra (UNAD 2002); fue condecorado con el premio Mallinowsky (28 de septiembre de 2007 en Memphis. Estados Unidos), por La Sociedad de Antropología Aplicada de Norteamérica, por su trabajo "investigación acción participativa en el mundo (IAP), convirtiéndose en el primer galardonado por esta asociación, que no es nacido en Norteamérica: recibió también el premio Diskin en el año 2007, concedido por la Latinoamerican Studies Asociation. Asociación de estudios latinoamericanos (LASA), la más importante institución del hemisferio, incluyendo Estados Unidos y Canadá, en el estudio de asuntos antropológicos y sociológicos, por avances en IAP, profesor emérito y doctor Honoris Causa de la Universidad Nacional de Colombia, de la Universidad Central de Venezuela: fue galardonado con la orden Gerardo Molina de la Universidad Nacional de Colombia: condecorado por la Gran Cruz de Boyacá, máxima distinción que entrega la República de Colombia a ciudadanos eminentes, en febrero de 2007, la Cámara de Representantes, le impuso la Orden en Grado de Gran Cruz con placa de Oro, por su permanente trabajo en el desarrollo de materias esenciales como el Ordenamiento Territorial.

En consecuencia, con este ejemplo de vida, teniendo en cuenta que la Constitución Política dispone en su artículo 150, numeral 15, que corresponde al Congreso de la República de Colombia, conceder honores públicos a los ciudadanos que le hayan servido a la Patria, se propone a esta Corporación que se evoque la memoria del sociólogo, intelectual, profesor e investigador social, doctor Orlando Fals Borda, uniéndose a la

conmemoración del Bicentenario de vida republicana y desplegando reconocimiento un pensador colombiano que enorgullece a la Nación, en los términos del presente proyecto de ley.



SENADO DE LA REPÚBLICA
Secretaría General
(Arts. 139 y ss. Ley 5ª de 1992)

El día 21 del mes de octubre del año 2010 se radicó en este Despacho el Proyecto de ley número 181, con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales, por honorable Senador *Luis Carlos Avellaneda* y otros.

El Secretario General,

Emilio Otero Dajud.

SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL
Tramitación de Leyes

Bogotá, D. C., 21 de octubre de 2010

Señor Presidente:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de ley número 181 de 2010 Senado, *por la cual el Congreso de la Republica de Colombia, rinde homenaje a la memoria del sociólogo, intelectual, académico, investigador social y profesor Orlando Fals Borda en reconocimiento a su vida, obra y aportes en la construcción del país,* me permito pasar a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley, es competencia de la Comisión Segunda Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General,

Emilio Otero Dajud.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., 21 de octubre de 2010

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

Cúmplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Armando Benedetti Villaneda.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

LEYES SANCIONADAS

LEY 1411 DE 2010

(octubre 19)

por medio de la cual se aprueba el "Acuerdo en Materia de Informes Anuales sobre Derechos Humanos y Libre Comercio entre la República de Colombia y Canadá", hecho en Bogotá el día 27 de mayo de 2010.

El Congreso de la República

Visto el texto del **"Acuerdo en Materia de Informes Anuales sobre Derechos Humanos y Libre Comercio entre la República de Colombia y Canadá",** hecho en Bogotá el día 27 de mayo de 2010, que a la letra dice:

(Para ser transcrito: Se adjunta fotocopia fiel y completa del texto en español del Acuerdo, la cual consta de cuatro (4) folios, documento que reposa en los archivos del Área de Tratados de la Dirección de Asuntos Jurídicos Internacionales del Ministerio de Relaciones Exteriores).

PROYECTO DE LEY NÚMERO…

por medio de la cual se aprueba el "Acuerdo en Materia de Informes Anuales sobre Derechos Humanos y Libre Comercio entre la República de Colombia y Canadá", hecho en Bogotá el día 27 de mayo de 2010.

El Congreso de la República

Visto el texto del "Acuerdo en Materia de Informes Anuales sobre Derechos Humanos y Libre Comercio entre la República de Colombia y Canadá", hecho en Bogotá el día 27 de mayo de 2010, que a la letra dice:

(Para ser transcrito: Se adjunta fotocopia fiel y completa del texto en español del Acuerdo, la cual consta de cuatro (4) folios, documento que reposa en los archivos del Área de Tratados de la Dirección de Asuntos Jurídicos Internacionales del Ministerio de Relaciones Exteriores).

ACUERDO

EN MATERIA DE INFORMES ANUALES SOBRE DERECHOS HUMANOS Y LIBRE COMERCIO ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y CANADÁ

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y CANADÁ (en adelante denominadas las "Partes"):

TENIENDO EN CUENTA que el *Tratado de Libre Comercio entre la República de Colombia y Canadá* fue suscrito en Lima el 21 de noviembre de 2008;

AFIRMANDO la importancia de respeto por la democracia y los Derechos Humanos;

OBSERVANDO la existencia de organismos nacionales cuyo mandato es promover y proteger los Derechos Humanos dentro de los respectivos territorios de la República de Colombia y de Canadá;

HAN ACORDADO lo siguiente:

ARTÍCULO 1

Informes Anuales sobre Derechos Humanos

1. Cada Parte proporcionará un informe a su respectivo poder legislativo nacional a más tardar el 15 de mayo del año siguiente a la entrada en vigor del *Tratado de Libre Comercio entre la República de Colombia y Canadá,* y en forma anual en los años sucesivos. Estos informes tratarán sobre el efecto de las medidas tomadas en virtud del *Tratado de Libre Comercio entre la República de Colombia y Canadá* sobre los Derechos Humanos tanto en los territorios de la República de Colombia como Canadá.

2. Cada Parte hará público su informe.

ARTÍCULO 2

Mecanismo de Cooperación

1. Las Partes pueden consultarse entre sí para revisar la aplicación del presente Acuerdo.

2. Las Partes designan al Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia y al Departamento de Asuntos Extranjeros y Comercio Internacional de Canadá para la aplicación del presente Acuerdo en su nombre.

ARTÍCULO 3

Entrada en Vigor

Cada parte notificará a la otra parte por escrito respecto al cumplimiento de los procedimientos internos nacionales requeridos para la entrada en vigor del presente Acuerdo. Este Acuerdo entrará en vigor en la fecha de la segunda de las notificaciones mencionadas o en aquella en la que entre en vigor el *Tratado de Libre Comercio entre la República de Colombia y Canadá,* lo último que ocurra.

ARTÍCULO 4

Enmiendas

Las Partes pueden acordar por escrito enmendar el presente Acuerdo. Cada Parte notificará por escrito a la otra Parte respecto al cumplimiento de sus procedimientos internos nacionales requeridos para la entrada en vigor de las enmiendas. Las enmiendas entrarán en vigor a los 60 días a partir de la fecha de la segunda de estas notificaciones.

ARTÍCULO 5

Terminación

El presente Acuerdo permanecerá en vigor a menos que cualquiera de las Partes lo dé por terminado mediante notificación por escrito a la otra parte con seis meses de antelación.

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR los abajo firmantes, debidamente autorizados para hacerlo, han suscrito el presente Acuerdo.

HECHO en duplicado en Bogotá, el día 27 de mayo de 2010, en los idiomas castellano, inglés y francés, siendo todas las versiones igualmente auténticas.

Por la República de Colombia,

Jaime Bermúdez Merizalde

Ministro de Relaciones Exteriores de la República de Colombia.

Por Canadá,

Geneviève Des Rivieres

Embajadora de Canadá en la República de Colombia.

RAMA EJECUTIVA DEL PODER PÚBLICO

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., 27 de mayo de 2010

Autorizado. Sométase a consideración del honorable Congreso de la República para los efectos constitucionales.

(Fdo.) ÁLVARO URIBE VÉLEZ

El Ministro de Relaciones Exteriores

(Fdo.) *Jaime Bermúdez Merizalde*

DECRETA:

Artículo 1°. Apruébese el "*Acuerdo en Materia de Informes Anuales sobre Derechos Humanos y Libre Comercio entre la República de Colombia y Canadá*", hecho en Bogotá el día 27 de mayo de 2010.

Artículo 2°. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 7ª de 1944, el "*Acuerdo en Materia de Informes Anuales sobre Derechos Humanos y Libre Comercio entre la República de Colombia y Canadá*", hecho en Bogotá el día 27 de mayo de 2010, que por el artículo primero de esta ley se aprueba, obligará al país a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto del mismo.

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

Dada en Bogotá, D. C., a los ...

Presentado al honorable Congreso de la República por el Ministro de Relaciones Exteriores y el Ministro de Comercio, Industria y Turismo.

El Ministro de Relaciones Exteriores,

Jaime Bermúdez Merizalde.

El Ministro de Comercio, Industria y Turismo,

Luis Guillermo Plata Páez.

RAMA EJECUTIVA DEL PODER PÚBLICO
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., 27 de mayo de 2010

Autorizado. Sométase a consideración del honorable Congreso de la República para los efectos constitucionales.

(Fdo.) ÁLVARO URIBE VÉLEZ

El Ministro de Relaciones Exteriores

(Fdo.) Jaime Bermúdez Merizalde

DECRETA:

Artículo 1°. Apruébese el "*Acuerdo en Materia de Informes Anuales sobre Derechos Humanos y Libre Comercio entre la República de Colombia y Canadá*", hecho en Bogotá el día 27 de mayo de 2010.

Artículo 2°. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 7ª de 1944, el "*Acuerdo en Materia de Informes Anuales sobre Derechos Humanos y Libre Comercio entre la República de Colombia y Canadá"*, hecho en Bogotá el día 27 de mayo de 2010, que por el artículo primero de esta ley se aprueba, obligará al país a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto del mismo.

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

El Presidente del honorable Senado de la República,

Armando Benedetti Villaneda.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

Carlos Alberto Zuluaga Díaz.

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,

Jesús Alfonso Rodríguez Camargo.

República de Colombia – Gobierno Nacional

Comuníquese y cúmplase.

Ejecútese, previa revisión de la Corte Constitucional, conforme al artículo 241-10 de la Constitución Política.

Dada en Bogotá, D. C., a 19 de octubre de 2010.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

La Ministra de Relaciones Exteriores,

María Ángela Holguín Cuéllar

El Ministro de Comercio, Industria y Turismo,

Sergio Diazgranados Guida.

* * *

LEY 1412 DE 2010

(octubre 19)

por medio de la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. *La paternidad y la maternidad responsables son un derecho y un deber ciudadano.* Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos que conformarán la familia. La progenitura responsable, se considera una actitud positiva frente a la sociedad, y como tal será reconocida, facilitada y estimulada por las autoridades.

TÍTULO II

ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA

Artículo 2°. *Gratuidad.* El Estado garantiza de manera gratuita la práctica de la vasectomía o ligadura de trompas.

Artículo 3° *Financiación y Cubrimiento*. El sistema de seguridad social en salud, será el encargado de que esas prácticas quirúrgicas (vasectomía y ligadura de trompas) sean cubiertas de manera gratuita, a todos los sectores de la población que así lo soliciten.

Las IPS públicas o privadas que atiendan la población que no se encuentre afiliada a ninguno de los dos regímenes de salud vigentes (vinculados), realizarán los recobros a la subcuenta de prevención y promoción del FOSYGA

Artículo 4°. *Solicitud Escrita*. Las personas que quieran realizarse esas prácticas quirúrgicas deberán solicitarlo por escrito a la respectiva entidad.

Artículo 5°. *Del Consentimiento Informado y Cualificado*. Los médicos encargados de realizar la operación respectiva deben informar al paciente la naturaleza, implicaciones, beneficios y efectos sobre la salud de la práctica realizada, así como las alternativas de utilización de otros métodos anticonceptivos no quirúrgicos.

Cuando las personas tengan limitaciones de lectoescritura, las EPS, del régimen contributivo o subsidiado a las IPS. públicas o privadas, según la práctica médica, deberán ofrecer al paciente medios

alternativos para expresar su voluntad tanto para la solicitud escrita como para el consentimiento informado.

Artículo 6°. *Discapacitados Mentales*. Cuando se trate de discapacitados mentales, la solicitud y el consentimiento serán suscritos por el respectivo representante legal, previa autorización judicial.

Artículo 7°. *Prohibición*. En ningún caso se permite la práctica de la anticoncepción quirúrgica a menores de edad.

Artículo 8°. *Recuperación del Paciente*. Las personas que se someten a estas prácticas quirúrgicas tendrán derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el médico tratante, garantizando la recuperación en la salud del paciente.

Artículo 9°. *Registro*. Las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales llevarán el registro de todas las operaciones realizadas en desarrollo de las prácticas quirúrgicas autorizadas por esta ley, que a su vez remitirán al Ministerio de la Protección Social quien llevará un registro nacional.

Artículo 10. *Divulgación*. Las Secretarías de Salud departamentales, distritales y Municipales y el Ministerio de la Protección Social se encargarán de divulgar entre la población a través de campañas educativas, los beneficios, implicaciones y efectos de la anticoncepción quirúrgica, así como los demás métodos de anticoncepción no quirúrgicos.

TÍTULO III
DEFINICIONES

Artículo 11. *Anticoncepción Quirúrgica.* Se entiende por anticoncepción quirúrgica el procedimiento médico – quirúrgico tendiente a evitar la concepción a través de la vasectomía o ligadura de trompas.

Artículo 12. *Ligadura de Trompas*. Es la operación consistente en ligar las trompas de Falopio, las cuales son cortadas y selladas para evitar que el esperma llegue al óvulo.

Artículo 13. *Vasectomía*. Es la operación dirigida a cortar y ligar los vasos o conductos deferentes para obstruir el circuito y paso normal de los espermatozoides.

TÍTULO IV
DISPOSICIONES FINALES

Artículo 14. La presente ley será divulgada de manera constante a través de los miembros de comunicación del Estado, tanto por el Gobierno Nacional como por las administraciones seccionales o locales respectivas y se promoverá a través del Ministerio de la Protección Social, las Secretarías de Salud Territoriales y las EPS del régimen subsidiado y contributivo, de manera que se dé información detallada sobre el procedimiento quirúrgico mostrando sus beneficios y características.

Artículo 15. La presente ley rige a partir de su promulgación.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Armando Benedetti Villaneda.

El Secretario General (e) del honorable Senado de la República,

Saúl Cruz Bonilla

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

Carlos Alberto Zuluaga Díaz.

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,

Jesús Alfonso Rodríguez Camargo.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y cúmplase

En cumplimiento de lo dispuesto en la Sentencia C-625 del 10 de agosto de 2010 proferida por la Corte Constitucional, se procede a la sanción del proyecto de ley, toda vez que dicha Corporación ordena la remisión del expediente al Congreso de la República, para continuar el trámite legislativo de rigor y su posterior envío al Presidente de la República para efecto de la correspondiente sanción.

Dada en Bogotá, D. C., a 19 de octubre de 2010

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Juan Carlos Echeverry Garzón.

El Ministro de la Protección Social,

Mauricio Santamaría Salamanca.

CONTENIDO

Gaceta número 798 - Jueves, 21 de octubre de 2010
SENADO DE LA REPÚBLICA

Págs.

PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO

Proyecto de Acto legislativo número 18 de 2010 senado, por medio del cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política 1

PROYECTO DE LEY

Proyecto de ley número 181 de 2010 Senado, por la cual el Congreso de la República de Colombia rinde homenaje a la memoria del Sociólogo, intelectual, académico, investigador social y profesor Orlando Fals Borda en reconocimiento a su vida, obra y aportes en la construcción del país 10

LEYES SANCIONADAS

Ley 1411 de 2010, por medio de la cual se aprueba el "Acuerdo en Materia de Informes Anuales sobre Derechos Humanos y Libre Comercio entre la República de Colombia y Canadá", hecho en Bogotá el día 27 de mayo de 2010 13

Ley 1412 de 2010, por medio de la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable 15

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2010